

Dysthyroïdies

Dr Domitille GUEDEL

Endocrinologue CH CHAMBERY (Savoie73)

Sommaire

1- HYPOthyroïdie

2- HYPERthyroïdie

3-Nodules thyroïdiens

4- Questions

Epidémiologie

HYPOTHYROÏDIE :

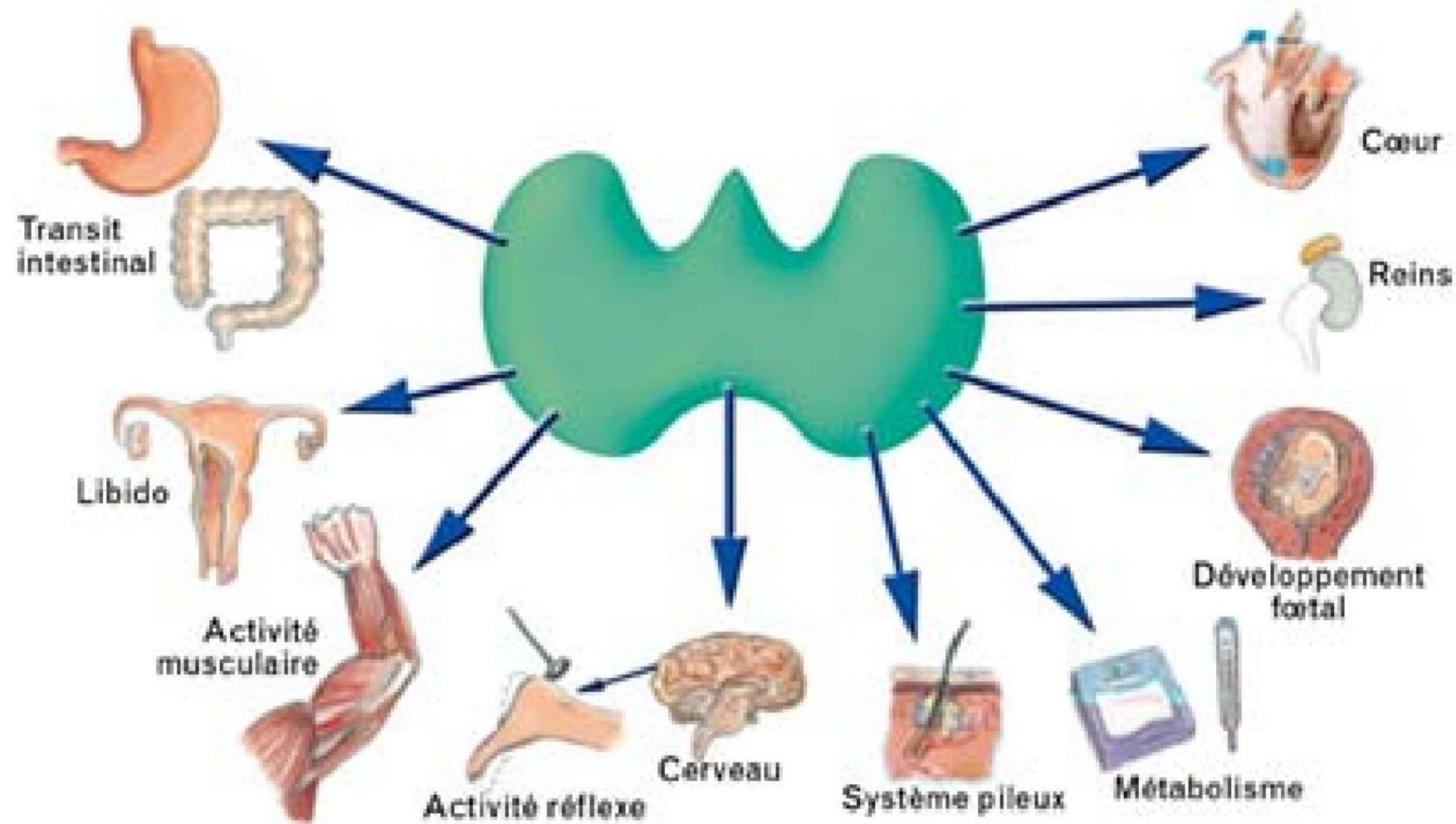
- affection thyroïdienne la + fréquente
- Touche 1 à 2% de la population
- incidence annuelle
 - 3,1/1000 femmes
 - < 0,2/1000 chez hommes
- incidence augmente avec l'âge : survient en moy vers 60 ans

HYPERTHYROÏDIE

- Incidence annuelle : 0,46/1000
- Prédominance féminine

1- HYPOTHYROIDIE

Clinique : variée++



Symptômes de l'HYPOTHYROÏDIE : ils sont **variables et peu spécifiques**

CLINIQUE

- une asthénie_chronique,
- Une constipation,
- une prise de poids malgré perte d'appetit,
- un rythme cardiaque anormalement lent,
- une frilosité
- Une atteinte des phanères : peau sèche, cheveux secs&cassants, dépilation, ongles fragiles
- Dépression ou des troubles de la mémoire,
- des crampes musculaires,
- des règles irrégulières, etc

BIOLOGIE :

- Anémie microcytaire
- Dyslipidémie
- Élévation des CPK

Définition de l'HYPOTHYROÏDIE

- HYPOTHYROÏDIE **AVEREE** :
 - **TSH > 10 mUI/L**
 - **et T4L < aux valeurs de référence**

- HYPOTHYROÏDIE **FRUSTRE** :
 - **TSH > valeurs de référence** sur au moins 2 prélèvements à au moins 6 semaines d'intervalle
 - **T4L normale**
 - **Forme pauci ou asymptomatique**

CAUSES d'HYPOTHYROÏDIE

Tableau 2. Principales causes d'hypothyroïdie primaire

Thyroidite subaiguë

- Thyroïdites : lymphocytaires, du post-partum ou de De Quervain
- Phase transitoire d'hypothyroïdie (6-12 mois) parfois observée

Thyroidite chronique de Hashimoto

- Maladie auto-immune : augmentation des anticorps antithyroperoxydase (TPO) et antithyroglobuline et infiltrat lymphocytaire à l'histologie
- Cause la plus fréquente d'hypothyroïdie
- Rapport femme/homme : 7/1

Hypothyroïdie iatrogène

- Après thyroïdectomie
- Iode radioactif (¹³¹I)
- Radiothérapie cervicale
- Médicaments : lithium, amiodarone, antithyroïdiens, interféron, iode

Carence en iode

- Cause fréquente d'hypothyroïdie dans certaines parties du monde
- Souvent associée à un goitre

Congénitale

- Une naissance/4000
- Dépistage à la naissance

HYPOTHYROIDIE : QUI explorer?

Quand évaluer la fonction thyroïdienne ?

En cas de symptômes évocateurs d'hypothyroïdie ;

– En cas de symptômes ou signes non spécifiques et :

- prise de médicaments comme amiodarone, lithium ;
- dépression inexpiquée ;
- hypercholestérolémie inexpiquée ;
- antécédents personnels ou familiaux de maladie auto-immune (diabète type 1), de maladie thyroïdienne... ;
- grossesse ou désir de grossesse pour les femmes présentant des facteurs de risques d'hypothyroïdie.

Cette évaluation n'est pas recommandée :

- chez les individus asymptomatiques ;

- Dans certaines situation cliniques : déclin cognitif inexpiqué, AEG sans cause évidente,...

• /!\ NE PAS DÉPISTER :

- PAS de dépistage généralisé
- PAS de dépistage en cas d'hospitalisation, infection
- Pas de dépistage du simple fait de l'âge > 65 ans

Comment dépister?

Quelles explorations biologiques à visée diagnostique ?

– **En première intention : TSH seule**

– En seconde intention : **T4L**

- si $TSH > 10$ mUI/L d'emblée ;
- ou si $4 < TSH < 10$ mUI/L, de façon persistante à 6 semaines d'intervalle.

→ Afin de limiter les prélèvements, il est fortement recommandé de prescrire et de doser TSH et T4L **en cascade** (« + ou – T4L »).

– Le dosage de la T3L n'a pas d'utilité.

Quelles explo biologiques à visée étiologique ?

– En première intention étiologie auto-immune : dosage des **anticorps anti-thyroperoxydase (anti-TPO)**

si positifs, ne pas renouveler leur dosage.

– En seconde intention en cas de négativité des anticorps anti-TPO et de suspicion d'origine auto-immune : dosage des anticorps anti-thyroglobuline (**anti-Tg**).

Explorations de l'HYPOTHYROÏDIE

Quelle place pour les examens d'imagerie ?

– La scintigraphie n'a pas d'utilité dans ce cadre.

– L'échographie thyroïdienne : **n'est en général pas indiquée**

sauf dans quelques situations :

- nodule ou adénopathie palpables ;
- présence de signes de compression (dysphonie, dysphagie, dyspnée).

peut se discuter en cas de :

- TSH élevée persistante avec anticorps anti-thyroperoxydase négatifs ;
- palpation difficile
- présence de **facteurs de risque** de **cancer de la thyroïde**
 - ❖ *exposition à une irradiation durant l'enfance,*
 - ❖ *antécédents familiaux de cancer de la thyroïde,*
 - ❖ *certaines maladies génétiques*

Quand initier un traitement substitutif?

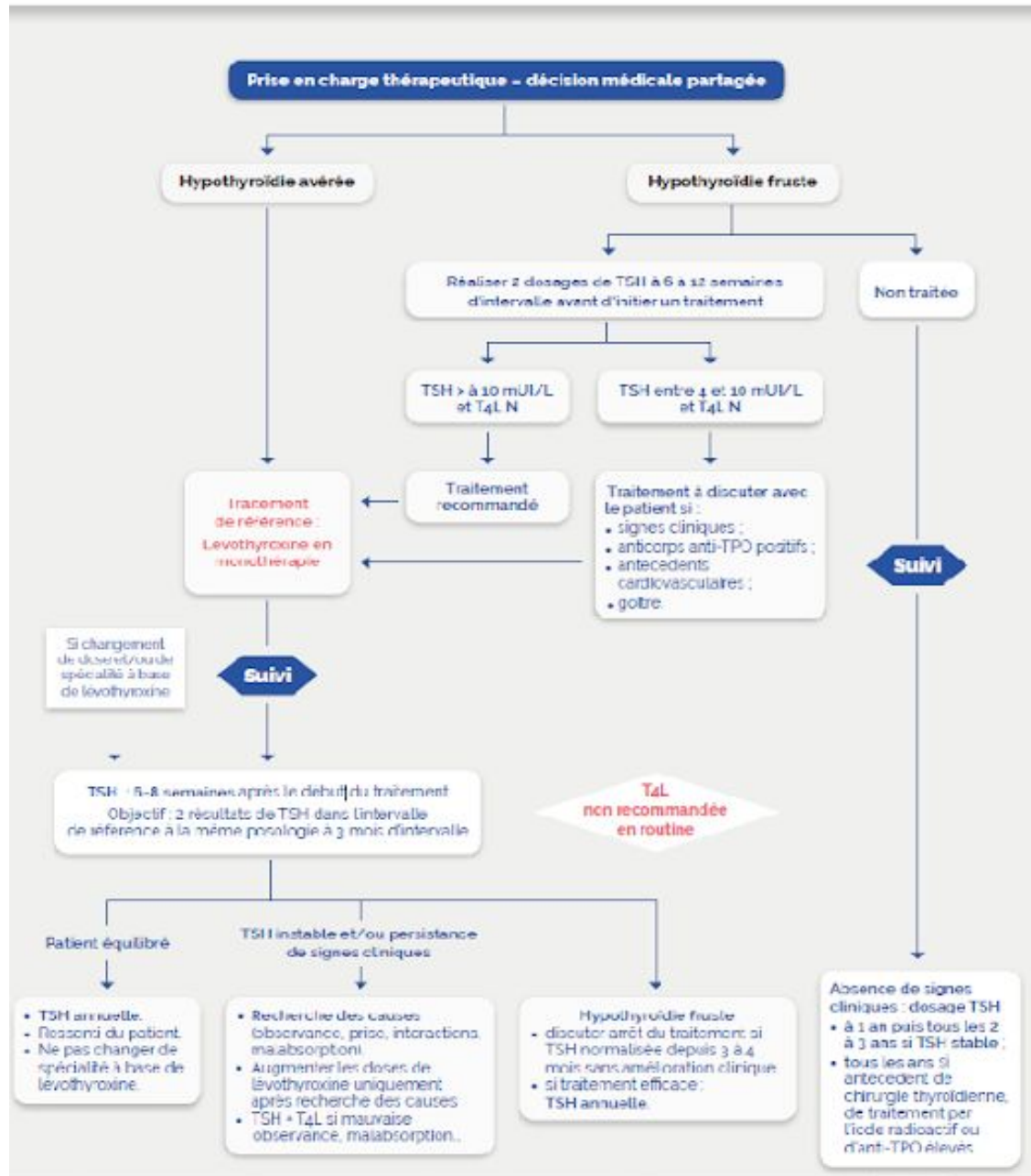
– cas de forme avérée : **TSH > 10 mUI/L et T4L < Norme**

– A discuter en cas de forme **fruste** :

- TSH > 10 mUI/L et T4L Normale
- $4 < \text{TSH} < 10 \text{ mUI/L}$ et T4L Normale, en présence d'un des critères suivants :

- signes cliniques d'hypothyroïdie,
- antécédents cardiovasculaires,
- anticorps anti-TPO +
- facteurs de risques cardiovasculaires.
- goitre,

- ❖ selon l'intensité des symptômes,
- ❖ le risque d'évoluer vers une forme avérée
- ❖ et le ressenti de la personne



L'hyPOthyroïdie chez > 65 ans

Avec l'âge, il existe un vieillissement de la thyroïde qui se traduit par une **augmentation physiologique de la TSH**

Définition : la limite supérieure de la norme la TSH = à **la décennie d'âge du patient** à partir de 60 ans

par exemple : TSH normale si < 7 mUI/l pour les sujets de 70 à 79 ans

TSH normale si < 8 mUI/l pour les sujets de 80 à 89 ans

TSH normale si < 9 mUI/L pour sujet 90-99 ans

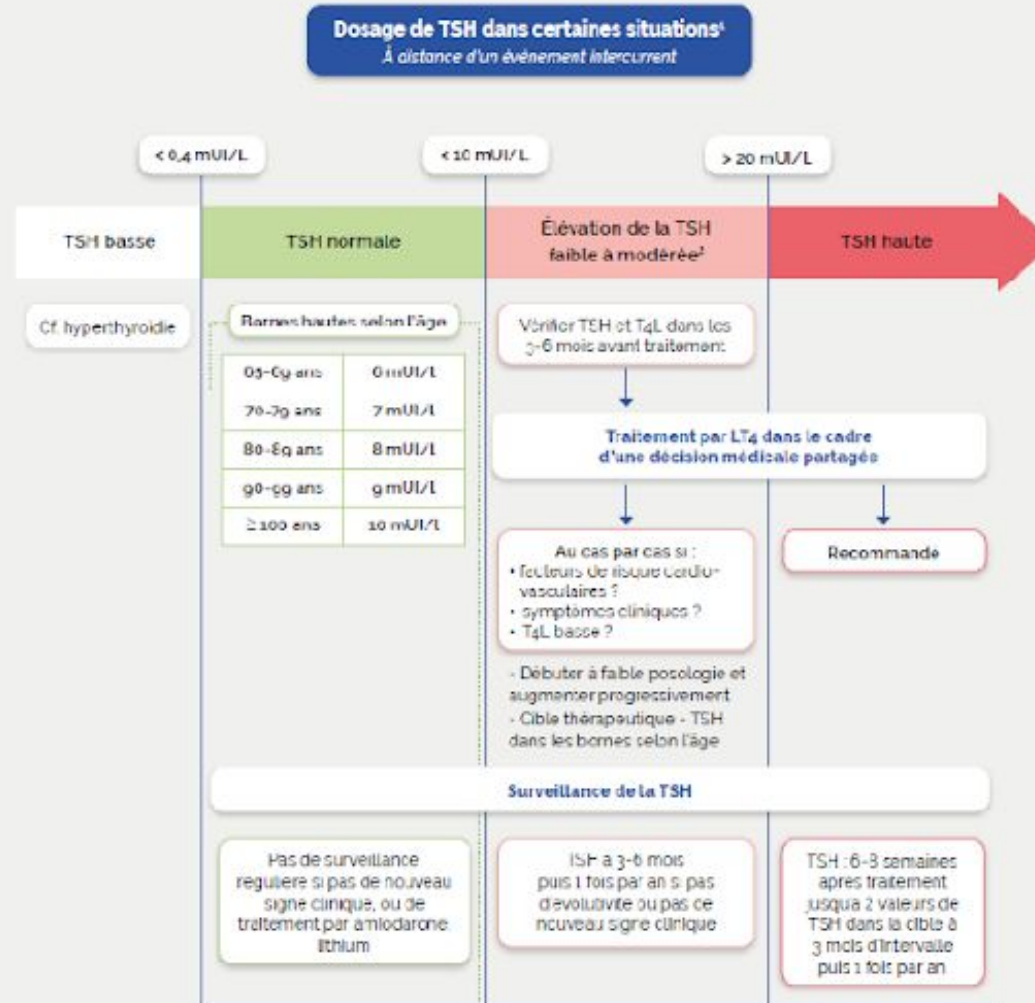
Quand initier un traitement substitutif après 65 ans ?

- **TSH > 20 mUI/L sur 2 contrôles**
- TSH entre 10mUI/L et 20 mUI/L à plusieurs reprises : traitement à **discuter** au cas par cas si
 - facteurs de risques cardiovasculaires,
 - symptômes cliniques,
 - T4L basse ;
- Initier le traitement à faible posologie puis majoration progressive

Avec l'âge, il existe un vieillissement de la thyroïde qui se traduit par une **augmentation physiologique de la TSH**

Quand initier un traitement substitutif après 65 ans ?

- **TSH > 20 mUI/L sur 2 contrôles**
- **TSH entre 10mUI/L et 20 mUI/L à plusieurs reprises : traitement à discuter au cas par cas si**
 - facteurs de risques cardiovasculaires,
 - symptômes cliniques,
 - T4L basse ;
- Initier le traitement à faible posologie puis majoration progressive



¹ Situations à indication de dosage de TSH : association de signes cliniques d'hypothyroïdie, ou situation inexpliquée de décompensation cardiaque, déclin cognitif récent, syndrome anxi-dépressif isolé, constipation opiniâtre, altération de l'état général, hypercholestérolémie sévère. Traitement par amiodarone ou lithium (avant et 3 mois après l'instauration puis tous les 6-12 mois).

² En cas d'élévation de la TSH > 10 mUI/L, il est recommandé de doser la T4L en cascade. Si la T4L est basse, cf prise en charge de l'hypothyroïdie en population générale.

Traitement de l'hyPOthyroïdie

- La lévothyroxine (LT4) en monothérapie est le traitement de référence.

- LEVOTHYROX[®]
- L THYROXIN HENNING[®]
- THYROFIX[®]
- EUTHYROX[®]
- L-THYROXIN SERB[®]
solution buvable en gouttes
- Tcaps (non remboursé)

- Il s'agit d'un médicament à marge thérapeutique étroite. **NS, MTE**

- Posologie : **1 (-1,6) µg/kg par jour**

La posologie dépend de l'intensité de l'hypothyroïdie, de l'âge et de la tolérance individuelle. La dose est habituellement augmentée par paliers successifs

- En cas de *cardiopathie ischémique* ou *au-delà de l'âge de 80 ans*, introduire un traitement à **doses progressives, au début à 12,5-25 µg/jour** en augmentant par paliers à intervalles de deux semaines
- Les effets attendus du traitement ou les signes d'une éventuelle intolérance n'apparaissent pas avant un délai de 15 jours à 1 mois
- **A distance des pansements digestifs** et les médicaments qui contiennent des **sels de fer ou de calcium**, de la colestyramine, de l'acide polystyrène sulfonique ou du sucralfate (diminue l'absorption de ce médicament ; délai de 2 heures)

Quelle surveillance biologique de

l'HYPOTHYROIDIE ?

- **Dosage de la TSH seule :**
 - patient traité :
 - TSH **entre 6 à 8 semaines** après le début du traitement ou si changement de dose ou si changement de spécialité
 - **puis TSH annuelle** quand le **patient est équilibré (= 2 TSH dans valeurs de ref à 3 mois d'intervalle)**
- Hypothyroïdie frustrée :
 - contrôle à 1 an puis tous les 2 à 3 ans si TSH stable ;
 - tous les ans si contexte particulier.
- Dosage de la T4L :
 - en cas de TSH instable,
 - de persistance de signes cliniques pour rechercher la cause : manque d'observance, interactions médicamenteuses, troubles de l'absorption de lévothyroxine, interférences analytiques...

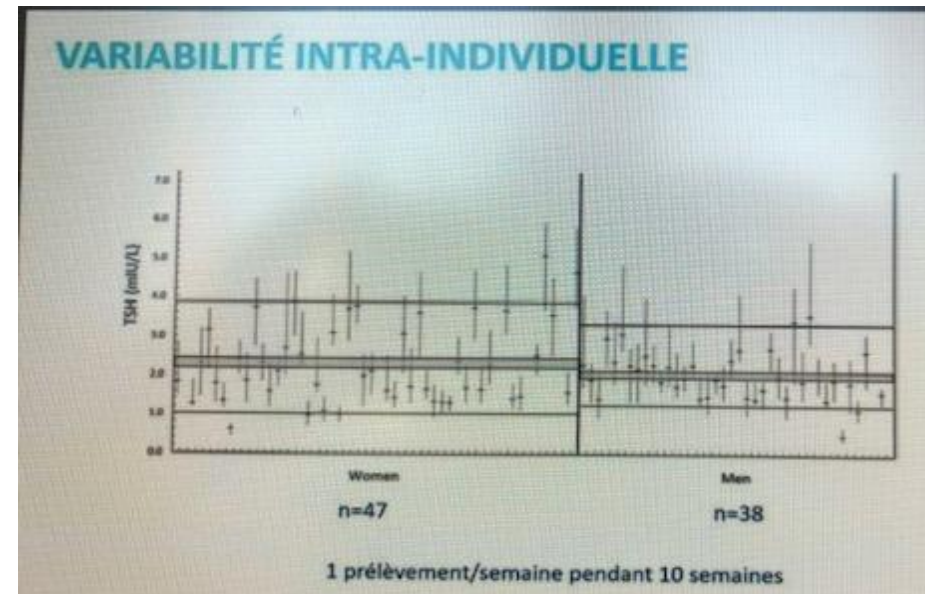
Variabilité de la TSH++

variabilité intra individuelle

- > Pulsatilité de la TSH
- > Variation **circadienne** : TSH + élevée la nuit
- > Variation **circannuelle/saisonnalité** : TSH + haute pdt hiver
- > Variation TSH **avec AGE** : la TSH s'élève avec les années
- > Autres causes : **BMI; Tabac; Mdot**

diminution TSH avec dopamine, glucocorticoïdes

Augmentation TSH : avec noradrénaline



Syndrome de basse T3

Patients hospitalisé pour **pathologie SEVERE** :

-biologie : T3L basse, T4L normale ou légèrement >N, TSH normale

-physiopath complexe, imparfaitement élucidée

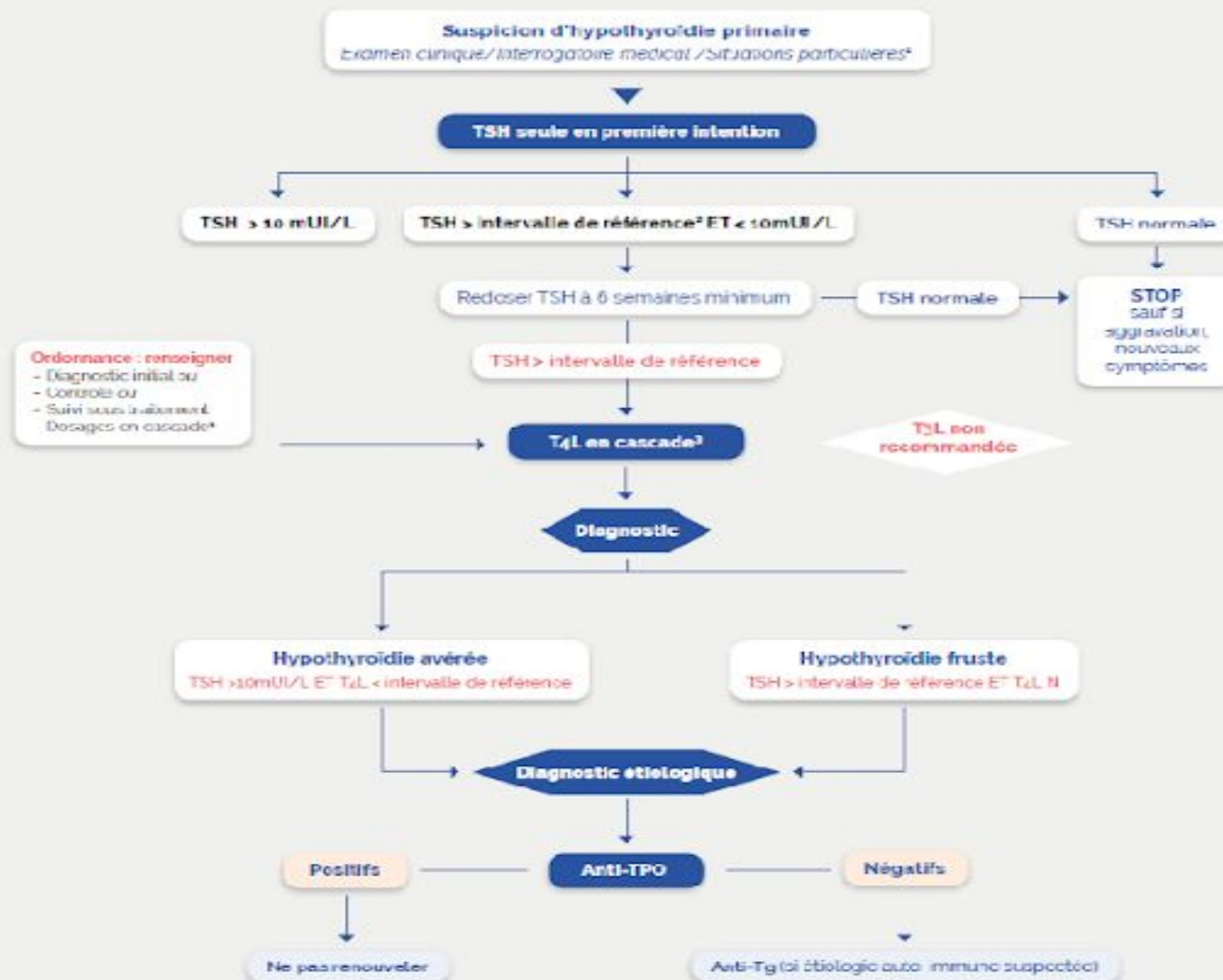
Mécanisme adaptatif, bénéfique, en réponse à hyper catabolisme lié à maladie, pour réduire la dépense énergétique

