



# **Dysthyroïdie**

**Améliorer et uniformiser nos pratiques**

(Janvier 2024)

Dossier documentaire réalisé par :

Anne-Sophie RENOLLEAU,  
Gabriel CAROL,  
Pascal GUILET.

# Introduction

En 2018 :

Environ 30 % des patients suivis en médecine de ville ont débuté un traitement par l'évothyroxine sans dosage préalable de TSH.

Près de 50 % des dosages multiples (TSH + T4L +/- T3L) sont prescrits à des patients non traités par un médicament de la thyroïde ou par un médicament pouvant influencer le fonctionnement thyroïdien et sans réalisation préalable d'un dosage isolé de TSH

Suite à une note de cadrage de la DGS en 2018 devant :

La surprescription de spécialités à base de l'évothyroxine,

Fréquence trop élevée de dosages d'emblée multiples des hormones thyroïdiennes,

Hétérogénéité des pratiques dans la prise en charge initiale des hyperthyroïdies,

Recours trop fréquent à des thyroïdectomies à la suite d'une hyperthyroïdie

Et devant l'existence de recommandations nationales la HAS a élaboré en Mars 2023 de nouvelles recommandations.

La médecine générale doit s'approprier ces recommandations en raison de la place centrale qu'elle occupe dans la prise en charge des pathologies dysthyroïdiennes chroniques que ce soit chez les patients jeunes ou de plus de 65 ans ou les femmes enceintes.

Nous n'aborderons pas dans ce dossier  
le sujet des cancers thyroïdiens  
ni celui des nodules.

# L'hypothyroïdie

Le diagnostic d'hypothyroïdie primaire est posé sur l'élévation de la TSH.

- Prévalence : environ de 2 % de la population générale, augmente avec l'âge (> 65 ans).
- L'hypothyroïdie primaire est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.
- Principales étiologies : thyroïdite auto-immune (54 %), cause médicamenteuse (15 %).

---

## Définition :

Hypothyroïdie : insuffisance de sécrétion des hormones thyroïdiennes :

- Atteinte de la glande thyroïde elle-même, appelée insuffisance thyroïdienne primitive ou hypothyroïdie primaire ou hypothyroïdie périphérique (le diagnostic d'atteinte primaire de la glande thyroïde repose sur une augmentation de la TSH)
- Une atteinte hypothalamo-hypophysaire appelée insuffisance thyrotrope (T4L est toujours basse (inférieure au seuil bas de la normalité), la TSH est inadaptée au niveau de T4L)

Hypothyroïdie fruste : taux de thyrostimuline (TSH) élevé au-delà d'une limite fixée à 4mUI/L, sur au moins 2 prélèvements à 2-3 mois d'intervalle, sans anomalie de la concentration de thyroxine libre (T4L). L'hypothyroïdie fruste se substitue au terme d'hypothyroïdie infraclinique ou biologique ou compensée.

Hypothyroïdie avérée : situation définie par la présence de signes cliniques d'hypothyroïdie, une TSH > 4 mUI/L et une T4L basse

Si le taux de TSH n'est que modérément élevé (entre 4 et 10 mUI/L) et que la T4L est normale, il est recommandé de doser à nouveau la TSH et la T4L à distance après les dosages initiaux avant de décider de débiter, ou non, un traitement.

La résistance aux hormones thyroïdiennes : élévation de la T4 et de la T3 et une TSH anormalement normale. Dans 80 à 85 % des cas, il s'agit d'une particularité familiale, héréditaire. Quelques signes d'hyperthyroïdie peuvent donc apparaître: palpitations souvent (ou lors d'efforts physiques), nervosité, diarrhée, transpiration. Existe souvent un goitre. Chez les enfants, il y a un peu plus d'otites et une baisse de l'audition, nervosité, difficultés de concentration, syndrome d'hyperactivité trouble de l'attention. Ceci, en plus de la baisse d'audition peut aboutir à des difficultés scolaires, et plus tard à des difficultés professionnelles et d'insertion sociale.

---

## Dépistage :

En population générale, il n'est pas recommandé de réaliser un dosage de TSH s'il n'y a pas de signes cliniques évocateurs de dysthyroïdie.

### *Les signes cliniques de l'hypothyroïdie*

Ils sont nombreux, variés, non spécifiques et inconstants ; il faut donc penser à l'hypothyroïdie primaire facilement et demander le dosage de la TSH. Les examens demandés en seconde intention sont utiles au diagnostic étiologique : anticorps anti-TPO (et anti-Tg si les anti-TPO sont négatifs) et échographie.

