

L'hypothyroïdie subclinique : traiter ou ne pas traiter?

Andrée Boucher, MD, FRCPC

Présenté par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, dans le cadre de la conférence intitulée :
L'endocrinologie, mars 2004

Le bilan annuel de Rachel

Une dame âgée de 45 ans vous consulte pour son bilan annuel. L'interrogatoire est peu révélateur, outre les malaises suivants :



- Cycles menstruels plus courts et augmentation du flux menstruel
 - Fatigue explicable par un horaire chargé
 - Gain de poids de 3 kg au cours de la dernière année
 - L'examen physique est normal, sauf pour un indice de masse corporel légèrement augmenté (26) et une thyroïde un peu irrégulière évaluée à 20 à 25 g (normale : 15 à 20 g)
 - Le bilan biologique démontre une hormone thyroïdienne de 6,8 mUI/L.
- Débuterez-vous maintenant le remplacement avec la lévothyroxine?**
- Y a-t-il des examens complémentaires que vous devriez faire auparavant?**
- Existe-t-il des critères sur lesquels vous baserez pour décider de traiter ou non?**

Depuis la venue sur le marché de techniques très performantes de dosages hormonaux, les médecins sont confrontés à une incidence accrue de valeurs élevées pour l'hormone thyroïdienne (TSH) en présence de taux plasmatiques normaux des hormones thyroïdiennes (T₃ et T₄). Cette situation très fréquente porte le nom d'hypothyroïdie subclinique. Les conséquences cliniques rattachées à l'hypothyroïdie subclinique demeurent toutefois un sujet de controverses, d'où la nécessité d'une prise de position sur la pertinence de la traiter.

Quand la TSH s'élève, que faire?

En présence d'une TSH élevée il faut, avant tout, répéter l'analyse (entre 2 et 12 semaines plus tard) afin d'exclure une anomalie transitoire et compléter le bilan par un dosage de la T₄ libre. Ni le taux sérique de T₃, la scintigraphie ou l'échographie ne sont utiles.

La mesure de la T₄ libre nous permet d'estimer le degré de gravité de l'hypothyroïdie

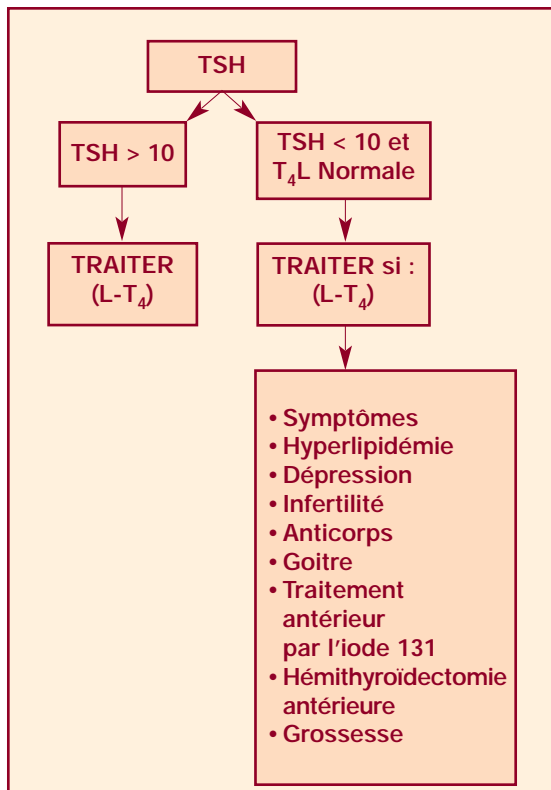


Figure 1. Algorithme sur le traitement de l'hypothyroïdie subclinique.

L'hypothyroïdie est le plus souvent le résultat d'une destruction auto-immune de la glande (thyroïdite d'Hashimoto), ce qui se reflète par la présence fréquente d'anticorps antithyroïdiens chez les personnes atteintes.

La **Dre Boucher** est professeure agrégée de clinique, Université de Montréal et endocrinologue, Hôpital Notre-Dame, CHUM.

Tableau 1

Fluctuation de la TSH sous la l-thyroxine

- Progression de la maladie thyroïdienne
- Changement de poids
- Grossesse
- Hormonothérapie de remplacement
- Préparation différente de l-thyroxine
- Modification de l'absorption intestinale
- Maladie intestinale Crohn, colite ulcéreuse, entéropathie au gluten
- Prise de médicaments pêle-mêle
- Ajout d'un autre médicament
- Variation saisonnière

À quoi servent les anticorps antithyroïdiens?

Le dosage des anticorps antithyroïdiens est surtout utile lorsqu'il modifie la décision de traitement.

En présence d'une hypothyroïdie subclinique légère, asymptomatique et sans goitre, la présence d'anticorps contre la thyroperoxydase (TPO) (autrefois appelés antimicrosomiaux) pose le diagnostic d'Hashimoto et signe une atteinte progressive qui évoluera probablement à long terme vers l'hypothyroïdie franche cliniquement établie.

Autrement, lorsqu'il y a un goitre ou si l'hypothyroïdie est cliniquement symptomatique, la mesure des anticorps antithyroïdiens est intéressante, mais n'influencera pas la décision de traiter.

Après un épisode de thyroïdite silencieuse ou post-partum, la mesure des anticorps a une valeur pronostique quant au risque d'hypothyroïdie permanente subséquente et il y a là un intérêt de les mesurer.

Une fois décelés positifs, il est inutile de contrôler à nouveau les titres des anticorps

placement de lévothyroxine peut toujours être tenté, mais nécessite une réévaluation de la situation après quelques mois quant aux bénéfices estimés.