- Si T4L est basse : pronostic + péjoratif

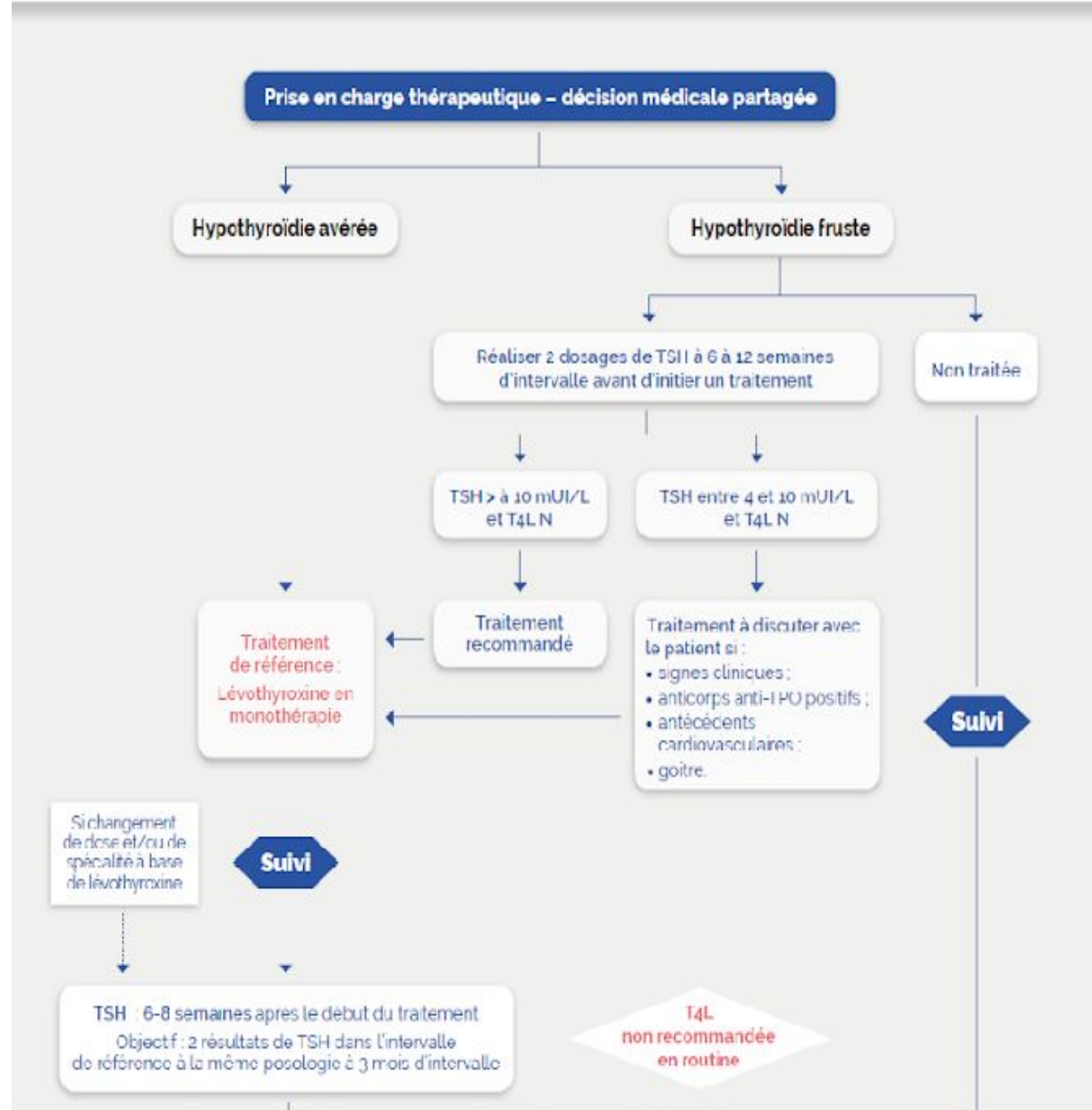
-**pas d'intérêt de traiter** par hormones thyroïdiennes

- Chez sujet âgé : sd asso à durée d'hospit > et mortalité >

Explo
biolo



TTT



2- HYPERTHYROÏDIE

Symptômes de l'HYPERThyroïdie :

CLINIQUE

- Tachycardie, ACFA
- Amaigrissement malgré alimentation normale
- Dyspnée effort
- Thermophobie/sueurs inhabituelles
- Myalgies
- Asthénie
- Nervosité
- Insomnie

BIOLOGIE :

- Elévation des CPK

Définition de l'HYPERthyroïdie

- HYPERthyroïdie **AVÉRÉE** :
 - **TSH < 0,10 mUI/L**
 - **et T4L > aux valeurs de référence**
- HYPERthyroïdie **FRUSTRE** :
 - **0,1 < TSH 0,4 mUI/L** sur au moins 2 prélèvements à au moins 6 semaines d'intervalle
 - T4L normale
 - Forme pauci ou asymptomatique

Etiologies des hyperthyroïdies

- **Maladie de Basedow** (cause la + fréquente : 50-80%)
- **Adénome toxique** de la thyroïde
- Goitre multihétéronodulaire toxique
- **Iatrogène : surcharge iodée** (5 à 6 % des causes)
- Thyroïdites
- Autres causes plus rares : Thyrotoxicose factice, adénome thyroïdarien, hyperthyroïdie gestationnelle, ...

□ ***Selon la cause de l'hyperthyroïdie, le traitement sera différent++***

HYPERthyroïdie : QUI explorer?

Quand évaluer la fonction thyroïdienne ?

- En cas de symptômes évocateurs d'hyperthyroïdie ;
- En cas de symptômes non spécifiques et d'antécédents personnels ou familiaux de maladie auto-immune (diabète de type 1), de maladie thyroïdienne (maladie de Basedow), d'anxiété/dépression non expliquée ;

En cas de :

- diagnostic de fibrillation auriculaire ;
- prise de médicaments comme amiodarone, lithium ;
- désir de grossesse ou grossesse en cas de facteurs de risques.
- Cette évaluation n'est pas recommandée :
 - chez les individus asymptomatiques ;

/!\ NE PAS DEPISTER :

**PAS de dépistage
généralisé**

¹ Une TSH basse correspond à une concentration de TSH < l'intervalle de référence du laboratoire.

² L'intervalle de référence peut varier selon les kits de dosage utilisés par les laboratoires.

Comment dépister l'HYPERThyroïdie?

TSH seule en 1^e intention

- **T4L +/-T3L en cascade** : rationalisation des bilans biologiques
- Confirmer une forme fruste : redoser la TSH après 6 semaines min.
- T3L non recommandé hors contexte d'hyperthyroïdie à T3L (ou sous amiodarone)
- Si tableau clinique sévère : TSH + T4L d'emblée + TRAK

=> Hyperthyroïdie confirmée : avis spécialisé recommandé

Recherche ETIOLOGIE de l'HYPERthyroïdie car selon cause : traitement différent

**Dosage des TRAK : Ac anti récepteurs de la
TSH**

Si TRAK +

**Pas d'imagerie
systématique**

**maladie de Basedow
confirmée**

Si TRAK négatifs

Faire Scintigraphie thyroïdienne (iode 123 ou Tc)
et échographie cervicale



Augmentation de la synthèse hormonale

-Maladie de Basedow

-Causes rares :
dépendante de l'hCG, dépendante de la TSH
Goitre toxique familial non auto-immun



Nodule toxique



Goitre multinodulaire toxique



Hyperthyroïdie induite par l'iode



Destruction vésiculaire

Thyroidite sub aigue
Thyroidite silencieuse
Thyroidite Interféron ou amiodarone



Administration exogène d'hormones

Thyroïdienne

Thyrotoxicose factice
Thyrotoxicose iatrogène

**MECANISMES
PHYSIOPATHOLOGIQUES
DES THYROTOXICOSES
et séméiologie
scintigraphique**

Explorations de l'HYPERThyroïdie

Quelle place pour les examens d'imagerie ?

– La scintigraphie thyroïdienne

– L'échographie thyroïdienne :

- n'est pas indiquée pour le diagnostic de :
 - ❖ maladie de Basedow typique et/ou anticorps anti-récepteurs de la TSH positifs ;
 - ❖ thyroïdite de De Quervain typique
- est indiquée pour le diagnostic étiologique dans les autres cas, et toujours avant un traitement radical (chirurgie, traitement par iode 131).