La séméiologie de l'hypothyroïdie est fonction de sa profondeur, de son ancienneté et de son origine (périphérique ou centrale). L'hypothyroïdie fruste est la forme la plus fréquente de nos jours. Les symptômes sont modestes ou absents.

La sémiologie de l'hypothyroïdie profonde, rarement rencontrée de nos jours, comporte :

- un syndrome d'hypométabolisme: asthénie physique et psycho-intellectuelle, somnolence, hypothermie, frilosité acquise, constipation acquise (à différencier de symptômes anciens), bradycardie, prise de poids modeste contrastant parfois avec une perte d'appétit ;
- une atteinte cutanée et des phanères : peau pâle ou jaunâtre (carotinodermie par baisse de transformation du carotène en vitamine A), sèche et squameuse, dépilée (axillaire, pubienne, queue des sourcils), la transpiration est diminuée, les cheveux sont secs et cassants, les lèvres peuvent être cyanosées ;
- un myxoœdème cutanéomuqueux: peau infiltrée et épaissie (face dorsale des mains (syndrome du canal carpien), des pieds, « faciès lunaire »), laryngée (voix rauque), de la trompe d'Eustache (hypoacousie), de la langue (macroglossie et ronflements) ;
- une atteinte neuromusculaire : enraidissement, des crampes et myalgies ; plus rarement : tendinites, arthralgies, neuropathies périphériques, syndrome cérébelleux ;
- un retentissement endocrinien : une galactorrhée, rare (hyperprolactinémie possible en cas d'hypothyroïdie primaire profonde, avec TSH > 50 mUI/l, mais en fait très rare) ; des troubles des règles (oligoménorrhée, ménorragies, anovulation) ; des troubles de la libido.

### *Complications :*

Les formes compliquées sont rares, le diagnostic étant maintenant souvent fait précocement lors d'un dosage systématique de TSH.

#### Formes cardiovasculaires

modification de l'activité et du métabolisme du muscle cardiaque : bradycardie sinusale, diminution de la force contractile (baisse de l'action chronotrope et inotrope positive) ; insuffisance cardiaque et troubles du rythme ventriculaire (rarement) ;

d'une infiltration (dans l'hypoparathyroïdie primaire) : épanchement péricardique (bruits du cœur assourdis à l'auscultation, cardiomégalie sur la radiographie thoracique, microvoltage et troubles diffus de la repolarisation sur l'ECG) ; l'échographie cardiaque permet de confirmer le diagnostic ; l'épanchement péricardique s'accompagne d'un épanchement pleural ou péritonéal ;

d'une coronaropathie: l'hypothyroïdie favorise l'athérome coronarien, entre autres par l'hypercholestérolémie induite (élévation du LDL-cholestérol) ; les symptômes d'insuffisance coronarienne peuvent se démasquer lors de l'institution du traitement substitutif, qui sera donc prudent chez le sujet fragilisé.

#### Formes neuromusculaires et neuropsychiques

un état dépressif, un syndrome confusionnel ou une démence, plus fréquents chez le sujet âgé ; une myopathie proximale (CPK élevées) ; des apnées du sommeil.

#### Coma myxoœdémateux :

rare. Il survient en cas d'hypothyroïdie primaire profonde (TSH > 50 mUI/l, T4L effondrée), ancienne, volontiers en période hivernale et est favorisé par une agression (infection, chirurgie, traitement sédatif ou antidépresseur). Il se traduit par un coma calme hypotonique et hypothermique, associé à avec bradycardie, une bradypnée, une hypotension ; les réflexes ostéotendineux sont lents et décomposés ; il n'y a pas de signe de localisation neurologique. L'hyponatrémie (de dilution) est constante. Le pronostic est sévère.

## *Palpation de la glande thyroïde*

Les caractéristiques cliniques de la palpation de la glande thyroïde dépendent de l'étiologie de l'hypothyroïdie. La thyroïde est souvent ferme et hétérogène, pseudonodulaire en cas de maladie auto-immune thyroïdienne. Elle peut être augmentée de volume en cas de maladie de Hashimoto. Elle peut être de taille normale ou diminuée pour les autres thyroïdites auto-immunes. Elle peut être à peine palpable en cas de thyroïdite atrophique ou en insuffisance thyroïdienne.

---

## Démarche diagnostique

En présence de symptômes évocateurs d'hypothyroïdie,  
il est recommandé de prescrire le dosage de la TSH en première intention.  
Si le taux de TSH est anormal, il doit être reconstrôlé et le dosage de T4L doit être réalisé.

