

## L'hypothyroïdie subclinique

PAR WILLIAM SINGER, M.D.

L'hypothyroïdie est une affection fréquente entraînant des symptômes non spécifiques évoluant lentement. Elle est souvent diagnostiquée par hasard et se manifeste le plus fréquemment chez les femmes âgées de plus de 50 ans<sup>1</sup>. Outre sa prépondérance marquée chez les femmes, il existe une forte composante génétique. Il existe également une variabilité importante entre les pays en raison des différences dans la teneur en iode du régime alimentaire.

Dans la plupart des cas, l'hypothyroïdie est causée par un processus auto-immun. Cependant, d'autres causes souvent transitoires doivent être prises en considération (tableau 1). Le diagnostic d'hypothyroïdie primaire est établi lorsque le taux de thyrostimuline (TSH) est élevé et que le taux de thyroxine (T<sub>4</sub>) libre est réduit. Des anticorps contre l'enzyme peroxydase thyroïdienne (TPO), qui régule l'iodination ou le couplage des résidues tyrosyls dans la glande, sont habituellement présents. L'« hypothyroïdie subclinique » est un terme qui est appliqué aux patients qui présentent un taux élevé de TSH, mais un taux normal de T<sub>4</sub> libre. Dans ce numéro d'*Endocrinologie – Conférences scientifiques*, nous examinons la prévalence et les signes diagnostiques de l'hypothyroïdie subclinique ainsi que les critères thérapeutiques de cette maladie chez les patients dont le dosage sanguin des hormones thyroïdiennes est anormal.

### Prévalence

On estime que la prévalence de l'hypothyroïdie primaire est d'environ 5 %, bien que chez les femmes âgées de plus de 50, elle soit aussi élevée que 10 %, et comme nous l'avons noté ci-dessus, dans certains pays, elle est considérablement plus élevée. Chez les hommes, la prévalence est beaucoup plus faible. Les personnes d'origine africaine présentent un risque beaucoup plus faible de manifester une dysfonction thyroïdienne. On estime que la prévalence de l'hypothyroïdie subclinique est jusqu'à 10 fois plus élevée que celle de l'hypothyroïdie clinique<sup>1</sup>.

### Facteurs prédictifs

Dans une étude de suivi de 20 ans effectuée dans le nord de l'Angleterre, on a constaté qu'un taux légèrement élevé de TSH et un taux élevé d'anticorps anti-TPO permettaient de prédire le développement éventuel de l'hypothyroïdie. En présence de ces deux anomalies, environ 5 % des patients développaient par année une hypothyroïdie manifeste. Cependant, quand le patient présentait uniquement un taux élevé de TSH ou un taux élevé d'anticorps anti-TPO, le processus était beaucoup plus lent. Dans ce groupe, environ 28 % avaient développé une hypothyroïdie à la fin de l'étude<sup>2</sup>. Dans une étude récente, plus de 50 % des patients présentant un taux de TSH > 6 ou



Leading with Innovation  
Serving with Compassion

**ST. MICHAEL'S HOSPITAL**  
A teaching hospital affiliated with the University of Toronto



### Membres de la Division d'endocrinologie et du métabolisme à l'Hôpital St. Michael's

LAWRENCE LEITER, MD (CHEF)  
RÉDACTEUR, *ENDOCRINOLOGIE*  
*CONFÉRENCES SCIENTIFIQUES*

GILLIAN BOOTH, MD  
PHILIP CONNELLY, PHD  
CHRISTINE DERZKO, MD  
JEANNETTE GOGUEN, MD  
AMIR HANNA, MD  
SOPHIE JAMAL, MD  
DAVID JENKINS, MD, PHD  
ROBERT JOSSE, MD  
TIM MURRAY, MD  
DOMINIC NG, PHD, MD  
ROBERT PATTEN, MD  
LETICIA RAO, PHD  
WILLIAM SINGER, MD  
ROBERT VOLPE, MD  
VLAD VUKSAN, PHD  
QINGHUA WANG, MD, PHD  
TOM WOLEVER, MD, PHD  
MINNA WOO, MD, PHD  
ROBERT ZEMAN, MD

Hôpital St. Michael's  
6121-61, rue Queen  
Toronto (Ontario) M5C 2T2  
Fax : (416) 867-3696

