

Les problèmes thyroïdiens

Mise à jour 2010



DÉPISTAGE (Il n'y a pas de consensus dans la littérature médicale)

Non indiqué

Chez une personne asymptomatique lors d'un bilan médical, en l'absence de facteurs de risque

Indiqué

- Si suspicion clinique d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie
- En présence de goitre
- Dans le bilan initial d'une hyperlipidémie
- Dans le bilan d'un état dépressif
- Infertilité inexpiquée
- Personne traitée au lithium, à l'amiodarone ou avec la tamoxifène
- Population gériatrique malade
- Personne en postradiothérapie cervicale
- Antécédents de traitement à l'iode 131
- Antécédents de chirurgie thyroïdienne
- Maladie auto-immune telle la PAR et le diabète de type 1
- L'incidence des problèmes thyroïdiens étant importante chez ces patients, un bilan thyroïdien devrait être envisagé lors d'un bilan annuel de santé :
 - Femmes péri et ménopausées ou en post-partum
 - Histoire familiale de maladies thyroïdiennes ou auto-immunes



Fréquence de mesure chez le patient traité

- Aux 2 mois environ durant la période d'ajustement du traitement
- Contrôle annuel par la suite
- La non-observance thérapeutique et les interactions médicamenteuses sont les causes les plus fréquentes de la fluctuation importante de la TSH et d'ajustement difficile du traitement.
- Le suivi doit être plus serré en grossesse. Au cours du premier trimestre, les besoins de remplacement thyroïdiens augmentent. Par ailleurs, la sécrétion de TSH est supprimée par les hormones de grossesse (TSH abaissée).

Anticorps anti-TPO

- Surtout utile dans la décision de traitement de l'hypothyroïdie subclinique. Dans l'hypothyroïdie clinique ou en présence de goitre, la présence ou non d'anticorps anti-TPO ne modifie pas l'attitude thérapeutique.
- Inutile de mesurer plus d'une fois les anticorps.

Le bilan thyroïdien est souvent non fiable lors d'une maladie physique ou psychiatrique aiguë sévère.
TSH ↓ en phase aiguë puis TSH ↑ en phase de récupération (entre 6 et 10, rarement plus).

HYPOTHYROÏDIE CLINIQUE

$T_4 \downarrow$ avec $TSH \uparrow$ ou $TSH \geq 10$ mUI/L même avec T_4 normal

Étiologie

Dans 98 % des cas d'origine thyroïdienne (primaire) :

Auto-immune (Hashimoto) : 80 %.

- 10 fois plus importante chez les femmes.
- Débute souvent entre 30 et 60 ans, la prévalence augmente constamment avec l'âge.
- Aspect génétique important : Incidence familiale ++.
- Associé à d'autres endocrinopathies et maladies auto-immunes.
- Anti-TPO positif dans 95 % des cas.

Médicamenteuse : Amiodarone, lithium, tamoxifène.

Post-opératoire : Thyroïdectomie.

Post-radiothérapie ORL, post-traitement à l'iode 131.

Congénitale.

Dans 2 % des cas, l'origine est hypophysaire ou hypothalamique : $\downarrow T_4$ avec TSH normale ou \downarrow .

Dans ces cas, la TSH ne peut pas être utilisée dans le suivi du traitement. On doit utiliser la mesure du T_4 .

Traitement : Remplacement thyroïdien

Adulte > 50 ans avec MCV : 12,5 à 25 µg/jour comme dose initiale. Augmenter aux 4 à 6 semaines de 12,5 à 25 µg/jour.

Adulte > 50 ans sans MCV et < 50 ans avec MCV : au départ 50 µg/jour. Augmenter aux 6 à 8 semaines de 25 à 50 µg/jour.

Adulte < 50 ans sans MCV : débiter avec 1,7 µg/kg/jour. Augmenter aux 6 à 8 semaines de 25 à 50 µg/jour.

Les patients avec hypothyroïdie sévère de longue date doivent avoir un remplacement très progressif.

Contrôle de la TSH aux 8 semaines, viser une TSH dans les limites de la normale du laboratoire, habituellement entre 0,3 et 3,0 mUI/L. Si les symptômes persistent, viser une TSH entre 1 et 2 mUI/L. Dans les cancers thyroïdiens, on vise une TSH supprimée (< 0,3 mUI/L). Une fois la dose de remplacement trouvée, faire un contrôle annuel est suffisant.

Les besoins en hormones thyroïdiennes augmentent de 25 à 50 % durant la grossesse.

Idéalement, la lévothyroxine devrait être prise à jeun, 30 minutes avant le déjeuner. De plus, éviter la prise concomitante de calcium, de fer et de multivitamines.

