

PAS DE DOSAGE SYSTÉMATIQUE DE LA TSH

QUE SAIT-ON ?

En règle générale, un dosage normal de la TSH est suffisant pour s'assurer du bon fonctionnement de la thyroïde car la sensibilité de la TSH est de 100% et sa spécificité comprise entre 93 % et 99 % (niveau de preuve IA).

En cas de TSH anormale, le dosage de la T4 libre est indiqué (niveau de preuve IA).

En cas de TSH basse et T4 libre normale, le dosage de la T3 libre est utile pour diagnostiquer une hyperthyroïdie à T3, affection rare (niveau de preuve IB)

Pour le suivi d'une pathologie thyroïdienne et l'adaptation des doses substitutives, le dosage simultané de la TSH et de la T4 libre est préconisé au plus tôt 6 semaines après la dernière adaptation posologique.

DANS QUELLES SITUATIONS SE PREOCCUPER DE LA THYROÏDE ?

L'examen de routine de biologie clinique ne doit pas comporter de dosage de la TSH.

En effet, seules certaines situations cliniques requièrent un dosage de la TSH afin de s'assurer du bon fonctionnement de la glande. Il s'agit des situations cliniques suivantes :

- signes d'hypothyroïdie : frilosité, prise de poids, constipation, ralentissement psychomoteur, fatigue
- signes d'hyperthyroïdie : perte de poids avec appétit conservé, diarrhées, palpitations cardiaques, fatigue
- goitre
- fibrillation auriculaire
- ostéoporose
- hyperlipidémie
- hypo-fertilité
- démence
- prise de médicaments avec impact thyroïdien (lithium et amiodarone principalement)

Les antécédents personnels de radiothérapie du cou, de traitement par iode ou de maladie auto-immune (surtout diabète de type 1) ainsi que le post-partum de moins d'un an renforcent la probabilité d'un trouble thyroïdien en cas de symptômes évocateurs.

EN CONCLUSION

Il n'est pas recommandé de doser la TSH dans la population asymptomatique.

Seules les situations cliniques évocatrices de dysthyroïdie doivent bénéficier d'un dosage de la TSH ainsi qu'en cas de pathologie pouvant être directement influencée par un trouble thyroïdien.

Sources : Fiche réalisée par le Dr Thierry Van der Schueren en août 2017 avec le soutien du CNPQ (Conseil National de Promotion de la Qualité)

1. SSMG/Domus Medica. Demande d'examens de laboratoire par les médecins généralistes Recommandation de Bonne Pratique 2011. http://ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/SSMG_RBP_Labotests.pdf

2. British Thyroid Association, the Association for Clinical Biochemistry and British Thyroid Foundation BTA, ACB, BTF et al. UK guidelines for the use of thyroid function tests. Association for Clinical Biochemistry, British Thyroid Association, British Thyroid Foundation, July 2006. http://www.british-thyroid-association.org/info-forpatients/Docs/TFT_guideline_final_version_July_2006.pdf

3. United States Preventive Service Task Force USPSTF. Screening for thyroid disease: recommendation statement. *Ann Intern Med* 2004;140:125-7.

4. Rege V, Mojiminiyi O, Wilcox H, Barron J. Comparison of Kodak Amerlite FT4 and TSH-30 with T4 and TSH as first-line thyroid function tests. *Clin Biochem* 1996;29:1-4.