Le contenu rédactionnel de *Endocrinologie – Conférences scientifiques* est déterminé exclusivement par la Division d'endocrinologie et du métabolisme, Hôpital St. Michael's, Université de Toronto

Disponible sur Internet  
[www.endocrinologie-conferences.ca](http://www.endocrinologie-conferences.ca)

**Tableau 1 : Causes de l'hypothyroïdie**

- Thyroïdite autoimmune (d'Hashimoto)
- Thyroïdite subaiguë de phase tardive
- Médicaments – comprenant l'amiodarone, le lithium, les anticonvulsivants
- Le varech et d'autres préparations à base d'algue
- Irradiation
- La dysfonction de l'axe hypothalamo-hypophysaire

un taux élevé d'anticorps avaient développé une hypothyroïdie au bout de 10 ans<sup>2</sup>. Le développement de l'hypothyroïdie est un processus très lent qui peut prendre des dizaines d'années pour devenir manifeste.

### Diagnostic

L'hypothyroïdie est habituellement détectée par hasard lorsque l'on constate un taux élevé de TSH lors d'un examen de routine. Chez les patients présentant un taux de TSH < 20 (gamme normale < 5 à 6 mU/L), il est rare de constater un taux réduit de T<sub>4</sub> libre (le taux de T<sub>3</sub> libre ou de triiodothyronine baisse bien ultérieurement, excepté chez les patients malades ou chez ceux recevant des inhibiteurs de la 5'déiodinase).

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, pour chaque patient atteint d'hypothyroïdie manifeste, environ 10 peuvent souffrir d'hypothyroïdie subclinique<sup>3</sup>. Les signes et les symptômes de l'hypothyroïdie subclinique ne sont pas très différents de ceux de l'hypothyroïdie clinique et sont plutôt vagues et non spécifiques (tableau 2). En fait, on a proposé que les formes plus légères soient appelées « hypothyroïdie légère » plutôt qu'« hypothyroïdie subclinique »<sup>4</sup>.

Les patients atteints d'hypothyroïdie peuvent souffrir d'anomalies lipidiques associées (en particulier un taux élevé de cholestérol total (CT) et de cholestérol des lipoprotéines de faible densité (LDL), d'hypertension, de symptômes musculo-squelettiques, de coronaropathie, de dépression et d'autres troubles ayant un impact sur la qualité de

**Tableau 2 : Signes et symptômes de l'hypothyroïdie**

- Fatigue et manque d'énergie
- Intolérance au froid
- Sécheresse de la peau
- Polyménorrhée
- Hypertension
- Hyperlipidémie

vie. Les signes cliniques sont non spécifiques et comprennent la sécheresse de la peau, une augmentation du volume de la thyroïde (la taille et la fonction ne sont pas corrélées en ce qui concerne la thyroïde), l'hypertension (qui peut ou non être associée) et un retard de la phase de contraction ou de relaxation des réflexes (ces signes ne sont habituellement pas marqués dans les formes légères).

### Effet du traitement

Il existe des données démontrant que dans les cas d'hypothyroïdie manifeste et subclinique, la thyroxine peut avoir des effets bénéfiques<sup>4</sup>. Il est difficile de déterminer quels patients traiter, à partir de quel taux les traiter et quelle preuve nous avons que nous aidons effectivement le patient.

### Fonction cardiaque

Monzani et coll.<sup>5</sup> ont constaté que divers paramètres de la fonction myocardique étaient affectés de façon néfaste chez 20 patients atteints d'hypothyroïdie subclinique comparativement aux témoins appariés en fonction de l'âge et du sexe. Ces paramètres ont été inversés par un traitement substitutif par la thyroxine avec un degré élevé de signification statistique.

### Hyperlipoprotéïnémie

Le même groupe de l'Université de Pise a étudié 49 patients atteints d'hypothyroïdie subclinique et a constaté que les taux à jeun de CT, de cholestérol-

**Tableau 3 : Causes fréquentes de l'hypothyroïdie transitoire**

- Thyroïdite du postpartum
- Thyroïdite subaiguë de phase tardive
- Varech et autres préparations à base d'algues
- Amiodarone
- Carbonate de lithium

LDL et d'apolipoprotéines B étaient plus élevés chez les patients atteints d'hypothyroïdie subclinique que chez les témoins et étaient corrélés avec leur taux de TSH. Le traitement par la thyroxine a entraîné une réduction des taux de CT et de cholestérol-LDL<sup>6</sup>. Des observations similaires ont été signalées chez 66 femmes atteintes d'hypothyroïdie subclinique qui ont présenté une baisse importante des taux de CT, de cholestérol-LDL et d'apolipoprotéine B après l'administration de thyroxine<sup>7</sup>.

Dans une méta-analyse comprenant 173 patients, McDermott et Ridgway<sup>4</sup> ont constaté que dans une majorité d'études chez des patients atteints d'hypothyroïdie subclinique, la contractilité myocardique et la fonction diastolique se sont améliorées avec un traitement par la L-thyroxine. Ils ont également cité une étude canadienne<sup>8</sup> non contrôlée plus ancienne qui démontrait la progression de la coronaropathie chez des patients présentant un taux élevé de TSH.

#### **Symptômes non spécifiques (fatigue, etc.)**

Trois études randomisées et contrôlées<sup>9-11</sup> citées par McDermott et Ridgway ont démontré une amélioration statistiquement significative chez 82 patients atteints d'hypothyroïdie subclinique traités par la L-thyroxine, sur la base de leurs réponses à des questionnaires. Des effets bénéfiques semblables ont été signalés en ce qui concerne la dysfonction neuromusculaire qui était souvent associée à des anomalies électromyographiques<sup>11</sup>. Cependant, dans d'autres études, on a constaté que le traitement par la L-thyrosine avait peu d'effet sur ces anomalies<sup>12,13</sup>. Cela n'est pas surprenant, étant donné que ces affections avaient

de nombreuses causes et l'hypothyroïdie n'est qu'une possibilité<sup>3</sup>.

#### **Qui doit-on soumettre à un dépistage?**

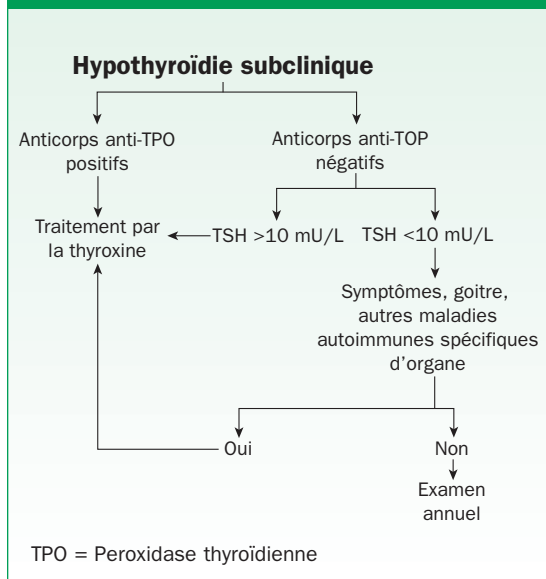
Différents groupes ont fait diverses recommandations sur la question de savoir qui dans la population doit être soumis à un dépistage. Les sujets varient de tous ceux qui ont plus de 20 ans à ceux âgés de plus de 60 ans. Le consensus est apparemment que chez toutes les femmes âgées de plus de 50 ans, on devrait vérifier chaque année le taux de TSH. Bien entendu, les nouveau-nés sont soumis à un dépistage de routine. Le taux de TSH doit être vérifié au début de la grossesse ou avant la conception en raison des effets délétères possibles de l'hypothyroïdie sur le développement du fœtus. Chez les femmes dont le taux est élevé, l'incidence de troubles thyroïdiens postpartum (hyperthyroïdie ou hypothyroïdie) se manifestant entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement est beaucoup plus élevée. En outre, on devrait accorder le bénéfice du doute à toute personne ayant des antécédents personnels ou familiaux de maladie auto-immune, de goitre, d'hyperlipidémie, d'hypertension ou d'autres caractéristiques évocatrices inexplicables et l'on devrait vérifier son taux de TSH.

#### **Qui doit-on traiter?**

Il est important d'exclure l'hypothyroïdie transitoire due à une thyroïdite subaiguë de phase tardive ou à l'ingestion inappropriée de substances à forte teneur en iode telles que le varech (tableau 3). Dans la thyroïdite subaiguë, la caractéristique initiale est l'hyperthyroïdie au début de la maladie. Cependant, lorsque la glande présente un déficit en hormone thyroïdienne après 6 à 12 semaines, il en résulte une hypothyroïdie, et la fatigue est le symptôme le plus fréquent. À ce stade,

- le taux de TSH est légèrement ou notablement élevé
- le taux de T<sub>4</sub> libre est faible ou de faible à normal
- des anticorps anti-TPO sont fréquemment présents et
- la captation de <sup>131</sup>I ou de <sup>123</sup>I est élevée dans la glande présentant un déficit en iode.

**Figure 1 : Algorithme pour le traitement de l'hypothyroïdie subclinique<sup>9</sup>**



Ces anomalies biochimiques sont habituellement transitoires et ne nécessitent pas de traitement, étant donné qu'elles redeviennent normales dans un délai d'environ 1 à 2 mois.

De nombreuses préparations vitaminiques contiennent une quantité suffisante d'iode pour causer une hypothyroïdie (et occasionnellement une hyperthyroïdie) chez les personnes sensibles (habituellement celles ayant des antécédents familiaux de maladie thyroïdienne). Le varech ou d'autres préparations à base d'algues peuvent avoir le même effet, mais ces effets disparaissent 1 à 2 mois après que l'on ait arrêté de prendre ces préparations.

On n'observe plus de cas d'hypothyroïdie due à un produit de contraste radiologique à longue durée d'action. Cependant, environ 20 % des patients recevant de l'amiodarone développent une hypothyroïdie (souvent légère, qui appartient ainsi à la catégorie subclinique). Chez ces patients, le traitement par la thyroxine est indiqué en l'absence de coronaropathie grave. Durant les premiers mois du traitement par l'amiodarone, une hypothyroïdie légère transitoire se manifeste qui ne nécessite pas de traitement.

Environ 20 % des patients recevant du lithium développent une hypothyroïdie (clinique ou subclinique) et doivent être traités avec la thyroxine. On devrait informer ces patients que s'ils arrêtent de prendre la lithium, ils peuvent probablement arrêter également de prendre de la thyroxine.

L'algorithme résumé dans la figure 1 recommande que les patients qui ont un taux de TSH > 10 mU/L soient traités et que l'on envisage un traitement chez ceux dont le taux de TSH se situe entre 6 et 10 mU/L et dont le taux d'anticorps anti-TPO est élevé<sup>14</sup>. Les patients dont le taux de TSH se situe entre 6 et 10 mU/L, mais qui présentent un taux d'anticorps négatif, ne doivent être traités que si ce sont des femmes qui sont enceintes ou si d'autres facteurs tels que l'hypercholestérolémie, l'hypertension ou d'autres symptômes évocateurs sont présents. Dans la pratique, il est conseillé de répéter le test de dosage de la TSH après 2 ou 3 mois, en particulier si le taux est limite, et simultanément, de mesurer le taux d'anticorps anti-TPO avant de décider d'administrer un traitement qui peut durer toute la vie.

### Effets négatifs du traitement par la thyroxine

Les effets négatifs sont dus principalement à un traitement excessif, en particulier chez les patients âgés chez qui l'on peut déclencher une angine et d'autres troubles du rythme cardiaque. On peut éviter ces effets en administrant initialement une faible dose de thyroxine aux patients âgés et en augmentant la dose progressivement. Chez certains patients souffrant d'angine, l'objectif ne doit pas nécessairement être de parvenir à des valeurs biochimiques normales. La L-thyroxine n'est pas coûteuse et le fardeau économique est donc faible. Cependant, la fréquence accrue des tests augmente effectivement les coûts. Habituellement, lorsqu'on a établi une dose optimale, la fréquence des tests ne doit pas être supérieure à tous les 6 à 12 mois, à moins que la conformité au traitement soit un problème.

## Conclusion

- Les patients présentant un taux de TSH > 10 mU/L doivent recevoir un traitement par la thyroxine, même si leur taux d'anticorps n'est pas élevé, sous réserve que les causes transitoires et réversibles de l'hypothyroïdie ait été exclues.

