



Recommandations concernant :

Analyses de laboratoire du bilan thyroïdien initial : Introduction du test réflexe

Version : Octobre 2025

Groupe de travail post-analytique de la SSCC

P.-A. Binz^{1,*}, R. Della Bruna², O. Golaz³, J.-L. Magnin⁴, C. Nusbaumer⁵, M.F. Rossier⁶, V. Viette⁷, N. Vuilleumier³, P. Kopp^{8,+}

^{*} Chair

⁺ Expert, représentant de la Société Suisse d'Endocrinologie et Diabétologie

¹Service de Chimie clinique & Toxicologie, Institut Central des Hôpitaux (ICH), Hôpital du Valais ; ²Laboratorio d'Ospedale, Ospedale Regionale di Bellinzona San Giovanni, Bellinzona ; ³Service de médecine de laboratoire, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG, Genève) ; ⁴Laboratoire, Hôpital Fribourgeois (HFR), Fribourg ; ⁵Laboratoire, Hôpital du Jura, Delémont ; ⁶Faculté de Médecine, Université de Genève, Genève ; ⁷ADMED Laboratoires, La Chaux-de-Fonds ; ⁸Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne et Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED).

Introduction / Contexte / Définitions

- Le bilan thyroïdien initial est entendu comme l'ensemble des analyses de laboratoire contribuant à l'évaluation du fonctionnement de la thyroïde chez l'adulte en dehors des situations de grossesse. En particulier il permet, en complément de la présentation clinique d'un patient, de détecter une hypothyroïdie ou une hyperthyroïdie.
- Les bilans de laboratoire demandés actuellement comprennent en général la mesure de la TSH (thyroid stimulating hormone) et de manière variable selon les pratiques la mesure des hormones thyroïdiennes T4 (tétraiodothyronine, thyroxine) et T3 (triiodothyronine) sous forme libre ou totale, et parfois des anticorps.
- Plusieurs publications et recommandations mettent en avant la non-nécessité clinique de systématiser la mesure concomitante de la TSH et des hormones T4 et T3, libres ou totales. La proposition d'introduire un test réflex fait partie de plusieurs recommandations internationales¹⁻¹¹.

Recommandations

Test réflexe pour le bilan thyroïdien initial :

- Dans le cadre d'un bilan thyroïdien initial, un dosage de la TSH seule est effectué en première intention.
- En cas de résultat anormal de TSH, l'analyse d'une T4 libre en cas de TSH élevée, et de T4 libre et T3 (libre ou totale) en cas de TSH supprimée peut être automatiquement ajoutée.
- La description explicite du test réflexe, incluant les valeurs seuils de déclenchement d'analyse(s) ajoutée(s), doit être décrite dans le catalogue des analyses du laboratoire.

Explications / Précisions / Remarques

- La formation et la libération de T3 et de T4 suivent des mécanismes réactionnels contrôlés par la TSH sécrétée par les cellules hypophysaires thyroïdiques. La sécrétion de TSH est régulée par un mécanisme de rétrocontrôle négatif dans l'hypophyse. Dans la majorité des cas, des taux de TSH normaux permettent d'exclure une hyperthyroïdie ou une hypothyroïdie. Sont réservés certains cas particuliers comme les dysthyroïdies centrales, une résistance aux hormones thyroïdiennes (rare), les adénomes hypophysaires sécrétant de la TSH, et les patients sous traitement avec des glucocorticoïdes ou de la dopamine.
- Le dépistage systématique d'une dysthyroïdie chez un patient asymptomatique et hors des situations ciblées (grossesse, bilan d'infertilité, trouble du rythme cardiaque, potentialité de résistance à certains médicaments, nouveau-nés) n'est pas recommandé.
- En raison de la multiplicité des contextes médicaux et pratiques, du manque de standardisation entre les méthodes d'analyses et les différences d'implémentations des intervalles de référence, la définition du test réflexe devrait être déterminée en accord avec un endocrinologue référent pour chaque laboratoire.