Traitement de l'HYPERTHYROÏDIE : dépend de la CAUSE

1. Médical :

- **Symptomatique** : Bbloquants : **PROPRANOLOL 40 mg** : 1/4 à 1 cp *3 par jour, adapté au pouls

(rupture PROPRANOLOL >> remplacer par NADOLOL (CORCARD) 80 mg : ½ cp par jour, à augmenter si besoin à 1 cp par jour , en 1 prise)

- **Spécifique** : **Antithyroïdiens de synthèse** (ATS) :

Néomercazole[®], cp 5-20 mg ou Propylex[®], cp 50 mg ou Basdène[®],

2. Radical (visant à guérir la pathologie) :



Soit la chirurgie



Soit l'iode radioactif (I131) :

- En 2^{nde} intention dans la Maladie de Basedow (si pas de goitre ni tabac)
- CI : grossesse et orbitopathie évolutive

Equivalence entre les ATS

1 cp de	20 mg de NEOMERCAZOLE [®]
équivalent à	15 mg de THYROZOL [®]
	200 mg de PROPYLEX [®] (4 comprimés)
	200 mg de BASDENE [®] (8 comprimés)

HypERthyroidie INFRACLINIQUE

ATA 2016 :

- **SURVEILLANCE SIMPLE tous 6-12 mois**
 - si < 65 ans, asymptomatique
 - et TSH entre 0.1-0.4 mUI/L
- **Sauf si patient a**
 - ATCD cardio
 - ostéoporose
 - ménopause
 - symptomatique
- **Mais sinon, on traite systématiquement**

Table 10. Subclinical Hyperthyroidism: When to Treat

<i>Factor</i>	<i>TSH (<0.1 mU/L)</i>	<i>TSH (0.1–0.4 mU/L)^a</i>
Age >65 years	Yes	Consider treating
Age <65 years with comorbidities		
Heart disease	Yes	Consider treating
Osteoporosis	Yes	Consider treating
Menopausal, not on estrogens or bisphosphonates	Yes	Consider treating
Hyperthyroid symptoms	Yes	Consider treating
Age <65 years, asymptomatic	Consider treating	Observe

^aWhere 0.4 mU/L is the lower limit of the normal range.

HypERthyroidie INFRACLINIQUE

Etude PIRAHTES : place de l'IODE radioactif dans HIC

2 dosages (à au moins 1 mois de différence) avec TSH < 0.4 et T3L et T4L NORMALES

Et

scinti : signes autonomisation à la scinti

Résultats :

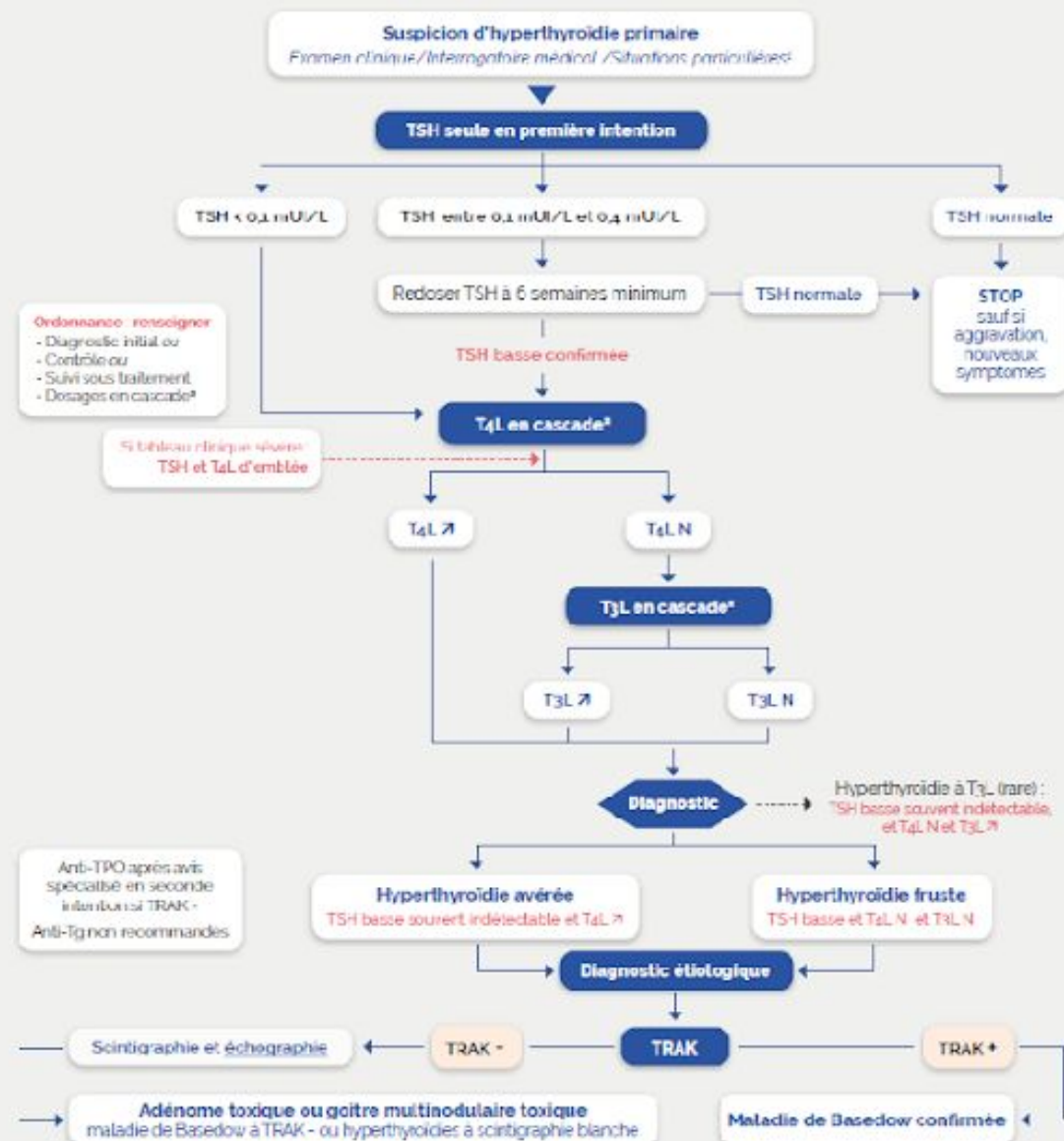
-30% ont hypOthyroidie post iratherapie

-HIC : définition biologique+- l'utilisation de seuils arbitraires.. Difficiles à magner ..

Ne pas perdre de vue l'objectif du ttt,et ses EI potentiels

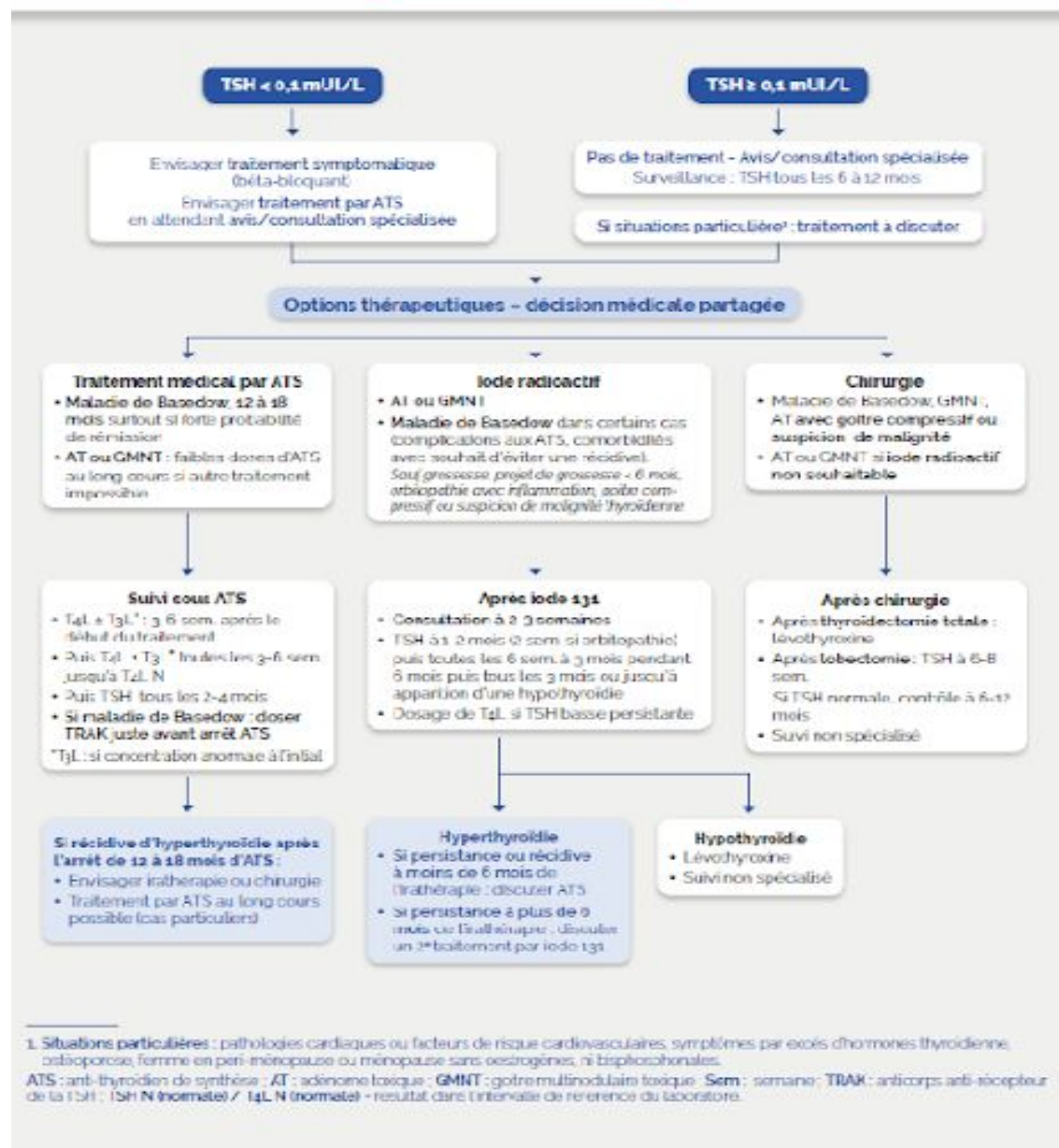
>> objectif n'est pas de normaliser un résultat biologique!!

