

## Préface de l'auteur :

Les ECNs 2011 ont apporté de nouveaux enseignements cette année: des dossiers avec moins de mots clés côtés (~30 par dossiers) et des questions plus ciblées voire fermées. Le CNCI a annoncé l'arrivée de quelques QCMs ancrés dans les dossiers de l'édition 2012. Toutes ces nouveautés peuvent déstabiliser beaucoup de candidats et créer de mauvaises surprises. Ce nouvel ouvrage de fiche d'endocrinologie a été créé dans l'esprit de pouvoir vous aider à faire face à ce type de questions.

J'ai voulu combiner 3 axes primordiaux qui me semblent nécessaires à la réussite de cet examen: des **connaissances solides**, une **méthodologie efficace**, et surtout beaucoup de **bon sens**. Ainsi, la partie méthodologie contient des conseils généraux que je me relisais fréquemment pour les appliquer dans tous mes dossiers afin que cela devienne des automatismes. Au niveau des connaissances, je vous ai fourni mes **plans de réponse** aux questions les plus fréquentes, en privilégiant des grilles de réponses complètes et exhaustives (à jour dans les conférences de consensus jusqu'à septembre 2011), par rapport à des connaissances trop spécialisées et pointues, les ECNs n'étant pas un concours d'érudition, mais un examen portant sur des connaissances médicales de base, et qui sanctionne par l'oubli. Le 3ème axe est ce qui permet de faire la différence le jour J si les 2 premiers axes sont acquis, car des dossiers, des questions atypiques tombent tous les ans, parfois à la limite du programme, mais qui peuvent toujours être réussis avec du bon sens médical.

Ce livre pourra servir aux D4 qui voudront réviser rapidement et efficacement l'endocrinologie, et les aider à synthétiser leurs connaissances sur certains items difficiles, seul ou en sous colles.

Il pourra aussi servir de base de fiches aux D2/D3, dans un format de poche, et une présentation volontairement aérée permettant de l'annoter ou de le compléter pour devenir un support de cours personnalisé.

J'espère qu'il vous aidera à mieux retenir et synthétiser les bases de l'endocrinologie, et à réussir cet examen pour pouvoir exercer le métier de votre choix.

Si vous avez des questions, des remarques ou critiques à faire sur le livre, vous pouvez m'écrire à cette adresse : [alexandre.zhao@gmail.com](mailto:alexandre.zhao@gmail.com), je vous répondrai avec plaisir.

## Remerciements

---

**Je dédie ce livre :**

**A Alice, pour son amour, son soutien quotidien et sa relecture active,**

**A mes parents, mes frère et sœur, mes grands-parents que j'aime**

**A mon père qui je l'espère serait fier de moi**

**A Luc, futur oncologue, pour sa motivation, son amitié**

**A toutes l'équipe de la BU HEGP : Lilian, François, Hamza, Jessica, Amélie,**

**Sophie, qui ont apporté de la joie et de la bonne humeur durant toute cette année de D4.**



# Méthodologie à l'ECN

Item 0

## Comprendre les enjeux



## Les objectifs pratiques

Objectifs ECN	Objectifs pratiques essentiels pour le jour J
<b>Plan de réponse pour les questions standards</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Diagnostic complet : LASPECT</li><li>2. Justification diagnostique : TA FAC PD</li><li>3. Etiologies : VIIIITTTTEEE</li><li>4. Interrogatoire</li><li>5. Examen physique</li><li>6. Bilan paraclinique</li><li>7. Prise en charge à court et moyen terme</li><li>8. Prise en charge à long terme : MON EDUCATION</li><li>9. Surveillance</li><li>10. Commenter un traitement</li><li>11. Détailler un traitement</li><li>12. Physiopathologie infectieuse</li><li>13. Discussion d'un traitement ou d'un examen</li><li>14. Information avant un examen ou un traitement</li></ol>
<b>Méthodologie spécifique par matière</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>15. Fiche infectiologie</li><li>16. Fiche pédiatrie</li><li>17. Fiche orthopédie</li><li>18. Fiche chirurgie</li><li>19. Fiche cancérologie</li><li>20. Fiche rhumatologie</li><li>21. Fiche rééducation</li><li>22. Fiche dermatologie</li><li>23. Fiche hépatologie</li><li>24. Fiche psychiatrie</li></ol>
<b>Réflexes et méthodologie générale</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>25. Derniers conseils</li></ol>

