



# **Dysthyroïdie du sujet âgé**

**P Pfitzenmeyer**

**Capacité, Dijon**

**avril 2004**

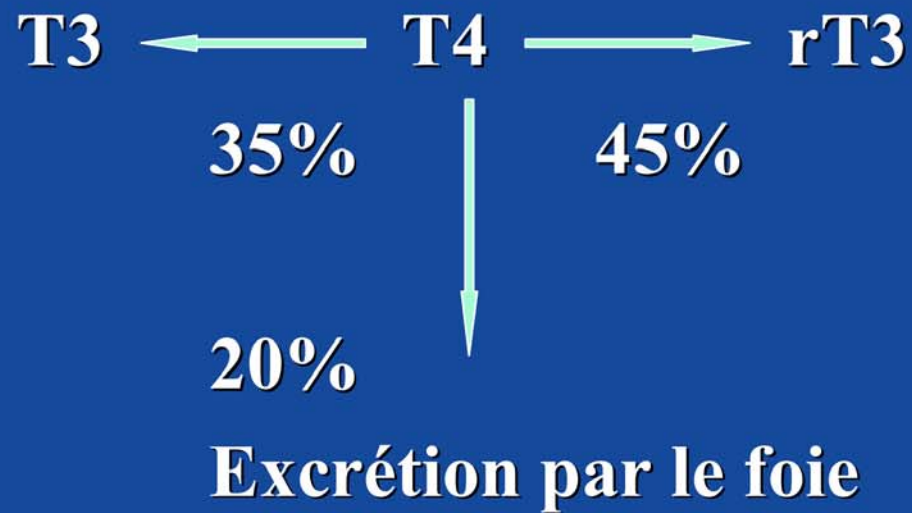
# Epidémiologie (1)

- Anomalies biologiques pouvant atteindre 15%
- Maladie réelle : 0,5 à 4% selon la région  
x 2 la pop jeune
- Rentabilité du diagnostic

# Vieillesse et thyroïde

- **Micro et macronodules**
- **Diminution du captage d 'iode par réduction de volume**
- **Synthèse de T4 diminuée, mais moindre dégradation périph                      taux stable**
- **T3 non diminuée chez SA en bonne santé**
- **Thyroïde difficile à palper car cyphose cervicale l 'entraîne en arrière**

# Métabolisme thyroïdien





# Les dysthyroïdies cliniques (1)

- **Pauvreté symptomatique, confondue avec les effets du vieillissement ou d'autres affections d'organe**
- **Sensibilité du diagnostic clinique très faible**
- **Fréquence de la surcharge iodée (produits de contraste, bétadine, plus de 200 spécialités contiennent de l'iode)**

**Intérêt d'une iodurie**

# Les dysthyroïdies cliniques (2)

## Hypothyroïdie

- Thyroïdite autoimmune le plus souvent :  
fréquence des Ac anti-thyroïdiens
- Fréquence des signes neuropsychiques :  
Dépression, troubles cognitifs

# Les dysthyroïdies cliniques (3)

## Hyperthyroïdie

- **Fréquence des signes cardio-vasculaires: FA, insuf cardiaque, coronarienne**
- **Nécessité d'une scintigraphie**

# Dépistage d'une dysthyroïdie (1)

## La TSHu

- ◆ Si anormale (ou exceptionnellement si les signes cliniques en imposent pour une hyperthyroïdie):

**T4**



# Dépistage d'une dysthyroïdie (2)

## Quand faut-il faire une TSHu ?

### ◆ En 1ère intention

- Goitre ou nodule, ATCD de mal thyroïdienne
- Troubles neuropsychiatriques
- Affections cardiaque
- Troubles de la marche et chutes
- Prise de cordarone

### ◆ En 2ème intention

Dans toute situation de décompensation où n'existe pas un diagnostic simple et rapide

# Dépistage d'une dysthyroïdie (3)

Bilan thyroïdien à interpréter avec grande prudence chez le sujet âgé

- ◆ **en cas de stress aigu et DPE**: baisse de T3, de TSH, voire de T4 si maladie très aiguë
- ◆ **en phase de convalescence**: augmentation de la TSH
- ◆ **Médicaments** : cordarone (augm T4 et baisse de T3 avec TSHu nle); lithium (dim HT); **dopamine, neuroleptique et corticoïdes** (TSH basse);



# Dépistage d'une dysthyroïdie (4)

---

**Savoir toujours redemander une TSHu à  
distance de l'épisode aigu: 4 à 6 semaines**



# Interprétation de la biologie

**TSH** ↗

- T4 basse : hypothyroïdie
- T4 normale: hypothyroïdie infraclinique

**TSH** ↘

- T4 et T3 élevées : hyperthyroïdie
- T4 NI, T3 élevée: hyperthroidie
- T4 élevée et T3 nle: hyperthyroïdie ou thyrotoxicose induite (cordarone)



# Mesures thérapeutiques (1)

## Hypothyroïdie

Ce n'est pas une urgence:

Ttt très, très progressif: début à 12,5 ug/j à  
augmenter progressivement tous les mois  
jusqu'à 75 ug/j

Ne faire la TSHu qu'après 6 semaines d'une dose  
donnée

Il ne faut pas toujours normaliser la TSHu: insuf  
cardiaque

# Mesures thérapeutiques (2)

## Hyperthyroïdie

Traitement rapide ++

◆ Iode 131

- en dehors d'une surcharge iodée ou thyroïdite (scinti pâle)
- CI: incontinence et troubles cognitifs
- Chez 1 patient préparé par ATS

# Mesures thérapeutiques (3)

## Hyperthyroïdie

- ◆ **ATS**
  - surveillance hématologique
  - PTU si intoxication à l'iode
- ◆ **Corticothérapie et Avlocardyl si thyrotoxicose ou cardiomyopathie**

# L'hypothyroïdie infra clinique

## Pas de consensus

- ◆ Si TSHu > 10, si Ac anti-thyroïdiens positifs, le risque d'hypothyroïdie est important
- ◆ Si maladie coronarienne, il vaut mieux traiter précocement