- Chez les patients dont le taux de TSH se situe entre 6 et 10 mU/L et présentant un taux élevé d'anticorps anti-TOP, on doit envisager un traitement par la thyroxine, étant donné que la probabilité de développer une hypothyroïdie manifeste est d'environ 5 % par année.

- Les patients dont le taux de TSH est < 10 mU/L, mais dont le taux d'anticorps est négatif, ne doivent pas recevoir de traitement, sauf en présence d'autres facteurs tels que la grossesse, l'hypertension, l'hyperlipidémie, la cardiopathie ou d'autres symptômes non spécifiques tels que la fatigue qui peuvent être causés, du moins en partie, par un déficit en hormone thyroïdienne. Cependant, il est nécessaire de vérifier périodiquement le taux de TSH chez ceux qui ne reçoivent pas de traitement.

## Références

1. Hollowell JG, Stachling NW, Flanders WD et al. Many people in the United States have unrecognized thyroid dysfunction. *Clin Thyroidology* XIV 2002;2:21-2.
2. Vonderpump MP, Tunbridge WM, French JM et al. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Wickham Survey. *Clin Endocrinol* 1995;43:55-68.
3. Huber G, Staub JJ, Meier C et al. Subclinical hypothyroidism and prognostic value of thyrotropin, thyroid reserve and thyroid antibodies. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87:3221-6.
4. McDermott MT, Ridgway EC. Subclinical hypothyroidism is mild thyroid failure and should be treated. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86(10):4585-90.
5. Monzani F, Di Bello V, Caraccio N et al. Effect of levothyroxine on cardiac function and structure in subclinical hypothyroidism: a double-blind placebo-controlled study. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86(3): 1110-5.
6. Carraccio N, Ferannini E, Monzani F. Population profile in subclinical hypothyroidism: response to levothyroxine replacement. a randomized placebo-controlled study. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;87:1553-8.
7. Meier C, Stavits JJ, Roth CB et al. TSH-controlled L-thyroxine therapy reduced cholesterol levels and clinical symptoms in subclinical hypothyroidism: a double-blind placebo-controlled trial (Basel Thyroid Study) *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86(10):4860-6.
8. Perk M, O'Neill BJ. The effect of thyroid hormone therapy on angiographic coronary artery disease progression. *Can J Cardiol* 1997;13:273-6.

9. Cooper DS, Haljnov R, Wood LC et al. Thyroxine therapy in subclinical hypothyroidism. *Ann Intern Med* 1984;101:18-24.
10. Nystrom E, Caidahl K, Fager G et al. A double-blind crossover 12-month study of L-thyroxine treatment of women with subclinical hypothyroidism. *Clin Endocrinol* 1988;29: 63-76.
11. Jaeschke R, Guyatt G, Gerstein H et al. Does treatment with L-thyroxine influence health status in middle-aged and older adults with subclinical hypothyroidism. *Gen Intern Med* 1996;11:744-749.
12. Kong WM, Sheikh MH, Lumb PJ et al. A 6-month randomized trial of thyroxine treatment in women with mild subclinical hypothyroidism. *Am J Med* 2002;112: 348-54.
13. Chu JW, Crapo LM. The treatment of subclinical hypothyroidism is seldom necessary. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86:4591-9.
14. Toft AD. Thyroid hormone treatment, how and when. *Thyroid International* 2001;4:3-12.