18	Fiche chirurgie	Grille classique	Grille ECN
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Interrogatoire</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Heure du dernier repas</li> <li>- Anticoagulant</li> <li>- Autonomie antérieure</li> </ul> </li>   <li>• <b><u>Mesures de chirurgie (+TTT médical !)</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Avant</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>× <b>A jeun</b></li> <li>× <b>Accord parental / consentement</b></li> <li>× <b>Anesthésie</b> : consultation, mode</li> <li>× <b>Anticoagulant</b> : arrêt AVK aspirine</li> <li>× <b>Information</b> : risques fréquents graves, nécessité, stomie...</li> <li>× <b>Bilan pré op</b> : NFS Plaquettes TP TPCA Groupe Rh RAI +/- ECG Radio thoracique</li> </ul> </li>   <li>- <u>Pendant</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>× Antibioprophylaxie</li> <li>× Curatif/palliatif, carcinologique</li> <li>× Conservateur/non conservateur</li> <li>× Voie d'abord et technique (laparotomie, cœlioscopie, endoscopie)</li> <li>× Exploration et prélèvements bactériologiques</li> <li>× Geste + anatomopathologie de la pièce opératoire,</li> <li>× Lavage drains fermeture</li> </ul> </li>   <li>- <u>Après</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance : (Simple et toujours pareil) <ul style="list-style-type: none"> <li>× Constantes, douleur, drains transit,</li> <li>× Complications de décubitus</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><i>Même remarque que pour la fiche orthopédie, les dossiers de chirurgie sont simples et répétitifs, il ne faut donc pas hésiter à abuser de cette fiche dans tous vos dossiers de chirurgie pour avoir le maximum de mots clefs en un minimum de temps.</i></p>		

25	Derniers conseils	Grille classique	Grille ECN
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ecrire les moyens mnémotechniques, plans, sur la feuille de brouillon les 30 premières secondes pour ne plus avoir qu'à vérifier (ex : tableau des examens paracliniques, étiologies, traitement à court et long terme...)</b></li> <li>• <b>Ecrire sur le brouillon les PMZ, traitements du patient pour vérifier à chaque question.</b></li> <li>• <b>Toujours justifier ce que l'on fait :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Ex</u> : Antibiothérapie <b>car</b> OMA collectée chez un enfant &lt; 2 ans.</li> </ul> </li> <li>• <b>En infectiologie, penser à préciser :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bactérien/ viral/ parasitaire/ fongique</li> <li>- Aigue/ subaiguë/ chronique</li> <li>- Préciser le germe suspecté</li> <li>- Communautaire/ nosocomial</li> </ul> </li> <li>• <b>Pour tous les traitements, toujours penser et écrire : « En l'absence de contre-indication »</b></li> <li>• <b>Penser à mentionner les signes négatifs :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Ex</u> : Pas de décontamination digestive (dossier d'IMV), pas d'anexate®, pas de Narcan® ; en l'absence de signe de gravité ; en psychiatrie : sans autres troubles psychiatriques.</li> </ul> </li> <li>• <b>Penser à donner un diagnostic le plus complet possible, en incluant le nom de l'item</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Ex</u> : <b>Fracture de l'extrémité supérieure du fémur</b> (Nom de l'item), <b>droite</b> (côté), <b>traumatique</b> (≠ pathologique), <b>cervicale vraie, déplacée, en coxa vara, Garden 4</b> et non pas fracture du col du fémur Garden 4 qui ne rapportera pas beaucoup de points.</li> </ul> </li> <li>• <b>Penser à appeler le chirurgien, le réanimateur.</b></li> <li>• <b>Avant d'écrire le traitement, écrire ce que l'on veut traiter.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Ex</u> : <b>Traitement de l'hyperkaliémie</b> : Arrêt des traitements hyperkaliémiant, insuline-glucosé, Alcalinisation, EER, gluconate de calcium si signes de gravité ECG...</li> </ul> </li> <li>• <b>En gynécologie, toujours raisonner mère/enfant</b></li> <li>• <b>Description d'un résultat attendu d'un examen complémentaire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Normal</b> ou</li> <li>- <b>Suivre le plan</b> : Diagnostic positif/étiologique/différentiel/complications, pré-thérapeutique.</li> </ul> </li> <li>• <b>En imagerie, toujours raisonner</b> : Nom et technique d'imagerie, coupe, qualité du cliché, description : signes positifs et négatifs, conclusion.</li> </ul>		