Explorations biologiques de l'hyperthyroïdie primaire chez l'adulte de moins de 65 ans



1. Situations particulières : dépression inexplicable, traitement par amiodarone ou lithium, antécédents personnels ou familiaux de maladie

Prise en charge thérapeutique de l'hyperthyroïdie primaire chez l'adulte de moins de 65 ans



THYROÏDE et CORDARONE

HYPO ou HYPERTHYROIDIE

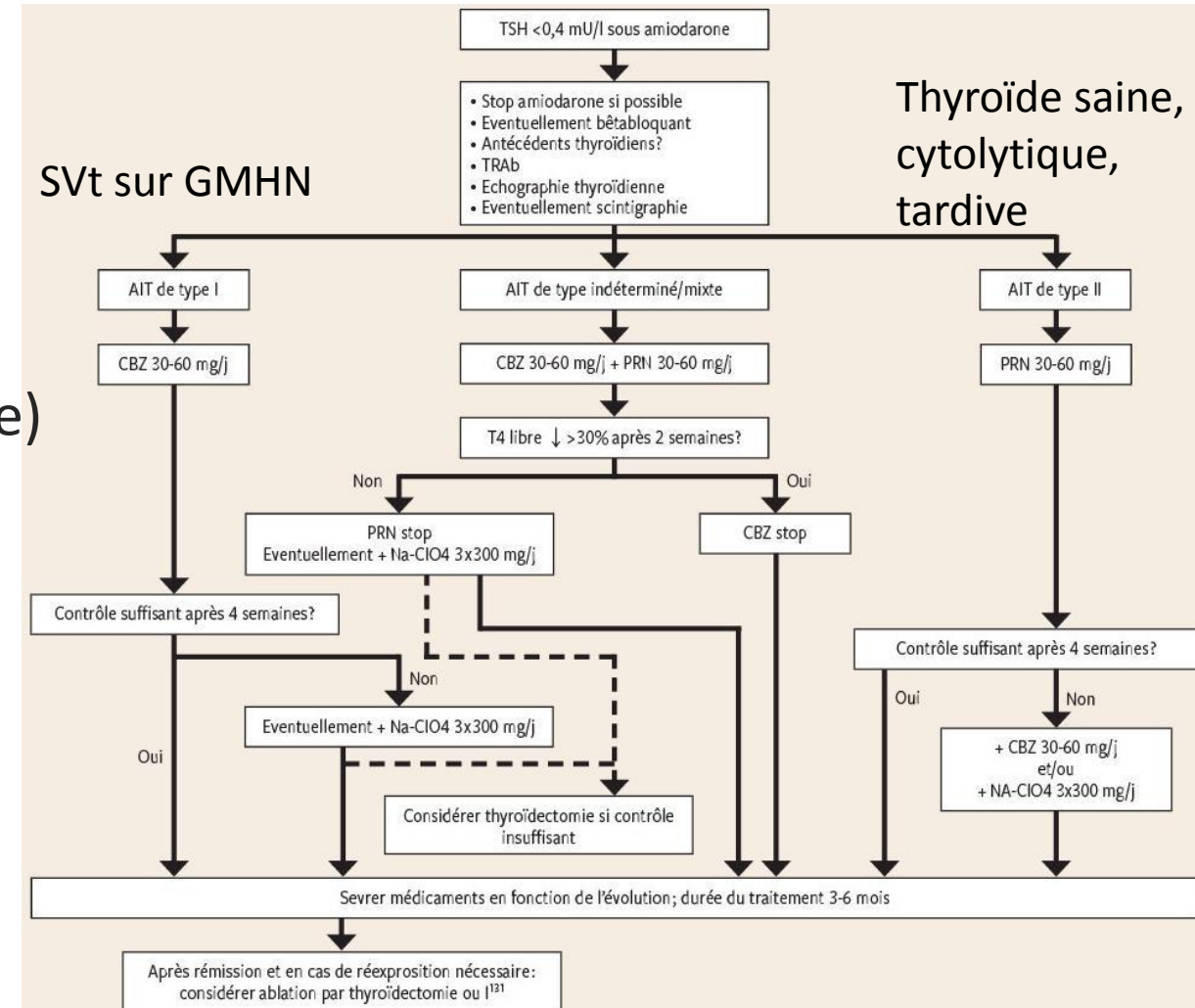
Jusqu'à 12 mois APRES dernière prise de cordarone ++

- **Si HYPO** : on traite avec LEVOTHYROX

- **Si HYPER** : intérêt du dosage de la **T3L**
(car T4Lest souvent augmentée sous cordarone)

> si T3L normale :
pas ttt,
mais surveillance TSH + ou – T3L/ mois

> **AVIS ENDOC++**



HYPERTHYROIDIE et CORDARONE

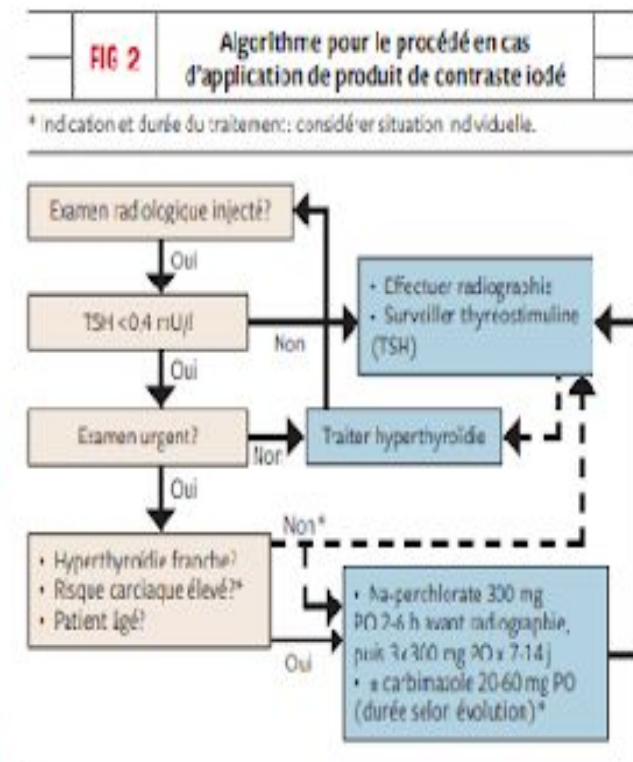
	Caractéristiques de l'amiodarone induced thyrotoxicosis (AIT) de types I et II	
	AIT de type I	AIT de type II
Pathologie thyroïdienne sous-jacente	Oui	Non
Echographie	Goitre diffus ou nodulaire, vascularisation normale ou élevée	Normale, zones hypoéchogènes, vascularisation diminuée
Scintigraphie	Captation diminuée, normale ou élevée	Captation diminuée ou absente
Pathogenèse	Surcharge iodée (Jod-Basedow)	Thyroïdite destructive
Traitement	Antithyroïdiens de synthèse + perchlorate	Glucocorticoïdes
Rémission spontanée	Non	Possible
Hypothyroïdie subséquente	Peu probable	Possible

(Adapté de réf.⁸).

Avis endoc++

THYROÏDE et PDC iodé

- PDC iodé peut entraîner une hyperthyroïdie (le + souvent infraclinique) **jusqu'à 3 mois après injection**
- **Risque faible : 0,25 à 0,34 %**
- FDR : GMHN, maladie de Basedow, carence iodée
- Intérêt d'une prophylaxie?
 - risque ATS > bénéfices, même dans population à risque
 - reco sur opinions d'experts, pas d'études++!
- Si persistance hyperT > 3 mois après dernière inj iode :
prévoir bilan étiologique : SCINTIGRAPHIE + ECHO



Exemple de
proposition
de PEC

WWW.REVMEDEC
20 avril 2011

Crise aiguë Thyrotoxique : thyroid storm

-Incidence : 0.2 à 1.1 /100 000 pers/population générale

-Femme >homme 2/3

-Taux mortalité : entre 5 et 12%, mais > 30% si comorbidités

-Cause la + fréquente : Maladie Basedow non traitée ou mauvaise compliance

Souvent : il existe un fact déclenchant : anesthésie, infection, ...

-Biologie : **T3L et T4L hautes, mais pas forcément très élevées..**

Et parfois T3L pas très élevée car sujet en phase aiguë..

