En collaboration avec

Par Carl Fournier, MD

« Pourquoi ma demande d'assurance vie a-t-elle été refusée? »

Le cas de Louise

Louise, âgée de 40 ans, vient vous consulter pour un contrôle médical annuel. Elle s'inquiète, car une demande d'assurance vie lui a été récemment refusée. Elle ne se plaint d'aucun symptôme et n'a pas consulté à l'urgence depuis des années. Elle ne prend aucun médicament et n'a aucune allergie.

En révisant son dossier médical, vous trouvez les éléments suivants :

- Sa mère est âgée de 72 ans et traitée pour une hypertension artérielle bien contrôlée.
- Son père a 75 ans. Il est suivi pour un diabète de type 2, traité sous metformine, dont la maîtrise est optimale.
- Elle a une sœur et un frère en bonne santé.
- Sur le plan personnel, elle n'a aucun antécédent particulier.
- Elle ne fume pas et prend de l'alcool socialement, environ un demi-litre par semaine.
- Elle n'a jamais fait l'usage de drogues.
- Elle occupe un emploi dans la vente de téléphones cellulaires. Elle est mariée et mère de deux enfants.
- Elle n'a présenté aucune anomalie durant ses grossesses.

Pourquoi sa demande d'assurance vie a-t-elle été refusée?

Son examen physique

- TA : 120/70
- Pouls : 68/min
- Taille : 1 m 65
- Poids : 66 kg, IMC 24
- Tête et cou : thyroïde normale
- Cœur et poumons : normaux
- Abdomen : normal
- Membres inférieurs : léger œdème

Ses résultats d'analyses exigées par la compagnie d'assurances

- FSC : Hb : 120 g/L (118-158)
  Ht : 0,376 L/L (0,370-0,470)
  Globules blancs : 4,6 (4,5 x 10^9/L)
  Plaquettes : 235 (140-440 x 10^9/L)

- Glycémie : 5,0 mmol/L (3,6-6,1)
- Créatinine : 89 µmol/L (40-90)
- Na : 139 mmol/L (135-146)
- Cl : 104 mmol/L (98-108)
- K : 4,3 mmol/L (3,5-4,5)
- ALT : 23 U/L (5-40)

- Cholestérol total : 4,87 mmol/L
- Triglycérides : 1,05 mmol/L
- HDL-Cholestérol : 1,24 mmol/L
- LDL-Cholestérol : 3,16 mmol/L
- CHOL/HDL : 3,93 mmol/L

- TSH : 5,94 mU/L (0,27-4,20)
- T4 libre : 14,1 pmol/L (13-23)

Copyright © Vente et distribution commerciale interdites
L'utilisation non autorisée est prohibée. Les personnes autorisées peuvent
(et peuvent) enregistrer, afficher, visualiser et imprimer une copie pour leur usage personnel

L'hypothyroïdie subclinique est un désordre commun de la glande thyroïde et sa prévalence varie de 1 à 10 % dans la population.

Quelle est votre impression diagnostique?

En l'absence de symptômes et de signes cliniques, il s'agit d'une hypothyroïdie subclinique, telle que démontrée par le bilan thyroïdien. Le profil lipidique de Louise se trouve dans les valeurs souhaitées, puisqu'elle est à faible risque de subir un événement cardiovasculaire (risque calculé selon la table de Framingham).

Le Dr **Carl Fournier** est médecin de famille à la Clinique médicale Cadillac et directeur adjoint du Bureau de formation professionnelle continue de l'Université de Montréal.

Quel bilan supplémentaire doit-on faire pour confirmer le diagnostic?

Un deuxième contrôle de la TSH (*thyroid stimulating hormone*), incluant une mesure de T4 libre, confirme le premier résultat. De plus, une mesure des anticorps anti-thyroperoxydase permet d'identifier les patients qui sont plus à risque de développer, dans le futur, une hypothyroïdie plus grave. Vous obtenez le résultat suivant :

- Anticorps anti-thyroperoxydase :
  20 U/L (négatif = < 40, douteux = 41 à 64, positif = > 65)

L'hypothyroïdie subclinique

- L'hypothyroïdie subclinique est un désordre commun de la glande thyroïde. Sa prévalence varie de 1 à 10 % dans la population, plus souvent chez les femmes, les personnes âgées et chez ceux qui ingèrent une importante quantité de produits iodés.
- L'hypothyroïdie subclinique est souvent causée par une thyroïdite auto-immune (maladie d'Hashimoto). La progression vers l'hypothyroïdie est plus fréquente en présence d'un goitre et d'anticorps antithyroïdiens.

- L'hypothyroïdie subclinique est associée à un risque plus élevé d'effets cardiovasculaires, d'hyperlipidémie et d'effets neuropsychiatriques (dépression), tels que démontrés dans de récentes études[1,2].

Quelles sont les indications officielles de traitement?

Selon l'AACE (*American Association of Clinical Endocrinologists*), les indications de traitement pour ces patients sont bien établies lorsque les valeurs de la TSH sont au-dessus de 10 µIU/mL. Pour les patients présentant des valeurs entre 5 et 10 µIU/mL, les données sont plus controversées. Le traitement devrait être réservé aux cas de goitres et d'anticorps antithyroïdiens positifs.

La dose de départ de la lévothyroxine devrait être de 25 à 50 µg/jour et la TSH devrait être contrôlée six à huit semaines plus tard. Ce dernier résultat devrait se situer entre 0,3 et 3,0 µIU/mL. Une fois la TSH stabilisée, un contrôle annuel est suffisant. *Clin*

Références :
1. McDermott MT, Ridgway EC: Subclinical hypothyroidism is mild thyroid failure and should be treated. J clin Endocrinol Metab, 2001; 86:4585-90.
2. Danese MD, Ladenson PW, Meinert CL, et coll: Clinical review 115: effect of throxine therapy on serum lipoproteins in patients with mild thyroid failure; a quantitative review of literature. J clin Endocrinol Metab, 2000; 85:2993-3001.

Numéro d'enregistrement : PM40063348

Adresse de retour : **Le Clinicien**
955, boul. Saint-Jean
Bureau 306
Pointe-Claire (Québec)
H9R 5K3

Retour sur le cas de Louise

Pour Louise, aucun traitement n'est nécessaire puisqu'elle ne présente pas de goitre lors de l'examen physique et que ses anticorps antithyroïdiens sont négatifs. Elle est suivie annuellement avec un contrôle des valeurs de la TSH et de T4.

Concernant son assurance vie refusée, une demande de révision a été faite en citant les références des études cliniques et les recommandations de l'AACE. Une surprime sera à prévoir si elle est acceptée!

L'hypothyroïdie subclinique est associée à un risque plus élevé d'effets cardiovasculaires, d'hyperlipidémie et d'effets neuro-psychiatriques (dépression).