## Résumés d'intérêt connexe

### L'hypothyroïdie subclinique est une insuffisance légère de la thyroïde qui doit être traitée

MT McDERMOTT, EC RIDGWAY, DENVER, COLORADO

L'hypothyroïdie subclinique est définie comme un taux sérique de TSH élevé associé à des taux de T<sub>4</sub> et de T<sub>3</sub> totaux ou libres normaux. On a rapporté une prévalence globale de 4 à 10 % dans des enquêtes importantes de dépistage de la population générale et de 7 à 26 % dans des études sur les personnes âgées. En raison de la fréquence de cette affection, d'importantes questions ont été soulevées concernant sa signification clinique et son traitement approprié. L'un des mythes qui entoure l'hypothyroïdie subclinique est qu'un taux sérique élevé de TSH et un taux normal d'hormones thyroïdiennes libres représentent une « hypothyroïdie compensée ». Le raisonnement à la base de cette idée est qu'étant donné que les taux circulants d'hormones thyroïdiennes se situent dans la gamme normale et que seul le taux sérique de TSH est élevé, le sujet affecté est dans un état euthyroïdien, car un taux accru de TSH stimule la glande thyroïde, celle-ci produisant et libérant alors un taux normal d'hormones thyroïdiennes. De toute évidence, des taux sériques élevés de TSH stimulent même une glande thyroïde dysfonctionnelle qui produit alors un taux plus élevé d'hormones thyroïdiennes. Cependant, tant que le taux sérique de TSH demeure élevé, les taux d'hormones thyroïdiennes ne sont pas vraiment normaux chez ce sujet. Étant donné la cinétique de la clairance de la circulation des hormones thyroïdiennes et de la TSH, cette conclusion est inévitable. La demi-vie de la T<sub>4</sub> étant de 7 jours et celle de la T<sub>3</sub> de 1 jour, le taux sérique de TSH, qui a une demi-vie de moins d'une heure, devrait retourner à la normale si les taux d'hormones thyroïdiennes étaient normaux chez ce sujet. Un taux de TSH élevé chez un patient signifie donc que les concentrations d'hormones thyroïdiennes circulantes sont insuffisantes, avec quelques rares exceptions (tumeurs sécrétant la TSH, syndromes de résistance aux hormones thyroïdiennes). Nous pensons que l'hypothyroïdie subclinique représente une insuffisance thyroïdienne légère et est un trouble cliniquement important qui a des conséquences cliniques néfastes et que l'on devrait traiter dans la plupart des cas, sinon tous. Nous appuierons cette position sur la base des données objectives signalées concernant l'histoire naturelle, les manifestations cliniques et les avantages du traitement de ce trouble.

*The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2001;86 (10):4585-90.

Copyright © 2001 par l'Endocrine Society

## Le traitement de l'hypothyroïdie subclinique est rarement nécessaire

JW Chu, LM Crapo, San Jose, Californie

L'hypothyroïdie subclinique (HS) est un trouble fréquent dont la prévalence est de 1 à 10 % de la population adulte dans la plupart des études communautaires. Le risque de développer une HS augmente chez les femmes, les personnes âgées et en cas d'apport diététique en iode. L'opinion selon laquelle la plupart des sujets atteints d'HS doivent être traités avec la L-thyroxine est de plus en plus acceptée. Un nombre limité d'études randomisées et contrôlées avec placebo regroupant un petit nombre de patients atteints d'HS ont été effectuées et plusieurs de ces études montrent que le traitement par la L-thyroxine peut réduire les symptômes d'hypothyroïdie. D'autres études menées auprès de sujets atteints d'HS ont démontré que la L-thyroxine réduit le taux de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (LDL), améliore la fonction cardiaque et réduit les symptômes neuropsychiatriques. Les auteurs d'une étude transversale d'observation récente ont noté une association entre l'HS et les affections athéroscléreuses. Sur la base d'une évaluation initiale, il apparaît donc que la recommandation d'administrer un traitement avec la L-thyroxine chez la plupart des sujets atteints d'HS est fortement appuyée par des données expérimentales.

Cependant, l'examen soigneux des principales données sur la question de savoir si l'HS doit être traitée avec la L-thyroxine mène légitimement à une opinion contraire. En effet, il existe autant d'études randomisées et contrôlées avec placebo qui n'ont observé aucune réduction des symptômes d'HS que d'études qui ont noté que le traitement avait un effet bénéfique. D'autres rapports ont noté que le traitement avec la L-thyroxine avait une signification clinique douteuse et fréquemment qu'il n'avait aucune signification statistique en ce qui concerne la modification du cholestérol LDL, de la performance myocardique et des paramètres neuropsychiatriques. On n'a démontré aucune association entre l'HS et la cardiopathie ischémique dans l'enquête de Whickham, l'étude longitudinale la plus importante sur les troubles thyroïdiens que l'on ait jamais effectuée. De tels résultats contradictoires sont dus à l'absence de cohérence des rapports sur la définition de l'HS, les degrés très divers d'insuffisance thyroïdienne examinés ainsi que le caractère hétérogène de l'âge, du sexe et de l'origine ethnique des sujets testés. Il existe de nombreuses données indiquant que les sujets atteints d'HS chez qui le traitement avec la L-thyroxine aurait des effets bénéfiques sont ceux dont le taux de TSH est supérieur à 10 mU/litre. Ces sujets sont une minorité parmi ceux atteints d'HS dans toutes les études épidémiologiques de grande envergure qui ont stratifié les taux de TSH. Cependant, la majorité des sujets atteints d'HS présentent un taux légèrement élevé de TSH variant de 5 à 10 mU/litre et des anomalies métaboliques minimes, souvent non significatives. Ils présentent soit une insuffisance thyroïdienne débutante légère pour laquelle le traitement par la L-thyroxine n'a pas montré d'effets bénéfiques reconnaissables ou ils peuvent simplement être des cas particuliers euthyroïdiens dans le groupe de 2,5 % dont le taux de TSH est au-dessus de la limite supérieure de la gamme de référence normale et dans ces cas, le traitement avec la L-thyroxine serait inapproprié. En outre, les données existantes remettent en question la nécessité de traiter les hommes atteints d'HS, qui sont beaucoup moins nombreux que les femmes atteintes d'HS, et qui ne manifestent presque aucune différence métabolique comparativement aux hommes ayant un taux de TSH normal.

*The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2001;86(10):4591-99.

Copyright © 2001 par l'Endocrine Society.

## Réunions scientifiques à venir

10 au 12 janvier 2003

### American Diabetes Association

#### 50<sup>e</sup> cours avancé post-universitaire annuel

New York, New York

Renseignements :

[www.diabetes.org](http://www.diabetes.org)

Tél. : 703-549-1500,

poste 2453

Courriel : [meetings@diabetes.org](mailto:meetings@diabetes.org)

30 mars au 2 avril 2003

### 52<sup>e</sup> réunion scientifique annuelle de l'American College of Cardiology

Chicago, Illinois

Renseignements :

[www.acc.org/2003ann\\_meeting/home/home.htm](http://www.acc.org/2003ann_meeting/home/home.htm)

Tél. : 800 253-4636 ou 301-897-2697

14 au 17 juin 2003

### 63<sup>e</sup> réunion scientifique de l'American Diabetes Association

Nouvelle-Orléans, Louisiane

Renseignements :

Tél. : 703 549-1500 (poste 3553)

Courriel : [meetings@diabetes.org](mailto:meetings@diabetes.org)

19 au 22 juin 2003

### 45<sup>e</sup> réunion annuelle de l'Endocrine Society

Philadelphie, PA

Renseignements :

Tél. : 301 941-0200

Courriel : [endostuff@endo-society.org](mailto:endostuff@endo-society.org)

Les avis de changement d'adresse et les demandes d'abonnement *Endocrinologie – Conférences scientifiques* doivent être envoyés par la poste à l'adresse B.P. 310, Station H, Montréal (Québec) H3G 2K8 ou par fax au (514) 932-5114 ou par courrier électronique à l'adresse [info@snellmedical.com](mailto:info@snellmedical.com). Veuillez vous référer au bulletin *Endocrinologie – Conférences scientifiques* dans votre correspondance. Les envois non distribuables doivent être envoyés à l'adresse ci-dessus.

*La version française a été révisée par le Dr Raphaël Bélanger, Montréal.*

Fourni à titre de service à la médecine grâce à une subvention à l'éducation de

## Aventis Pharma

©2002 La Division d'endocrinologie et du métabolisme, Hôpital St. Michael, seule responsable du contenu de cette publication. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur ou du commanditaire, mais sont celles de l'établissement qui en est l'auteur et qui se fonde sur la documentation scientifique existante. Éditeur : SNELL Communication Médicale Inc. en collaboration avec la Division d'endocrinologie et du métabolisme. Tous droits réservés. Tout recours à un traitement décrit ou mentionné dans *Endocrinologie – Conférences scientifiques* doit toujours être conforme aux renseignements thérapeutiques au Canada. SNELL Communication Médicale Inc. se consacre à l'avancement de la formation médicale continue de niveau supérieur.

SNELL

118-012F