Dans le diagnostic initial d'une hypothyroïdie,  
Il n'y a pas lieu de prescrire un dosage de T3L.  
La scintigraphie thyroïdienne ne doit pas être réalisée.

[Lien HAS : Exploration biologique de l'hypothyroïdie](#)

Le dosage des anticorps anti-TPO n'est pas nécessaire pour le diagnostic d'hypothyroïdie.  
Il est utile pour rechercher une origine auto-immune éventuelle de la maladie.  
La positivité des anti-TPO est associée à un risque plus élevé d'évolution d'une hypothyroïdie fruste vers une hypothyroïdie avérée.

---

## Démarche thérapeutique et surveillance

Le traitement par lévothyroxine ne doit pas être initié  
sans qu'il ne soit réalisé au préalable au moins un dosage de TSH.

En cas d'hypothyroïdie fruste,  
si le taux de TSH est supérieur à 10 mUI/L lors de 2 examens successifs,  
un traitement par lévothyroxine doit être discuté avec la personne.

Le dosage de la TSH est recommandé 6-8 semaines après  
le début du traitement par lévothyroxine  
ou après tout changement de dose ou de spécialité.

Il est rappelé que la lévothyroxine est un médicament à marge thérapeutique étroite.  
Pour des personnes traitées bien équilibrées et sans effet indésirable, il n'y a pas lieu de changer  
de traitement.

[Lien HAS : Traitement de l'hypothyroïdie primaire chez l'adulte de moins de 65 ans](#)

Si la personne est bien équilibrée sous traitement par lévothyroxine, la surveillance s'effectue annuellement par un interrogatoire, un examen clinique et un dosage de la TSH.

## L'hyperthyroïdie

---

### Dépistage :

Les symptômes évocateurs d'hyperthyroïdie généralement observés sont les suivants :

- palpitations, essoufflement ;
- fatigue, faiblesse musculaire ;
- nervosité, anxiété, irritabilité ;
- tremblement des extrémités ;
- rétraction des paupières supérieures ;
- troubles du sommeil ;
- perte de poids ;
- accélération du transit, diarrhée ;
- augmentation de l'appétit ;
- transpiration excessive ;
- intolérance à la chaleur.

Les symptômes les moins fréquents (moins de 10 %) sont les suivants : troubles menstruels, anorexie, prise de poids, œdèmes des membres...

Certaines manifestations sont dues à une stimulation adrénergique accrue comme : tachycardie, anxiété, éclat du regard, rétraction des paupières supérieures.

Les complications hyperthyroïdie non traitée ou mal contrôlée sont : un dysfonctionnement cardiovasculaire (événements emboliques, fibrillation auriculaire), des complications neuropsychiatriques, une ostéoporose, une dénutrition.

---

### Démarche diagnostique :

Les dosages de la fonction thyroïdienne sont indiqués

En cas de symptômes ou signes évocateurs d'hyperthyroïdie.

Devant des symptômes ou des signes non spécifiques en cas :

- d'antécédents familiaux de maladie thyroïdienne avérée ;
- d'antécédents personnels de maladie de Basedow ;
- de diagnostic d'autres maladies auto-immunes, de diabète de type 1 ;
- d'anxiété/dépression non expliquée.

Les dosages de la fonction thyroïdienne ne sont pas recommandés, de façon systématique, chez les patients asymptomatiques (hors situations cliniques particulières).

Les dosages de la fonction thyroïdienne sont indiqués dans des situations cliniques particulières :

Fibrillation auriculaire ;

Prise d'amiodarone, de lithium, dans ce cas :

- dosage de la TSH avant l'instauration d'un traitement,
- puis surveillance sous traitement de la TSH à intervalles réguliers :
  - pour l'amiodarone : dans les 3 premiers mois après l'instauration du traitement, puis tous les 3 à 6 mois la première année, puis tous les 6 à 12 mois pendant la durée du traitement et jusqu'à 12 mois après l'arrêt du traitement,
  - pour le lithium : tous les 6 à 12 mois, si TSH basse : prise en charge spécialisée ;

Certaines situations pathologiques : syndrome de Turner, syndrome de Down (dosage annuel de la TSH) ;

La fonction thyroïdienne peut être transitoirement modifiée pendant la phase aiguë d'une maladie : il n'est donc pas recommandé d'effectuer des dosages de la fonction thyroïdienne lors d'une hospitalisation non programmée sauf si la maladie est susceptible d'être liée à un dysfonctionnement de la thyroïde.

En cas de TSH inférieure à 0,1 mUI/L :  
il est recommandé d'effectuer en seconde intention un dosage de T4L.  
En cas de T4L dans l'intervalle de référence, il est recommandé d'effectuer un dosage de la T3L pour distinguer une hyperthyroïdie à T3 d'une hyperthyroïdie fruste.

En cas de TSH entre 0,1 mUI/L et 0,4 mUI/L :  
il est recommandé d'effectuer un nouveau dosage de la TSH seule, à quelques semaines d'intervalle (6 semaines d'intervalle).

Si la TSH est confirmée basse, il est recommandé de doser la T4L,  
puis, si la T4L est dans l'intervalle de référence, de doser la T3L.

Afin de limiter les prélèvements,  
il est recommandé de prescrire et de doser en cascade : TSH  
puis T4L puis +/- T3L dans les deux situations de découverte d'une TSH basse :

- TSH < 0,1 mUI/L ou
- TSH confirmée entre 0,1 mUI/L et 0,4 mUI/L.

Il est recommandé au prescripteur d'indiquer le contexte de prescription de la TSH, à savoir :  
diagnostic initial, ou contrôle, ou suivi sous traitement.  
ce qui permettra au biologiste de mieux gérer l'organisation du dosage en cascade

---

Démarche thérapeutique et surveillance :

[Lien HAS : arbre décisionnel de la prise en charge thérapeutique de l'hyperthyroïdie](#)

**Cas particulier du patient de plus de 65 ans :**

[Lien HAS : Hypothyroïdie primaire chez le sujet âgé de plus de 65 ans](#)

## Dysthyroïdie et grossesse :

---

### Particularités biologiques de la femme enceinte

Au premier trimestre d'une grossesse normale, la TSH est abaissée (en raison de l'action « TSH-like » de l'hCG) et la T4L souvent à la limite supérieure de la normale. Dans un second temps, alors que la TSH se normalise, la T4L peut baisser et rester basse durant toute la durée de la grossesse. Ce profil biologique (TSH normale et T4L basse) peut faire conclure à tort à une insuffisance thyroïdienne. Comme toujours et surtout pendant la grossesse, le diagnostic d'hypothyroïdie primaire repose sur une élévation de la TSH.

en cas de grossesse ou de désir de grossesse :  
il n'est pas recommandé de doser systématiquement la TSH  
sauf en cas de facteurs de risque spécifiques

---

### Hypothyroïdie durant la grossesse

#### *Complications maternelles*

L'hypothyroïdie non supplémentée durant la grossesse peut occasionner une hypertension artérielle, une prééclampsie, une fausse couche, une hémorragie du post-partum.

#### *Complications fœtales*

Au premier trimestre de la grossesse, la thyroïde fœtale n'est pas fonctionnelle ; le développement du système nerveux fœtal est donc dépendant des hormones maternelles durant cette période. Ainsi, l'hypothyroïdie maternelle peut engendrer des troubles du développement neuro-intellectuel de l'enfant (même en cas d'hypothyroïdie maternelle fruste) ; une hypotrophie est également possible.

---

### Arbre décisionnel de la femme enceinte à risque d'hypothyroïdie :

[Lien HAS : Grossesse Hypothyroïdie strategie de prise en charge](#)

---

### Thyroidite du Post partum :

Mécanismes auto-immuns avec souvent un petit goitre se traduit par une phase de thyrotoxicose initiale transitoire (vers les 2 mois post-partum), qui peut passer inaperçue, puis l'évolution se fait vers l'hypothyroïdie (3<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> mois post-partum).

L'hypothyroïdie est habituellement transitoire et résolutive dans l'année, mais peut être définitive.

La thyroidite du post-partum est souvent non diagnostiquée, les symptômes qu'elle occasionne étant attribués aux conséquences de la grossesse et au manque de sommeil. Elle concerne 5 % des grossesses et est plus fréquente chez les patientes ayant une auto-immunité thyroïdienne sous-jacente.



# Dysthyroïdie de l'enfant :

[Arbre diagnostique des dysthyroïdies de l'enfant](#)

## Bibliographie :

<https://www.sfendocrino.org/item-243-hypothyroïdie/>

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/recommandation\\_prise\\_en\\_charge\\_des\\_hypothyroïdies\\_chez\\_ladulte\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/recommandation_prise_en_charge_des_hypothyroïdies_chez_ladulte_mel.pdf)

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/recommandation\\_prise\\_en\\_charge\\_des\\_hyperthyroïdies\\_chez\\_ladulte\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/recommandation_prise_en_charge_des_hyperthyroïdies_chez_ladulte_mel.pdf)