# Hypothyroïdie

Item 248

## Comprendre les enjeux



### Les objectifs pratiques

Objectifs ECN	Objectifs pratiques essentiels pour le jour J
<b>Diagnostiquer une hypothyroïdie</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Diagnostic d'une hypothyroïdie</li><li>2. Diagnostic et prise en charge d'une hypothyroïdie frustrée</li><li>3. Diagnostic d'un coma myxœdémateux</li><li>4. Comorbidités à rechercher devant une hypothyroïdie</li><li>5. Anémie et hypothyroïdie</li><li>6. Bilan paraclinique devant une hypothyroïdie</li></ol>
<b>Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>7. Traitement d'un coma myxœdémateux</li><li>8. Traitement d'une hypothyroïdie non décompensée</li><li>9. Interactions médicamenteuses et LT4</li><li>10. Spécificités pendant la grossesse</li><li>11. Hypothyroïdie néonatale</li><li>12. Surveillance</li></ol>

## Gagner des points



### Tableau à mots clés et zéros

Orientation de la question	Mots clés Réponses aux questions fermées type ECN 2011	Zéros potentiels
<b>Définition</b>	<u>Hypothyroïdie périphérique</u> : - TSH haute, T4I et T3I basses <u>Hyperthyroïdie centrale</u> : rare - TSH basse, T4I et T3I basses	
<b>Epidémiologie</b>	Pathologie fréquente : 2% de la population française	

<p><b>Etiologies</b></p>	<p><u>4 grandes causes :</u>  <b>Thyroïdites auto-immune :</b>  - Thyroïdite d'Hashimoto  - Thyroïdite atrophiante  - Thyroïdite du post-partum  - Thyroïdite iatrogène (Interféron)  <b>Carence iodée :</b> 1<sup>ère</sup> cause mondiale  <b>Iatrogène</b>  <b>Virale :</b> Thyroïdite de De Quervain</p>	<p>ECG et FDRCV  car risque  cardiaque lié à la  maladie et au  traitement</p> <p>Opothérapie  substitutive A VIE</p>
<p><b>Clinique</b></p>	<p><u>2 grands syndromes :</u>  <b>Hypométabolisme :</b>  - Cardiovasculaire  - Neuropsychologique  - Digestif  - Musculaire et osseux  - Général  <b>Infiltration myxœdémateuse</b> (absente dans  les hypothyroïdies centrales)</p>	<p>Dépistage et  traitement d'une  insuffisance  surrénalienne  associée dans le  cadre d'un  syndrome de  Schmidt</p>
<p><b>Paraclinique</b></p>	<p><u>Diagnostic positif :</u>  - TSH : haute  - T4I : en 2<sup>ème</sup> intention  <u>Etiologique :</u>  - Ac anti-thyroglobuline  - Ac anti-TPO  - Iodurie des 24h  - Echographie thyroïdienne  <u>Complications :</u>  - <b>Cœur :</b> ECG, échocardiographie  - <b>SAHOS :</b> Polysomnographie nocturne  - <b>Auto-immunes :</b>  × Insuffisance surrénalienne: test au  synacthène  × Biermer : B12 et Facteur Intrinsèque  <u>Pré-thérapeutique :</u>  - ECG</p>	
<p><b>Traitement</b></p>	<p><u>Plan en 3 points :</u>  - Opothérapie substitutive  - Traitement symptomatique des  complications  - Education du patient</p>	

<p><b>Surveillance</b></p>	<p><b>A vie :</b>  <u>Efficacité :</u>  - Régression des signes  - TSH à 2 mois puis tous les ans  <u>Tolérance :</u>  - FDRCV  - ECG</p>	
<p><b>Complications</b></p>	<p><u>2 graves et mortelles :</u>  <b>Cardiovasculaire :</b>  - Insuffisance coronarienne  - Péricardite  - Trouble de la conduction  <b>Coma myxœdémateux</b>  <u>Comorbidités associées :</u>  <b>Auto-immunes :</b>  - Insuffisance surrénalienne lente chronique (Syndrome de Schmidt)  - Maladie de Biermer  - Maladie cœliaque  - Diabète de type 1  <b>SAHOS</b></p>	



