

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — ENDOCRINOLOGIE (THYROÏDE)

Réf. POSTE-THY-02 · Version 2.0 — validée le 21/06/2026

HYPOTHYROÏDIES & COMA MYXŒDÉMATÉUX — conduite à tenir

Objet

Affirmer une hypothyroïdie, en distinguer l'origine périphérique ou centrale, apprécier sa profondeur et son retentissement, et conduire la substitution en sécurité.

CAT diagnostique

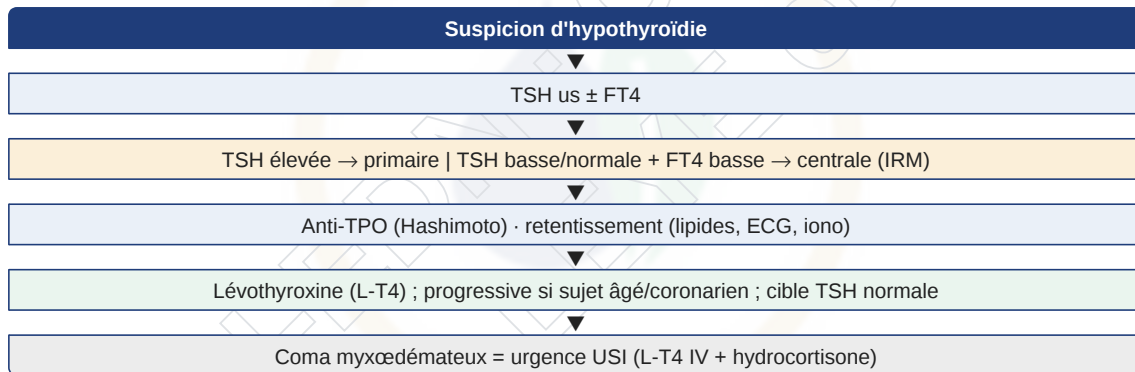
1. Signes cliniques

- **Syndrome d'hypométabolisme** : frilosité, prise de poids modérée, asthénie, somnolence, bradypsychie, constipation, bradycardie.
- **Myxœdème cutanéomuqueux** : infiltration ferme (paupières, mains), peau sèche et pâle, dépilation, voix rauque, macroglossie, hypoacousie.
- **Neuropsychiques** : ralentissement, syndrome dépressif, troubles mnésiques ; **syndrome du canal carpien**.
- **Goitre** ferme et bosselé (thyroïdite de Hashimoto) ou thyroïde atrophique.
- **Terrains** : nouveau-né (dépistage néonatal TSH ; risque de retard psychomoteur) ; sujet âgé (tableau trompeur) ; **coma myxœdémateux** (hypothermie, bradycardie, hypoventilation, troubles de conscience).

2. Signes paracliniques

- **TSH ultrasensible** = examen de référence/1^{re} intention : **élevée** → hypothyroïdie primaire (patente si FT4 basse, infraclinique si FT4 normale) ; **normale ou basse avec FT4 basse** → hypothyroïdie centrale (**IRM hypothalamo-hypophysaire** systématique).
- **FT4 basse** (2^e intention) : apprécie la profondeur. **Anti-TPO** positifs → Hashimoto.
- **Retentissement** : hypercholestérolémie, anémie, ↑ CPK, hyponatrémie de dilution ; **ECG** : bradycardie, microvoltage, troubles de repolarisation ; épanchements (péricardique).

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique

- **Lévothyroxine (L-T4)** per os, à jeun : adulte jeune **1,6 µg/kg/j** en une prise ; **titration prudente** chez le sujet âgé/coronarien (débuter 12,5–25 µg/j, paliers).
- **Cible** : normalisation de la TSH (hypothyroïdie primaire) ; suivi sur la FT4 dans l'hypothyroïdie centrale (TSH non interprétable). Traiter d'abord un déficit corticotrope associé.
- **Infraclinique** : substituer si TSH > 10, ou symptomatique/anti-TPO+/grossesse/désir de grossesse.
- **Coma myxœdémateux** (urgence vitale) : **L-T4 IV** (dose de charge), **hydrocortisone** (jusqu'à exclusion d'insuffisance surrénale), réchauffement passif, correction de l'hyponatrémie et de l'hypoglycémie, ventilation, traiter le facteur déclenchant.

Surveillance

- **TSH à 6–8 semaines** après toute modification de dose, puis annuelle à l'équilibre ; FT4 si origine centrale.
- Surveillance cardiaque à l'instauration chez le coronarien.

Points de vigilance

- Ne pas surdoser le sujet âgé (FA, ostéoporose). Interactions/absorption (fer, calcium, IPP, café) → respecter la prise à jeun.
- Grossesse : besoins en L-T4 augmentés de 25–50 %.

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Lévothyroxine générique accessible et peu coûteuse ; TSH le plus souvent disponible — la privilégier au dépistage.
- IRM hypophysaire peu accessible : devant une hypothyroïdie centrale, organiser le recours/téléexpertise et substituer prudemment après avis.
- Éducation à l'observance (traitement à vie, prise à jeun) ; carnet de suivi pour le patient peu autonome.