Symptômes d'hypothyroïdie	
Symptômes fréquents	Symptômes moins fréquents
Asthénie Gain de poids léger Intolérance au froid Constipation Dépression Diminution de la mémoire Diminution de la concentration Somnolence Sécheresse de la peau	Myalgies Crampes musculaires Voix rauque Ronflement Paresthésie Diminution de la libido Irrégularité menstruelle

La lévothyroxine doit être prise seule pour éviter les interactions médicamenteuses ou avec les aliments. Les différentes formulations de lévothyroxine ne sont pas bioéquivalentes.

HYPOTHYROIDIE SUBCLINIQUE

Définie par une TSH entre 5,5 et 9,9 avec un T₄ normal.

Anomalie présente chez 10 % des adultes de plus de 50 ans.

À noter que les résultats de laboratoire vont se normaliser dans 5 à 10 % des cas.

Causes de l'élévation de la TSH

En plus des causes d'hypothyroïdie clinique, la TSH peut être élevée dans les conditions suivantes :

- **Dans la phase de récupération d'une thyroïdite.**
- **Chez un patient traité avec un remplacement thyroïdien :**
 - Dosage inadéquat de remplacement thyroïdien : mauvaise observance thérapeutique, dosage de remplacement sous-estimé, malabsorption (rechercher la maladie coeliaque).
 - Grossesse : augmentation des besoins de remplacement.
 - Estrogènes : augmentation de la T₄ liée aux protéines, ce qui augmente les besoins de remplacement.
 - Interaction médicamenteuse : baisse d'absorption avec le sulfate ferreux, le carbonate de calcium, la cholestyramine, l'hydroxyde d'aluminium et le métamucil; augmentation du métabolisme avec les anticonvulsivants et le rifampin. Interaction avec la sertraline.
- **Dans la phase de récupération d'une maladie non thyroïdienne grave.**
- **Suite à la prise de médicaments antidopaminergiques** (dompéridone, métochloramide, phénothiazine), la TSH est augmentée, mais la fonction thyroïdienne n'est pas modifiée.

Il n'y a pas de consensus sur le traitement de l'hypothyroïdie subclinique. Toutefois, pour la plupart des experts, un traitement est justifié chez la majorité des patients présentant une TSH entre 5,5 et 10 et :

- goitre
- dosage anticorps +
- hyperlipidémie
- infertilité, pré-conception et grossesse
- dépression
- personnes âgées
- antécédents :
 - radiothérapie cou
 - Iode¹³¹
 - thyroïdectomie
- symptômes évocateurs d'hypothyroïdie

Progression vers une hypothyroïdie clinique

Le risque est accru après l'âge de 60 ans et en présence d'anticorps anti-TPO positifs. Après 4 ans d'évolution si ces 2 facteurs sont présents, il y a une probabilité de 80 % d'évolution vers l'hypothyroïdie clinique. Plus la TSH est élevée, plus le risque augmente.

Conséquences d'une hypothyroïdie subclinique

- L'hypothyroïdie est associée à une augmentation du taux de cholestérol : le traitement diminue le taux cholestérol de 8 à 10 % chez les patients ayant un cholestérol total ≥ 6.2 mmol/L. Il y a peu d'effet s'il est inférieur à ce niveau.
- Dans l'étude de Rotterdam, le risque d'infarctus est augmenté de 2,3 fois, et la calcification de l'aorte de 1,7 fois.
- Symptômes non spécifiques : fatigue, désordre de l'humeur, troubles cognitifs (mémoire), présence d'infertilité, réponse inadéquate aux antidépresseurs.

Conduite clinique

- Contrôle 3 mois plus tard.
- Si la TSH demeure augmentée, un traitement est souhaitable chez la plupart des patients, en particulier s'il y a des symptômes pouvant être reliés au problème thyroïdien.

THYROIDITES

Thyroïdite silencieuse

- Forme de thyroïdite la plus fréquente.
- Le plus souvent entre 50 et 60 ans.
- En général peu symptomatique, mais peut être très symptomatique.
- Vitesse de sédimentation normale.
- Hyperthyroïdie légère, euthyroïdie brève, suivie d'hypothyroïdie le plus souvent temporaire, mais qui peut être permanente.
- Traitement : si symptomatique, bêtabloquants ou inhibiteurs des canaux calciques en phase hyperthyroïdienne. Un remplacement thyroïdien peut être nécessaire durant la phase hypothyroïdienne.

Thyroïdite du post-partum

- Exacerbation d'un problème auto-immun, maladie d'Hashimoto sous-jacente.
- Incidence d'environ 5 %.
- Phase initiale d'hyperthyroïdie survenant de 2 à 6 mois post-partum ou post-avortement.
- Symptomatique dans un tiers des cas.
- L'hyperthyroïdie dure en moyenne de 2 à 4 mois et est suivie d'une période d'hypothyroïdie en général de 4 à 6 mois.
- Récidive fréquente lors des autres grossesses.
- Traitement symptomatique la plupart du temps.
- Hypothyroïdie permanente dans 25 % des cas.

Thyroïdite de De Quervain

- Touche surtout des femmes entre 30 et 50 ans.
- Étiologie : inconnue; souvent après une IVRS.
- Douleur cervicale; thyroïde sensible et très ferme.
- Fièvre fréquente, atteinte de l'état général.
- Sédimentation très augmentée, leucocytose.
- En phase initiale TSH \downarrow avec T₄ libre \uparrow .
- Traitement symptomatique : AINS, prednisone si thyroïdite sévère.
- Par la suite, euthyroïdie brève, suivie d'une hypothyroïdie le plus souvent transitoire.

Dans la phase hyperthyroïdienne, la captation à la scintigraphie est très diminuée dans toutes les thyroïdites, contrairement à la maladie de Graves, où la captation est augmentée.

CLINIQUE

TSH très abaissée : inférieure à 0,1, le plus souvent en bas de 0,03 avec un T₄ libre augmenté dans la plupart des cas, rarement le T₄ libre peut être normal, mais le T₃ libre augmenté

Étiologie

Maladie de Graves-Basedow (plus de 75 % des cas)

- 7 à 10 femmes pour 1 homme.
- Maladies auto-immunes : anti-TPO en général positifs.
- Atteinte oculaire, exophtalmie assez fréquente.
- Parfois myxoedème pré tibial.
- Hypercaptation homogène à la scintigraphie; pour le diagnostic, la scintigraphie n'est pas nécessaire en présence d'atteinte oculaire franche.

Goitre multinodulaire : avec le temps, ces goitres peuvent développer des nodules autonomes. On parle alors de goitre multinodulaire toxique.

- Survient en général après 50 ans.
- Hyperthyroïdie le plus souvent légère (symptômes cardiovasculaires).
- Scintigraphie : captation normale à augmentée avec hypercaptation focale (multiples nodules).

Thyroïdites : si thyroïde très sensible, thyroïdite de De Quervain.

Nodule autonome solitaire

- Hypercaptation du nodule à la scintigraphie avec suppression du reste de la glande.

Excès d'iode

- Amiodarone, produits de contraste, algues, certains aliments et coloration capillaire.
- Favorisé par la présence de nodules thyroïdiens autonomes ou maladie de Graves subclinique.
- Scintigraphie, la captation est diminuée.

Surdosage d'hormones thyroïdiennes

Hyperthyroïdie secondaire : La TSH est légèrement augmentée plutôt que diminuée.

Adénome hypophysaire ou syndrome de résistance de l'hormone thyroïdienne : rare.

Traitement

- Bêtabloquants comme traitement symptomatique en attendant une réponse thérapeutique au traitement de la maladie. Propranolol : 20 à 200 mg/j; metoprolol : 100 à 200 mg/j; nadolol : 40 à 80 mg/j; bisoprolol : 5 à 10 mg/j. Un bloqueur calcique comme le vérapamil peut être donné si les bêtabloquants sont contre-indiqués (asthme sévère).
- Référence à un spécialiste, traitement selon la condition : antithyroïdien, iode radioactif, chirurgie.

SUBCLINIQUE

Cette condition est définie par des valeurs de laboratoire montrant : une TSH < 0,1 avec des T₃ et T₄ libres normaux.

Des valeurs de TSH entre 0,1 et 0,3 sont considérées comme limites et vont souvent se normaliser en l'absence de goitre ou de nodules.

Cause thyroïdienne

Mêmes causes que pour l'hyperthyroïdie clinique. Attention, la TSH peut demeurer abaissée pendant les 4 à 6 premiers mois d'un traitement pour l'hyperthyroïdie.

Causes non thyroïdiennes

- AAS, cortisone, dopamine, furosémide.
- Certaines personnes âgées.
- Grossesse : au premier trimestre, la sécrétion de TSH est légèrement supprimée (abaissée) par les hormones de grossesse.
- Maladie non thyroïdienne aiguë (septicémie, etc.) : la TSH est abaissée en phase aiguë.
- Maladie psychiatrique aiguë.

Conséquences

- Ostéoporose chez les femmes de plus de 50 ans.
- Fibrillation auriculaire après 60 ans :
 - TSH < 0,1 : risque augmenté de 3 fois;
 - TSH entre 0,1 et 0,4 : pas d'augmentation du risque.

Conduite clinique

- Patient jeune sans maladie cardiaque, asymptomatique, ayant une thyroïde de volume normal : observer TSH aux 3 à 6 mois.
- En présence d'une TSH < 0,1 chez les patients de plus de 50 ans : référez à un spécialiste. Demandez une scintigraphie thyroïdienne si un goitre multinodulaire ou un nodule thyroïdien est soupçonné. Le spécialiste considérera un traitement avec de l'iode radioactif en présence d'un goitre, ou avec un antithyroïdien de synthèse en présence d'une thyroïde normale.

À l'anamnèse

Adrénurgiques	Cataboliques	Oculaires
Palpitations Tremblements Nervosité Fébrilité Diaphorèse Intolérance à la chaleur	Perte de poids Appétit↓ Faiblesse musculaire proximale	Asynergie oculopal-pébrale « lid lag » Rétraction palpébrale Fixité du regard Œdème palpébral (Graves) Exophtalmie (Graves) Diplopie - ↓Acuité visuelle - ↓Vision des couleurs
Cutanés	Mixtes	Autres
Dermopathie : myxoedème pré tibial aux endroits de pression (Graves) Onycholyse	Dyspnée Asthénie	Oligoménorrhée Selles plus fréquentes Irritabilité Labilité affective

Une fibrillation auriculaire sur un cœur normal en hyperthyroïdie est une indication absolue d'anticoagulation.

La cortisone à des doses dépassant l'équivalent de 20 mg de prednisone abaisse la TSH. Attendez 2 mois après le sevrage pour mesurer la TSH.

NODULES THYROÏDIENS

- Incidence : À la palpation : 7 % des patients.
À l'échographie : au moins 50 % des patients de plus de 50 ans.
- Néoplasie : 5 % des nodules sont cancéreux, donc 95 % sont bénins.
- Conduite : Si TSH normale ou augmentée, référer pour biopsie.
Si TSH diminuée, scintigraphie thyroïdienne avant référence.
- **À l'échographie**, les nodules qui sont biopsiés sont ceux qui sont de plus de 1 cm et ceux présentant des caractéristiques suspectes.

Facteurs augmentant le risque de malignité (histoire et examen)

- Âge < 20 ans > 70 ans
- Sexe masculin
- Histoire d'irradiation du cou durant l'enfance
- Antécédents familiaux de néoplasie thyroïdienne ou de néoplasie endocrinienne multiple
- Nodule dur et fixe
- Nodule > 4 cm
- Nodule augmentant de volume
- Paralysie des cordes vocales
- Adénopathie cervicale anormale



AMIODARONE

L'iode constitue plus de 30 % du poids de la molécule. Augmentation de la TSH dans les 3 premiers mois, secondaire à la chute de la transformation de la T_4 en T_3 au niveau hypophysaire. Au niveau périphérique, l'amiodarone diminue la liaison de la T_3 avec son récepteur.

L'amiodarone peut entraîner une hypothyroïdie et plus rarement une hyperthyroïdie.

Surveillance

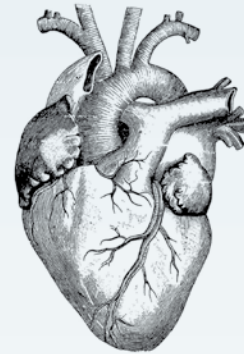
- TSH et anticorps anti-TPO avant le traitement.
- TSH aux 3 mois pour un an et demi au début du traitement, puis aux 6 mois par la suite.

Hypothyroïdie

- Survient dans les 18 premiers mois; forte corrélation avec Hashimoto.
- L'amiodarone peut être continuée.
- Nécessite une dose plus élevée de thyroxine.
- Viser une TSH normale ou à la limite supérieure.

Hyperthyroïdie

- Souvent associée à une maladie thyroïdienne : le plus souvent goitre multinodulaire, mais il existe aussi une forme inflammatoire.
- Le patient doit être référé à un spécialiste pour déterminer le traitement :
 - arrêt de l'amiodarone si possible,
 - thyroïdectomie ou antithyroïdien de synthèse,
 - dans la forme inflammatoire : Prednisone.



Nous vous recommandons fortement l'atelier « La thyroïde... c'est si simple » de la FMOQ.

<http://www.fmoq.org> : Formation professionnelle : Outils de formation : La thyroïde, c'est si simple!

Auteur : **Dr Gilles Côté**, médecin-conseil, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Collaborateurs : **Dr Raphaël Bélanger**, endocrinologue, CHUM-Hôpital St-Luc, Montréal.
Dre Andrée Boisselle, endocrinologue, Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, Hôpital régional de Rimouski.
Dre Marie-Ève Montminy, endocrinologue, Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, Hôpital régional de Rimouski.
Dr Patrice Perron, endocrinologue, CHUS, Sherbrooke.

Références : Burman KD, Ed. Thyroid function and disease. Endocrinol Metab ClinNorth Am 2007;36(3):579-872.
www.uptodate.com (dernière mise à jour, décembre 2009).

Pour commander des copies :
agencesssbsl.gouv.qc.ca
ou 418 724-5231

Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Québec