-Traitement : USC

1- Bbloquant PROPRANOLOL

2- ATS : PROPYLEX 500 mg PO(rectum) puis 250 mg/4h (mais Carbimazole OK aussi

3-Iode ou iodure de potassium : **attendre au moins 1h après intro ATS**

4 corticothérapie IV : inhibe conversion T4L en T3L et corrige éventuelle ISR

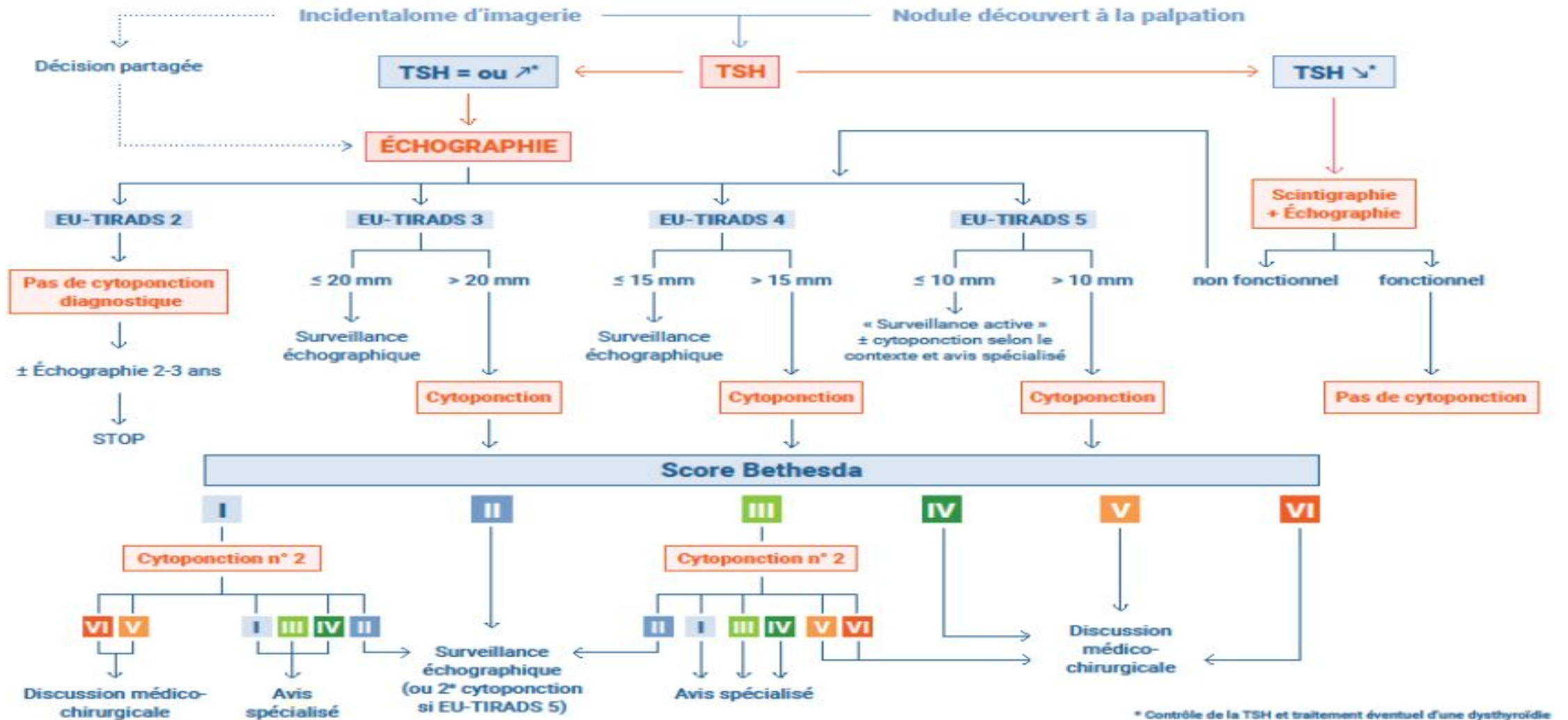
Therapy of thyroid storm	
Beta Blockers*	
• Propranolol 60-80 mg p.o. every 4 hours • Propranolol i.v. 1-3 mg; infusion 2-3 mg/hour • Esmolol 500 mcg. iv., infusion at 50-100 mcg/hour	
Antithyroid Drugs	
• Propylthiouracil (PTU) 500-100 mg p.o., per rectum; then 250 mg every 4 hours • Methimazole (MMI) 60-80 mg per day (divided doses) • Carbimazole (CMZ) 80-100 mg per day (divided doses)	
Iodine/Iodide	
• <i>Start 1 hour after the first dose of antithyroid drug</i> • Lugol solution 8 drops every 6 hours • SSKI 5 drops every 6 hours • Potassium iodide 65 mg 3 times daily	
Glucocorticoids	
• Hydrocortisone 100 mg i.v. every 8 hours	
Cholestyramine	
• 4 g p.o. 3 times daily	

En résumé,

	HYPOTHYROIDIE	HYPERTHYROIDIE
Diagnostic	TSH	TSH + T4L (profondeur de l'hyperT)
Etiologie	Ac anti TPO	TRAK
Imagerie	Echographie pas systématique	Si TRAK négatifs : >Echographie >Scintigraphie thyroïdienne
Traitement	Toujours idem quelque soit l' étiologie : hormones thyroïdiennes	<u>Selon étiologie</u> : >ATS >Irrathérapie > Corticothérapie >ATS puis Chirurgie
	Gestion par Médecins généralistes	AVIS ENDOC SYSTEMATIQUE

3- Nodules thyroïdiens

STRATEGIE d'EXPLORATION d'un NODULE THYROIDIEN



INDICATIONS DE CYTOPONCTION

La taille du nodule guide l'indication de la cytoponction

$\leq 10\text{mm}$

- Recherche de primitif:
 - d'une métastase distante
 - **d'un ganglion suspect***
- Score 5 si:
 - **Augmentation de taille**
 - Juxta – capsulaire ($\leq 2\text{mm}$)
 - Polaire supérieur ?
 - Multifocalité suspectée ?
 - Age < 40 ans ?

> 10mm

EU-TIRADS 5

> 15mm

EU-TIRADS 4, 5

> 20mm

- EU-TIRADS 3 à 5
- Kyste simple si compressif

* LA PONCTION DU GANGLION AVEC DOSAGE DE TG IN SITU DOIT ETRE SYSTEMATIQUE

Correspondance BETHESDA et risque malignité d'un nodule thyroïdien

Catégories cytologiques (Bethesda)	Prise en charge	Risques de malignité
I. Nondiagnostic ou insatisfaisant ou Compatible avec le contenu d'un kyste	Répéter PAF suivi	? ?
II. Bénin; compatible avec un nodule folliculaire	suivi	0-3 %
III. Atypies de signification indéterminée (AUS)	Répéter PAF	5-15 %
IV. Néoplasie folliculaire ou suspect de néoplasie folliculaire; spécifier si de type à cellules de Hürthle (oncocytaire)	Lobectomie	15-30 %
V. Suspect de malignité; suspect de carcinome papillaire, médullaire...	Lobectomie ou thyroïdectomie	65-75 %
VI. Malin; Carcinome papillaire, médullaire, peu différencié...	Thyroïdectomie	97-99 %

Nodule thyroïdien fixant au PET SCANNER

30 % de risque de malignité

○Faire

-TSH

-écho cervicale

-et cytoponction si > 10 mm



4-



**PLACE aux
QUESTIONS!**

SOURCES

Prise en charge des dysthyroïdies chez l'adulte

CRPPI

22 novembre 2022

HAS

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

SYNTHÈSE

Prise en charge des hyperthyroïdies chez l'adulte

Population générale

Validée par le Collège le 15 décembre 2022

Cette fiche de synthèse porte sur les hyperthyroïdies primaires dans leur forme fruste ou avérée ; elle n'aborde pas les hyperthyroïdies d'origine centrale. Elle concerne la population générale adulte. Pour des informations détaillées et complètes, le texte des recommandations est disponible sous : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/recommandation_prise_en_charge_des_hyperthyroïdies_chez_l'adulte_md.pdf

REVUE MÉDICALE SUISSE

Dysthyroïdies liées à une surcharge iodée

Dr MICHAEL EGLOFF^a et Dr JACQUES PHILIPPE^b

Rev Med Suisse 2015; 11: 804-9



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Consensus

Management of thyroid dysfunctions in the elderly. French Endocrine Society consensus 2019 guidelines. Short version^{*}

La version courte du consensus « Management of thyroid dysfunctions in the elderly »

Bernard Goichot^{a,*}, Véronique Raverot^b, Marc Klein^c, Lavinia Vija Racaru^d, Juliette Abeillon-du Payrat^e, Olivier Lairez^{f,g}, Remy Leroy^h, Anne Cailleuxⁱ, Pierre Wolff^j, Lionel Groussin^k, Georges Kaltenbach^l, Philippe Caron^m

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

FICHE

Exploration des pathologies thyroïdiennes chez l'adulte : Pertinence et critères de qualité de l'échographie, pertinence de la cytoponction échoguidée

Validé par le collège le 9 septembre 2021

MÉDICAMENTS À BASE DE LÉVOTHYROXINE DISPONIBLES EN FRANCE

Mai 2020

NOM DE LA SPÉCIALITÉ, LABORATOIRE	REMBOURSEMENT	COMPOSITION	DOSAGES ET PRÉSENTATIONS DISPONIBLES	DATE DE MISE À DISPOSITION
Lévothyrox comprimé sécable Merck	Remboursable	Mannitol, amidon de maïs, gélatine, croscarmellose sodique, stéarate de magnésium, acide citrique anhydre <i>Principe actif et excipients d'origine européenne</i>	25, 50, 75, 88, 100, 112, 125, 137, 150, 175, 200 µg Boîtes de 30 et 50 comprimés	Depuis mars 2017 pour les dosages 25, 50, 75, 100, 125, 150, 175, 200 µg Depuis mai 2019 pour les dosages 88, 112 et 137 µg
L-Thyroxin Henning comprimé sécable Sanofi	Remboursable	Amidon de maïs prégélatinisé, amidon de maïs, cellulose microcristalline, carbonate de sodium anhydre, thiosulfate disodique, silice colloïdale, huile de ricin hydrogénée <i>Principe actif d'origine européenne et excipients d'origine américaine</i>	25, 50, 75, 100, 125, 150, 175, 200 µg Boîtes de 30 et 100 comprimés	Depuis mi-octobre 2017
Thyrofix comprimé non sécable Uni-Pharma	Remboursable	Cellulose en poudre, croscarmellose sodique, silice colloïdale anhydre, cellulose microcristalline, stéarate de magnésium Générique de Lévothyrox <i>Principe actif d'origine européenne et excipients d'origine européenne et brésilienne</i>	25, 50, 75, 100 µg Mise à disposition à venir : 13, 62, 88, 112, 125, 137, 150, 175, 200 µg Boîtes de 30 et 100 comprimés	25, 50, 75, 100 µg : depuis décembre 2017 Mises à disposition des autres dosages programmées par le laboratoire courant juin 2020
Tcaps capsule molle non sécable Genévrier	Non remboursable	Gélatine, glycérol, eau purifiée <i>Principe actif et excipients d'origine européenne</i>	13, 25, 50, 75, 88, 100, 112, 125, 137, 150, 175, 200 µg Boîtes de 30 capsules	Depuis mi-avril 2018
TSoludose Solution buvable en récipient unidose Genévrier	Non remboursable	Glycérin <i>Principe actif et excipients d'origine européenne</i>	13, 25, 50, 75, 88, 100, 112, 125, 137, 150, 175, 200 µg/cnsc Boîtes de 30 récipients unidoses	Depuis septembre 2019
L-Thyroxine Serb 150 µg/ml Solution buvable en gouttes Serb	Remboursable	Alcool éthylique, huile de ricin hydrogénée, polyoxyéthylénée, propylène glycol <i>Principe actif et excipients d'origine européenne</i>	150 µg/mL (soit 5 µg/goutte) Flacons de 15 mL (150 gouttes) <i>Doit être conservé au réfrigérateur</i>	Depuis 2008
Euthyrox comprimé sécable Merck Renouvellement des autorisations d'exercice : nouveau intitulé de traitement : Disponibilité temporaire	Remboursable	Croscarmellose sodique, gélatine, lactose monohydraté, stéarate de magnésium, amidon de maïs <i>Principe actif et excipients d'origine européenne</i>	25, 50, 75, 100, 125, 150, 175, 200 µg Boîtes de 100 comprimés	Mise à disposition temporaire et en quantité limitée depuis le 2 octobre 2017 Arrêt de distribution en septembre 2020

À noter que le médicament **Euthyral 100 µg/20 µg**, disponible en France et composé de lévothyroxine (LT4 : 100 µg/comprimé) et de liothyronine (LT3 : 20 µg/comprimé) **ne doit pas être confondu avec la spécialité Euthyrox**.

Hypothyroïdie

Le diagnostic et le traitement en 10 points

DÉPISTAGE

En population générale, il n'est pas recommandé de réaliser un dosage de TSH s'il n'y a pas de signes cliniques évocateurs de dysthyroïdie.

La littérature scientifique ne permet pas d'établir l'intérêt d'un dépistage de l'hypothyroïdie en population générale.

DIAGNOSTIC

En présence de symptômes évocateurs d'hypothyroïdie, il est recommandé de prescrire le dosage de la TSH en première intention. Si le taux de TSH est anormal, il doit être reconfirmé et le dosage de T4L doit être réalisé.

À noter qu'en cas d'hypothyroïdie d'origine centrale, la TSH peut être normale ou basse.

Le dosage des anticorps anti-TPO n'est pas nécessaire pour le diagnostic d'hypothyroïdie. Il est utile pour rechercher une origine auto-immune éventuelle de la maladie. La positivité des anti-TPO est associée à un risque plus élevé d'évolution d'une hypothyroïdie fruste vers une hypothyroïdie avérée.

En cas de positivité des anti-TPO, il est inutile de renouveler le dosage. Le dosage d'autres anticorps antithyroïdiens n'est pas indiqué.

Si le taux de TSH n'est que modérément élevé (entre 4 et 10 mU/L) et que la T4L est normale, il est recommandé de doser à nouveau la TSH et la T4L à distance après les dosages initiaux avant de décider de débuter, ou non, un traitement.

Le taux de TSH peut être transitoirement augmenté sans diminution de la T4L et redevenir normal par la suite. C'est pourquoi il est nécessaire de confirmer le diagnostic par de nouveaux dosages, en prenant en compte la clinique et le ressenti de la personne.

Dans le diagnostic initial d'une hypothyroïdie, il n'y a pas lieu de prescrire un dosage de T3L.

Le diagnostic biologique initial d'une hypothyroïdie est basé sur le dosage de la TSH et de la T4L. L'intérêt du dosage de la T3L dans le diagnostic initial d'une hypothyroïdie n'est pas démontré. De plus, ce dosage expose à des explorations, voire des traitements inutiles en cas d'abaissement isolé de la T3L : ce syndrome de « basse T3 » est fréquent au cours de certains états pathologiques et chez les sujets dénutris et ne traduit pas un dysfonctionnement thyroïdien.

Le traitement par l'éuthyroxine ne doit pas être initié sans qu'il ne soit réalisé au préalable au moins un dosage de TSH.

Une enquête de pratique menée en 2013 à partir

TRAITEMENT

En cas d'hypothyroïdie fruste, si le taux de TSH est supérieur à 10 mU/L lors de 2 examens successifs, un traitement par l'éuthyroxine doit être discuté avec la personne.

Le but du traitement par l'éuthyroxine est de

il est nécessaire de confirmer le diagnostic par de nouveaux dosages, en prenant en compte la clinique et le ressenti de la personne.

En cas d'abaissement isolé de la T3L : ce syndrome de « basse T3 » est fréquent au cours de certains états pathologiques et chez les sujets dénutris et ne traduit pas un dysfonctionnement thyroïdien.

Le traitement par l'éuthyroxine ne doit pas être initié sans qu'il ne soit réalisé au préalable au moins un dosage de TSH.

Une enquête de pratique menée en 2013 à partir des données de remboursement de l'Assurance maladie a montré que dans 30 % des initiations de traitement par l'éuthyroxine, on ne retrouvait pas un dosage préalable de TSH.

TRAITEMENT

En cas d'hypothyroïdie fruste, si le taux de TSH est supérieur à 10 mU/L lors de 2 examens successifs, un traitement par l'éuthyroxine doit être discuté avec la personne.

Le but du traitement par l'éuthyroxine est de prévenir l'évolution vers une hypothyroïdie avérée et ses conséquences. Il existe une association entre l'élévation de la TSH > 10 mU/L et le risque cardiovasculaire dans certaines études observationnelles. Cette association est moins évidente chez les personnes âgées chez qui une élévation modérée de la TSH peut témoigner d'adaptations physiologiques. Néanmoins, il n'y a pas d'évidence forte à ce jour démontrant que le traitement des hypothyroïdies frustes diminue le risque cardiovasculaire et la décision thérapeutique doit être discutée au cas par cas en prenant en compte le ressenti de la personne et les signes cliniques.

Le dosage de la TSH est recommandé 6-8 semaines après le début du traitement par l'éuthyroxine ou après tout changement de dose ou de spécialité.

Le dosage de la T4L peut être utile s'il y a une difficulté d'équilibration ou une discordance entre la clinique et la biologie. Lors de l'instauration ou de toute modification du traitement par l'éuthyroxine, la personne doit être informée de la nécessité de consulter son médecin en cas de persistance ou de réapparition des symptômes de déséquilibre thyroïdien. Ils décideront ensemble, si besoin, des modulations du traitement et/ou de nouveaux dosages biologiques.

Il est rappelé que la l'éuthyroxine est un médicament à marge thérapeutique étroite. Pour des personnes traitées bien équilibrées et sans effet indésirable, il n'y a pas lieu de changer de traitement.

Si le médicament n'est pas disponible sur le marché et qu'il est nécessaire d'en changer, il est alors recommandé de mettre en œuvre une surveillance clinique et

biologique adaptée. Les conditions de prise du médicament (notamment par rapport aux repas) et les modalités de surveillance doivent être explicitées.

SUIVI D'UNE PERSONNE TRAITÉE POUR HYPOTHYROIDIE

Si la personne est bien équilibrée sous traitement par l'éuthyroxine, la surveillance s'effectue annuellement par un interrogatoire, un examen clinique et un dosage de la TSH.

L'examen annuel doit permettre de vérifier l'efficacité du traitement sur les symptômes d'hypothyroïdie et sur la TSH ainsi que sa bonne tolérance par la personne. Si dans l'intervalle, la personne ressent la réapparition de symptômes évocateurs de déséquilibre thyroïdien, il est nécessaire qu'elle consulte son médecin.