### Hypothyroïdie

#### Thyroïdites auto-immunes :

##### **Thyroïdite d'Hashimoto**

##### **Thyroïdite atrophiante**

Thyroïdite du post-partum

Thyroïdite iatrogène  
(Interféron)

Hashimoto : Ac anti-TPO et anti-TG **élevés**; goitre hypoéchogène ligneux

Atrophiante : Ac anti-TPO et anti-TG **peu élevés** ; petite thyroïde atrophique hypoéchogène

Post-partum : Ac anti-TPO et anti-TG **positifs** ; thyroïde hypoéchogène sans goitre

- Pas de traitement étiologique
- Penser à rechercher les comorbidités auto-immunes (notamment syndrome de Schmidt)

#### **Thyroïdite de De Quervain**

##### Clinique :

Syndrome pseudo-grippal, Goitre petit ferme et douloureux

1<sup>ère</sup> phase d'hyperthyroïdie  
2<sup>ème</sup> phase d'hypothyroïdie

##### Paraclinique :

- VS, CRP élevés
- Ac anti-TPO et anti-TG négatifs
- Thyroglobulinémie élevée
- Scintigraphie thyroïdienne : blanche

- Pas de traitement étiologique
- Récupération spontanée dans plus de 50% des cas

#### **Carence iodée iatrogène**

##### Carence iodée :

- Goitre endémique ancien et homogène
- Iodurie des 24h basse

##### Iatrogène :

- Médicamenteuse :  
*Amiodarone, Lithium, interféron (IDEM hyperthyroïdie), ATS*
- Post thyroïdectomie
- Post IRAtérapie
- Post radiothérapie cervicale

- Discuter l'arrêt du traitement : balance bénéfico-risque
- Hormonothérapie
- Alimentation riche en iode et Education





2	Diagnostic et prise en charge d'une hypothyroïdie frustrée	Grille classique	Grille ECN
	• <b>TSH plasmatique <math>\geq 4</math> mUI/L</b>	2	2
	• <b>T4I normale</b>	2	2
	- Si TSH > 10 mUI/L <b>OU</b> Ac anti-TPO(+): <b>Traitement par LT4</b>	2	2
	- Si TSH entre 4-10 mUI/L et dyslipidémie ou signes cliniques: <b>Traitement par LT4</b>	2	2
	- Si TSH entre 4-10 mUI/L et Ac anti-TPO(-) et asymptomatique: <b>Surveillance TSH à 6 mois</b>	2	2

3	Diagnostic d'un coma myxœdémateux	Grille classique	Grille ECN
	• <u>Terrain</u> :		
	- ATCD d'hypothyroïdie		
	- Myxœdème non diagnostiqué de la femme âgée		
	• <u>Anamnèse</u> :		
	- Présence d'un facteur déclenchant	1	2
	• <u>Clinique</u> :		
	- COMA progressif, calme, aréflexique, sans signe de localisation	1	1
	- Hypothermie entre 32 et 35°C	1	1
	- Bradypnée	1	-
	- Bradycardie, hypotension artérielle	1	-
	- Signes cutané-muqueux :	1	1
	× Pâleur, visage bouffi, comblements des creux sus claviculaires et inguinaux		
	• <u>Paraclinique</u> :		
	- <b>Non spécifiques</b> :		
	× Anémie	1	-
	× Hyponatrémie de dilution	1	1
	× Bradycardie, microvoltage à l'ECG		
	× CPK élevés	1	1
	× Hypoxie et hypercapnie		
	- <b>Spécifiques</b> :		
	× TSH élevée et T4I basse	1	3

4	Comorbidités à rechercher devant une hypothyroïdie	Grille classique	Grille ECN
	• <u>Auto-immunes</u> :		
	- <b>Insuffisance surrénalienne lente chronique</b> dans le cadre d'un syndrome de Schmidt : test au synacthène	2	2
	- <b>Maladie de Biermer</b> : B12 et Facteur intrinsèque	2	2
	- <b>Maladie cœliaque</b> : IgA anti-transglutaminase	2	2
	- <b>Diabète de type 1</b> : glycémie à jeun	2	2

