

Hypothyroïdie congénitale primaire : poursuivre ou non le traitement à 2 ans ?



Le diagnostic d'hypothyroïdie primaire (HP) est posé par le dépistage néonatal lorsque le taux de TSH est élevé au-dessus d'un seuil, entre 12 et 20 mU/L selon les laboratoires. Après confirmation immédiate sur le même prélèvement, le diagnostic est affirmé par le dosage de thyroxine (T4) et TSH en centre spécialisé qui va permettre la mise en œuvre rapide du traitement par L-thyroxine. Tous les enfants dont l'hypothyroïdie a été confirmée ne recevront pas un traitement à vie. Certains ont une forme transitoire dans une proportion qui varie de 10 % à 35 %. Abaisser le seuil de dépistage entraîne une augmentation de la prévalence et des traitements par excès chez des enfants qui avaient une forme transitoire bénigne. Très rarement, des mutations des gènes DUOX2 et TSH-R ont été décrites dans les dysgénésies. Les recommandations internationales préconisent de confirmer le diagnostic d'HP passé le 2^{ème} anniversaire, après un arrêt du traitement de 4 à 6 semaines. Le délai de 2 ans est nécessaire pour éviter les défauts de myélinisation du système nerveux central et les retards intellectuels. La réévaluation de la fonction thyroïdienne est indiquée si la glande s'est développée normalement et

qu'une élévation de la TSH n'a pas été observée.

Au dépistage, la TSH tendait à être plus basse en cas d'HT puis comparable lors de la confirmation du diagnostic

Une équipe allemande (« *HypoDok* ») a analysé rétrospectivement les données de 49 centres incluant 1 625 patients dont les paramètres avaient été recueillis prospectivement. Les critères d'inclusion étaient la disponibilité des dosages de TSH néonataux et à 1/et ou 2 ans et une glande en place visualisée par échographie. Les autres données notées étaient un traitement maternel par thyroxine, antithyroïdien ou iode pendant la grossesse et un traitement par dopamine du nouveau-né et une trisomie 21. Finalement, les données de 357 patients ont pu être analysés, divisés a posteriori en hypothyroïdie permanente (HP n=333) et transitoire (HT n=24).

Les âges gestationnels, les poids de naissance et la prévalence des malformations associées étaient comparables dans les 2 groupes. L'analyse statistique par ROC a permis d'identifier les différences de concentration. Au dépistage, les concentrations de TSH tendaient à être plus basse en cas d'hypothyroïdie transitoire (55,8 mU/L) que celles observées dans les formes définitives (150 mU/L, P=0,06). Cependant, lors de la confirmation du diagnostic, les concentrations de TSH et thyroxine (T4) étaient comparables: HP médiane 118 mU/L (62-227) *versus* HT 100 (42-169, P=1).

Après traitement, la TSH de dépistage était plus basse en cas d'HT

A posteriori, après arrêt du traitement, l'analyse rétrospective par analyse de régression linéaire a montré que les TSH de dépistage étaient plus basses en cas d'HT que pour les HP (142,6 mU/L *versus* 186,2 mU/L, P=0,02)) mais le chevauchement des valeurs ne permettait pas la discrimination. Les auteurs ont pris en considération les besoins en L-T4, plus faibles en cas d'HT ; à 1 an, la dose seuil quotidienne était de 3,1 µg/Kg avec une sensibilité de 90 % et une spécificité de 63 % et à 2 ans de 2,95 µg/Kg (sensibilité 91 %, spécificité 59 %).

La combinaison des 2 paramètres augmentait la spécificité à 71 %.

En conclusion, la décision de continuer le traitement par thyroxine à l'âge de 2 ans chez les patients dépistés à la naissance peut être basée sur la concentration en TSH et les doses de thyroxine administrées à un et 2 ans.

Pr Jean-Jacques Baudon

RÉFÉRENCE

Matejek N et al. Predictors of transient congenital primary hypothyroidism: data from the German registry for congenital hypothyroidism (AQUAPE "HypoDok). Eur J Pediat 2021;180:2401-2408.

Copyright © <http://www.jim.fr>

SUR UN THÈME PROCHE

Quelle évolution pour la fonction thyroïdienne des nourrissons ?

COMMUNIQUÉS

- Podcast : La Stratégie Nationale Sport Santé, tout le monde bouge !

DPC : NOS FORMATIONS E-LEARNING

- Suicide : comment dénouer la crise ?
- Vaccination : comment convaincre vos patients ?
- Facteurs de risque cardio-vasculaires : détecter et évaluer
- Multimorbidité : comment suivre les patients polypathologiques en médecine générale ?
- Contraception : comment accompagner vos patientes ?
- Sevrage tabagique : prise en charge de vos patients

🗨 VOS RÉACTIONS

🗨 Réagir

Soyez le premier à réagir !

Les réactions aux articles sont réservées aux professionnels de santé **inscrits**

Elles ne seront publiées sur le site qu'après modération par la rédaction (avec un délai de quelques heures à 48 heures). Sauf exception, les réactions sont publiées avec la signature de leur auteur.

🗨 RÉAGIR À CET ARTICLE

Paramètres des cookies