Par ailleurs, chez les patients qu'on choisit d'observer sans traitement, un suivi annuel est souhaitable.

Près de 5 % des patients avec une TSH élevée non traitée ont une correction spontanée du paramètre en un an.

Suite à la page 74 →

puisqu'ils sont un mauvais reflet de l'intensité de la maladie auto-immune au fur et à mesure qu'elle progresse.

Quelle conduite devons-nous tenir face à une TSH élevée?

Chaque situation doit être analysée individuellement. La décision de traiter une personne atteinte d'hypothyroïdie subclinique doit reposer sur les éléments présentés à la figure 1.

D'autres états cliniques, lorsque associés, à une hypothyroïdie subclinique ont été suggérés comme pouvant être des indications de traitement (dépression, population gériatrique avec troubles cognitifs), mais ne constituent pas des recommandations basées sur des données probantes.

Un essai thérapeutique avec dose de rem-

Tableau 2

Les interférences médicamenteuses avec la l-thyroxine

- **Absorption diminuée**
Fibres, sulfate ferreux, sucralfate, cholestyramine, hydroxyde d'aluminium, carbonate de calcium
- **Effet direct sur la thyroïde**
Lithium, amiodarone, produits iodés, algues
- **Métabolisme accéléré**
Rifampine, carbamazépine, phénytoïne, phénobarbital

Le traitement

La dose de départ devrait être inversement proportionnelle à l'importance de l'hypothyroïdie, l'âge du patient ou la gravité d'une maladie cardiaque athérosclérotique sous-jacente.

Le remplacement de choix est la lévothyroxine et il n'y a aucun bénéfice supplémentaire si on la combine avec la

À retenir...

- L'hypothyroïdie est le plus souvent le résultat d'une destruction auto-immune de la glande (thyroïdite d'Hashimoto).
- Elle se reflète par la présence fréquente d'anticorps antithyroïdiens chez les personnes atteintes.
- Le remplacement de choix est la lévothyroxine et il n'y a aucun bénéfice supplémentaire à la combiner à la triiodothyronine (T_3).
- En général, on vise une valeur de TSH autour de 1 à 2 mUI/L qui correspond à la médiane obtenue dans une population de sujets sains.
- Chez les patients qu'on choisit d'observer sans traitement, un suivi annuel est souhaitable.

triiodothyronine (T_3). En général, on vise une valeur de TSH autour de 1 à 2 mUI/L qui correspond à la médiane obtenue dans une population de sujets sains ou une valeur de TSH normale à laquelle le patient se sent bien.

Il arrive parfois que la TSH fluctue hors des limites normales chez un patient habituellement bien contrôlé. Différentes explications doivent être considérées dont une variation de poids, la survenue d'une maladie intestinale, la prise concomitante d'autres médicaments ou, tout simplement, la progression de la maladie auto-immune thyroïdienne de base (tableaux 1 et 2).

Suite à la page 76 →

Doit-on traiter cette anomalie?

Généralement, la décision de traiter tiendra compte des aspects suivants de la maladie :

- Le niveau de la TSH
- La présence de symptômes associés ou non
- Les risques de traiter ou de ne pas traiter
- L'évolution naturelle de la maladie.

Les arguments en faveur du traitement

1. En présence d'une TSH marginalement élevée, certaines données indiquent une augmentation significative de différents maux (peau sèche, troubles mnésiques, crampes, faiblesse musculaire et fatigue générale).
2. On retrouve aussi une présence accrue d'hyperlipidémie proportionnelle au niveau de la TSH. Plus encore, chez les femmes âgées, l'élévation de la TSH à partir de 4,0 mUI/L pourrait être un facteur de risque indépendant de maladie athérosclérotique vasculaire et cardiaque aussi important que le diabète ou l'hyperlipidémie.
3. Lorsque la TSH s'élève au-dessus de 10 mUI/L, les anomalies cliniques et biologiques sont plus faciles à démontrer et les bénéfices suivant la correction de la TSH apparaissent plus évidents.
4. D'autres changements favorables constatés avec le traitement ont été observés sur la contractilité myocardique et sur la diminution de la prolactine chez quelques femmes qui souffraient d'infertilité.
5. À condition que le traitement soit substitutif et non suppressif, on ne connaît pas d'autres effets indésirables à l'utilisation de la lévothyroxine que celui de prendre une médication à long terme.

Les arguments contre le traitement

1. Malgré l'observation, au cours de certaines études, d'un effet néfaste de l'hypothyroïdie subclinique sur la qualité de vie, aucune étude avec groupe témoin n'a pu mettre en évidence, hors de tout doute, que l'hormonothérapie de remplacement apportait un quelconque bénéfice chez les patients asymptomatiques dont la TSH se situe entre 4,5 à 10 mUI/L.
2. Par ailleurs, si les risques théoriques de ne pas traiter une personne avec TSH élevée incluent une possible progression du goitre ou la survenue plus précoce de maladie cardiaque athérosclérotique, aucune étude prospective avec groupe témoin ne soutient ces hypothèses.
3. La progression de l'hypothyroïdie subclinique vers l'hypothyroïdie franche installée est faible chez les patients sans anticorps dont la TSH est moins élevée que 10 mUI/L, soit environ 3 % par an. Notons aussi que près de 5 % des patients avec une TSH élevée non traitée ont une correction spontanée du paramètre en 1 an. *Clin*

Références disponibles — contactez
Le Clinicien à : clinicien@sta.ca