- Vitiligo		
• <u>Autres :</u>		
- SAHOS : polysomnographie nocturne	2	2

5	Anémie et hypothyroïdie	Grille classique	Grille ECN
• <u>Anémie macrocytaire arégénérative :</u>		1	2
- Liée à l'hypothyroïdie si VGM>110 et hypothyroïdie non équilibrée		3	4
- Liée à la maladie de Biermer si VGM>110 et hypothyroïdie équilibrée		3	4
• <u>Anémie microcytaire :</u>		1	-
- Liée à une carence martiale dans la maladie cœliaque		2	-

6	Bilan paraclinique devant une hypothyroïdie périphérique	Grille classique	Grille ECN
• <u>Diagnostic positif :</u>			
En 1 <sup>ère</sup> intention :			
- <b>TSHus plasmatique</b> : haute car hypothyroïdie périphérique et rétrocontrôle positif sur l'antéhypophyse		2	2
En 2 <sup>ème</sup> intention :			
- <b>T4I plasmatique</b> : basse. Permet de quantifier l'intensité de l'hypothyroïdie et diagnostiquer les hypothyroïdies frustrées		1	1
• <u>Diagnostic étiologique :</u>			
- Immunologique :			
× Ac anti-TPO et anti-TG : thyroïdite auto-immune		1+1	1+1
- VS, CRP : thyroïdite		1	-
- Iodurie des 24h : surcharge ou carence iodée		1	-
- Echographie thyroïdienne		1	1
• <u>Bilan du retentissement :</u>			
- <b>Cardiovasculaire</b> :			
× ECG, radio thoracique, échocardiographie			
- <b>SAHOS</b> :			
× Polysomnographie nocturne			
- <b>Bilan auto-immun associé</b>		1	2
• <u>Pré-thérapeutique :</u>			
- ECG		1	2

7	Traitement d'un coma myxœdémateux	Grille classique	Grille ECN
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hospitalisation en urgence en réanimation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repos, à jeun, voies veineuses périphériques, scope</li> </ul> </li> <li>• <b>Recherche et traitement du facteur déclenchant</b></li> <li>• <u>Traitement symptomatique:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RECHAUFFEMENT progressif externe passif</li> <li>- Rééquilibration hydro-électrolytique</li> </ul> </li> <li>• <u>Traitement étiologique :</u> sans attendre les résultats du bilan <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>CORTICOTHERAPIE IV</b> : bolus d'hémisuccinate d'hydrocortisone</li> <li>- <b>OPOTHERAPIE</b> : LT4 en bolus avec relais per os</li> </ul> </li> <li>• <u>Traitement des complications :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cardiovasculaires +++</li> </ul> </li> <li>• Nursing, HBPM préventif</li> <li>• Surveillance : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clinique : constantes, conscience</li> <li>- Fonction cardiaque, ECG</li> </ul> </li> </ul>	<p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1 (PMZ)</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p>	<p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p style="text-align: center;">-</p>

8	Traitement d'une hypothyroïdie non décompensée	Grille classique	Grille ECN
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement ambulatoire</li> <li>• <b>Recherche et traitement d'une insuffisance surrénalienne chronique</b></li> <li>• <u>Traitement spécifique :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>OPOTHERAPIE A VIE</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>× <b>Chez le jeune</b> : LT4 per os le matin à jeun Doses initiales fortes : 50-100 µg/j</li> <li>× <b>Chez le sujet âgé</b> : LT4 per os débutée en milieu hospitalier Début progressif, dose minimale efficace : 12,5 µg/j</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• <u>Traitement symptomatique:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire</li> <li>- Instauration ou majoration d'un traitement anti-angineux chez le sujet âgé</li> </ul> </li> <li>• <u>Traitement des complications</u></li> <li>• <u>Education du patient :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaître les signes de sur/sous-dosage</li> <li>- Carte d'hypothyroïdien</li> <li>- Pas d'automédication, pas d'arrêt du traitement</li> </ul> </li> <li>• <u>Surveillance</u></li> </ul>	<p style="text-align: center;">1 (PMZ)</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p>	<p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">-</p>

9	Interactions médicamenteuses et LT4	Grille classique	Grille ECN
	• <b>AVK</b> et LT4 :	1	-
	- Potentialise l'effet du LT4	2	3
	• <b>Antidépresseurs tricycliques</b> et LT4 :	1	-
	- Potentialise l'effet du LT4	2	3
	• <b>Hypoglycémiant</b> et LT4 :		1
	- Diminue l'effet du LT4		
	• <b>Inducteur enzymatique</b> (Ex : antiépileptique) et LT4 :	1	-
	- Diminue l'effet du LT4	2	3

10	Spécificités pendant la grossesse	Grille classique	Grille ECN
	• Education sur les risques :	2	4
	- <b>Fœtaux</b> : RCIU, troubles du développement	2	-
	- <b>Maternels</b> : avortement spontanés précoces, pré-éclampsie, hémorragie de la délivrance	2	-
	• Augmentation de 50% de la dose de LT4 durant toute la grossesse	2	4
	• Objectif : TSH moitié inférieure de la normale et T4I normale	2	2

11	Hypothyroïdie congénitale	Grille classique	Grille ECN
	• <b>Clinique</b> :		
	- <u>Néonatal</u> :		
	× Goitre, ictère néonatal prolongé, hypotonie axiale	1+1+1	1+1+1
	- <u>Enfant</u> :		
	× Retard de croissance staturo-pondéral	1	2
	× Retard psychomoteur	1	-
	× Macroglossie, constipation	1+1	-
	• <b>Dépistage à J3 chez tous les nouveaux nés</b> :	2	4
	- TSH plasmatique	1	1

12	Surveillance	Grille classique	Grille ECN
	• <b>A VIE</b>	1 (PMZ)	2
	• <u>Clinique</u> :	1	-
	- Efficacité :		
	× Régression des signes d'hypothyroïdie (surtout hypométabolisme)	1	1
	- Tolérance :		
	× Recherche et traitement des complications et comorbidités	1	

• <b>Paraclinique :</b>	<b>1</b>	<b>-</b>
- <b>Efficacité :</b>		
× TSH à 2 mois puis 1 fois par an	<b>1</b>	<b>1</b>
× TSH à chaque modification de posologie de LT4	<b>1</b>	<b>1</b>
- <b>Tolérance :</b>		
× ECG 1 fois par an et à chaque modification de posologie de LT4	<b>3 (PMZ)</b>	<b>4</b>

**Etre à jour**

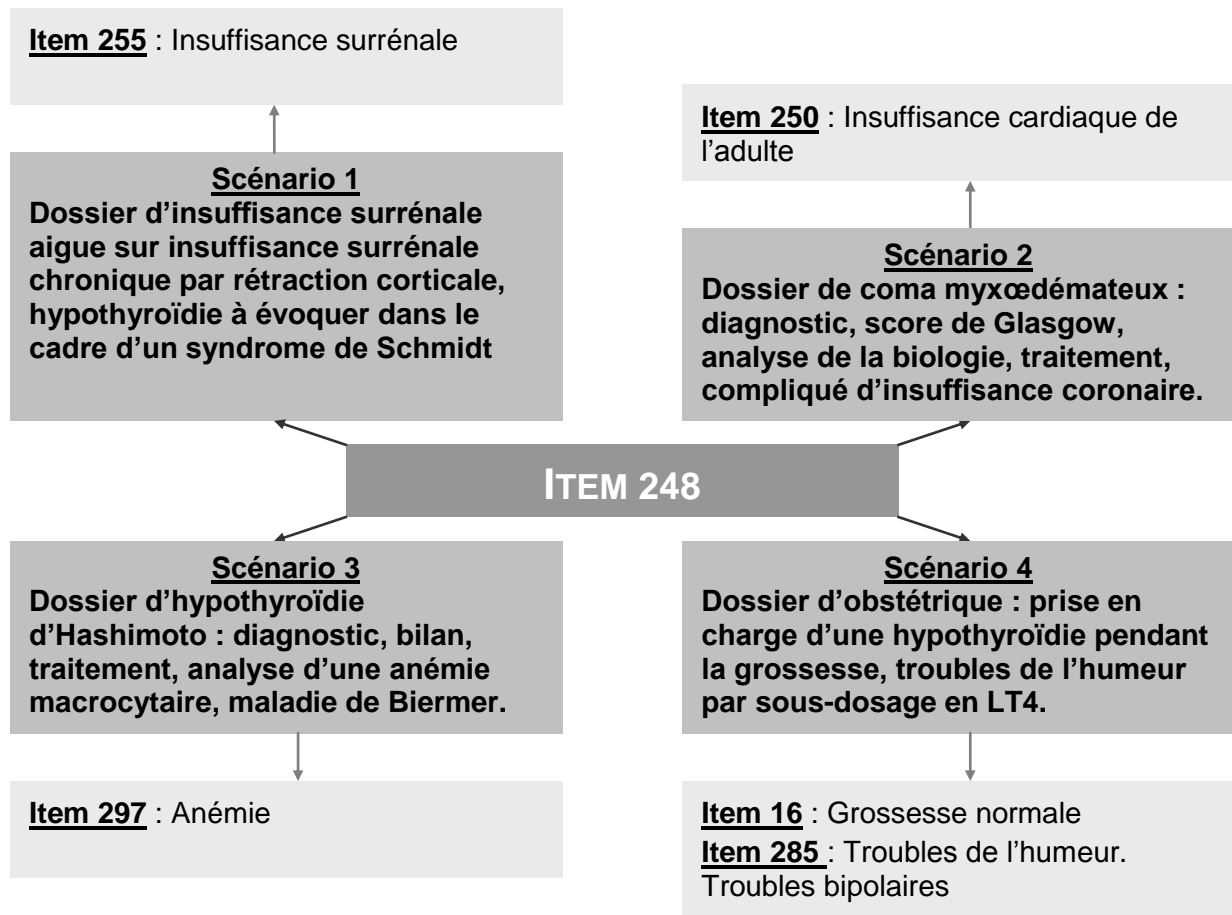


**Dernières actualités et conférences**

Source	Titre
<b>HAS</b>	<b>Hypothyroïdie frustrée de l'adulte 2007</b>
<p><b>Evolution vers une hypothyroïdie avérée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>L'évolution vers l'hypothyroïdie avérée n'est pas inéluctable :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- normalisation ~ 1/3 des cas, stabilisation ~ 1/3, hypothyroïdie avérée ~ 1/3 ;</li> <li>- incidence annuelle de l'hypothyroïdie avérée : ♀ 4/1 000, ♂ &lt; 1/1 000.</li> </ul> </li> <li>• <u>Facteurs prédictifs importants d'évolution vers l'hypothyroïdie avérée :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TSH initiale haute (&gt; 10 mUI/l)</li> <li>- anticorps antithyroperoxydase (anti-TPO)</li> <li>- âge &gt; 60 ans</li> <li>- antécédents thyroïdiens, traitements (amiodarone, lithium, interféron)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Répercussion de l'hypothyroïdie frustrée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Répercussions cliniques : inconstantes, non spécifiques, non discriminantes.</u></li> <li>• Si TSH &gt; 10 mUI/l : <ul style="list-style-type: none"> <li>- élévation du risque cardiovasculaire ;</li> <li>- répercussions neuropsychiques et sur la qualité de vie.</li> </ul> </li> <li>• <u>Répercussions biologiques :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perturbation du profil lipidique (élévation du cholestérol total et du LDL-cholestérol) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- partiellement réversible après traitement substitutif ;</li> <li>- négligeable si TSH &lt; 10 mUI/l.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><b>L'ensemble des points clefs de la conférence de consensus a été intégrée au contenu de l'ouvrage.</b></p>	

# Prévoir les questions

## Arbre à transversalité Scénarios tombables



### Conseil de l'auteur :

Sujet classique d'endocrinologie, jamais tombé à l'ECN pour l'instant, mais tombé à 2 reprises à l'internat sous forme de thyroïdite d'Hashimoto.

2 types de dossiers possibles :

\* Dossier complet d'hypothyroïdie, plutôt facile car questions de cours assez standardisées avec quelques questions de physiopathologie possibles et discriminantes. Le diagnostic est alors évident, l'important est de ne rien oublier. Bien connaître le coma myxœdémateux car c'est une urgence médicale.

**\* Dossier portant sur une autre pathologie auto-immune ou psychiatrique, avec une ou deux questions finales sur le diagnostic clinique et biologique d'hypothyroïdie. Attention, ce genre de questions est très discriminant car les signes d'hypothyroïdie sont aspécifiques et le candidat stressé peut être déstabilisé en fin de dossier, alors que les mots clefs côtés seront probablement très simples.**

**Transversalité (6) : cœur, coma, grossesse, troubles de l'humeur, syndrome de Schmidt, Biermer.**