Exemple illustratif de test réflexe :

- 1) Mesure de la TSH
- 2.a) Si la TSH est supérieure à un seuil défini (par exemple valeur supérieure de l'intervalle de référence +1) : mesure automatique de la T4 libre
- 2.b) Si la TSH est inférieure à un seuil défini (par exemple valeur inférieure de l'intervalle de référence) : dosage de la T4 libre et de la T3 libre

Références

- ¹ Wuerzner K, Pasche O., Rodondi N, Portmann L. Les dysthyroïdies en médecine de premier recours. Rev Med Suisse 2010; 273 (6): 2306–2311. doi: 10.53738/REVMED.2010.6.273.2306
- ² Prise en charge des hypothyroïdies chez l'adulte, Recommander les bonnes pratiques, de la HAS, 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/recommandation_prise_en_charge_des_hypothyroidies_chez_ladulte_mel.pdf
- ³ Prise en charge des hypothyroïdies chez l'adulte, Recommander les bonnes pratiques, de la HAS, 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/recommandation_prise_en_charge_des_hyperthyroidies_chez_ladulte_mel.pdf
- ⁴ Van Uytvanghe K, Ehrenkranz J, Halsall D, Hoff K, Loh TP, Spencer CA, Köhrle J. Thyroid Stimulating Hormone and Thyroid Hormones (Triiodothyronine and Thyroxine): An American Thyroid Association-Commissioned Review of Current Clinical and Laboratory Status. Thyroid 2023; 33(9):1013-1028. doi: 10.1089/thy.2023.0169.
- ⁵ Biondi B, Bartalena L, Cooper DS, *et al.* The 2015 European Thyroid Association Guidelines on Diagnosis and Treatment of Endogenous Subclinical Hyperthyroidism. Eur Thyroid J 2015; 4:149–63. doi:10.1159/000438750
- ⁶ Persani L, Brabant G, Dattani M, *et al.* 2018 European Thyroid Association (ETA) Guidelines on the Diagnosis and Management of Central Hypothyroidism. Eur Thyroid J 2018; 7:225–37. doi:10.1159/000491388
- ⁷ Plebani M, Giovanella L. Reflex TSH strategy: the good, the bad and the ugly. Clin Chem Lab Med CCLM 2019; 58:1–2. doi:10.1515/cclm-2019-0625
- ⁸ Determination of optimal TSH ranges for reflex Free T4 testing Clinical Thyroidology® for the Public 11(2), 2018. https://www.thyroid.org/wp-content/uploads/publications/ctfp/volume11/issue2/ct_public_v112_3_4.pdf
- ⁹ Ross DS *et al.* 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. Thyroid 2016; 26(10):1343-1421. doi: 10.1089/thy.2016.0229. Erratum in: Thyroid. 2017 Nov;27(11):1462. doi: 10.1089/thy.2016.0229.correx. Erratum in: Thyroid. 2025 Aug 6. doi: 10.1089/thy.2016.0229.correx2. PMID: 27521067.
- ¹⁰ Andersen S, Karmisholt J, Bruun NH, *et al.* Interpretation of TSH and T4 for diagnosing minor alterations in thyroid function: a comparative analysis of two separate longitudinal cohorts. Thyroid Res 2022; 10;15(1): 19. doi: 10.1186/s13044-022-00137-1. PMID: 36210438; PMCID: PMC9549610.

¹¹ Jonklaas J, Bianco AC, Bauer AJ et al. American Thyroid Association Task Force on Thyroid Hormone Replacement. Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the American Thyroid Association task force on thyroid hormone replacement. *Thyroid* 2014;24(12):1670-751. doi: 10.1089/thy.2014.0028. PMID: 25266247; PMCID: PMC4267409.

¹² National Guideline Centre (UK). Monitoring thyroid disease: Thyroid disease: assessment and management: Evidence review F. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019 Nov. PMID: 35129911.

Cette recommandation a été adoptée par le comité de la SSCC.

Cette recommandation a été approuvée par la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie .