

16<sup>E</sup> CONGRÈS  
MÉDECINE  
GÉNÉRALE  
FRANCE



VOYAGEZ DANS L'UNIVERS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Organisé par COLLÈGE  
de la MÉDECINE  
GÉNÉRALE



23 - 25  
MARS  
2023  
PARIS  
PALAIS DES CONGRÈS

congresmg.fr  
f t in y #CMGF2023

En partenariat avec leGeneraliste

# La thyroïde dans tous ses états : que disent les nouvelles recommandations?

COLLÈGE  
de la MÉDECINE  
GÉNÉRALE



HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



## Déclarations de liens d'intérêt

**Sabine Benoliel** - cheffe de projet au service des bonnes pratiques de la HAS, pharmacien, spécialisée en Immunologie :  
aucun lien d'intérêt

**Dr Nicole Bornsztejn** - médecin généraliste, échographiste au GHSIF (Melun 77), membre du bureau du réseau de périnatalité PérinatifSud, membre du bureau de la CPTS Centre Essonne, membre du groupe de travail : aucun lien

**Pr Philippe Cornet** - professeur de médecine générale émérite à Sorbonne-Université, membre du groupe de travail : aucun lien d'intérêt

**Dr Pierre Gabach** - chef du service des bonnes pratiques de la HAS : aucun lien d'intérêt

**Pr Jean-Michel Petit** - diabétologue endocrinologue au CHU François Mitterrand de Dijon, président du groupe de travail :  
aucun lien

# Sommaire

PARTIE I - Contexte de la demande et méthodologie de la recommandation

PARTIE II - Hypothyroïdie chez l'adulte en population générale

PARTIE III - Hypothyroïdie et populations particulières

PARTIE IV – Hyperthyroïdie chez l'adulte en population générale

PARTIE V - Questions & réponses

# Partie I – Contexte & méthodologie d'élaboration

Sabine Benoliel, cheffe de projet, service des bonnes pratiques (HAS)

# Qu'est-ce que la HAS ?

- Une autorité publique indépendante à caractère scientifique
- Trois valeurs :
  - Rigueur scientifique
  - Indépendance
  - Transparence
- Un organisme d'expertise scientifique, qui :
  - **Par ses recommandations, contribue à améliorer la qualité des soins**
  - Par ses avis, éclaire les pouvoirs publics quant aux décisions de remboursement des produits et services médicaux

# Contexte

⇒ Demande de la DGS en 2018 sur les problématiques liées à la thyroïde.

- **Les constats**

- **Surprescription** de spécialités à base de lévothyroxine,
- Fréquence trop élevée de **dosages d'emblée multiples** des hormones thyroïdiennes,
- **Hétérogénéité des pratiques** dans la prise en charge initiale des hyperthyroïdies,
- Recours trop fréquent à des **thyroïdectomies** à la suite d'une hyperthyroïdie.

- **Recommandations nationales disponibles**

- Recommandations pour la pratique clinique : Diagnostic et surveillance biologiques de l'hyperthyroïdie de l'adulte, ANAES 2000
- Recommandations professionnelles : Hypothyroïdies frustes chez l'adulte : diagnostic et prise en charge, SFE-HAS 2007
- Fiche pertinence des soins : Hypothyroïdie, HAS 2019 (10 messages courts)

- **Élaboration par la HAS de recommandations relatives à la prise en charge des malades souffrant d'hypothyroïdie ou d'hyperthyroïdie.**

# Méthodologie

## Objectif :

Mettre à disposition des acteurs du système de santé des recommandations fondées sur :

- les **données de la science** : analyse critique de la littérature selon *l'Evidence Based Medicine*
- **l'expertise des professionnels** fondée sur leur expérience clinique
- les attentes et les **préférences des patients ou usagers**.

## Méthodologie :

- rigoureuse et explicite
- groupe de travail impliquant des professionnels et des représentants de patient ou d'usagers
- recours à une phase de lecture externe par un groupe de lecture
- transparence et indépendance d'élaboration
- prévention et gestion des conflits d'intérêts
- conforme à la charte de l'expertise sanitaire.

# Les étapes

Cadrage du projet : juin 2020

Validation instances HAS

Note de cadrage : nov. 2020

Revue systématique de la littérature  
(Service documentation HAS)

Analyse et synthèse  
de la littérature sélectionnée

Rédaction des recommandations

- Synthèse de la littérature
- Positions des experts

Phase de lecture

- Avis formalisé sur le fond et la forme (applicabilité, lisibilité)
- Avis consultatif, individuel, anonyme

Phase de finalisation

- Analyse des avis du GL
- Finalisation des textes

Diffusion des productions

Demande DGS – Décision collège HAS

Demande : fev. 2018

Constitution du groupe de travail **24 experts**

Examen et validation  
des DPIs / CVDI - HAS

Rédaction de l'argumentaire  
**5 chargés de projet**

Groupe de travail **11 réunions**  
Auditions **3 expertes** externes  
Grossesse - troubles de la fertilité

Réunions du GT :  
mars 2021 à oct. 2022

Auditions : mars 2022

Groupe de lecture **2 phases distinctes**  
Population générale : 63 relecteurs  
Populations particulières : 56 relecteurs

GL 1 : mars /avril 2022  
GL 2 : juillet/sept. 2022

Groupe de travail **2 réunions**

Réunions du GT post GL  
Juin et oct. 2022

Validation - instances HAS

Validation  
22 nov. et 15 dec. 2022

# Objectifs - Productions

## Objectifs

- Amélioration de la prise en charge des patients,
- Homogénéisation des pratiques médicales et biologiques sur le territoire national
- Préciser l'usage des examens biologiques thyroïdiens en réduisant les bilans systématiques
- Préciser le recours aux chirurgies thyroïdiennes en cas d'hyperthyroïdie.

## Patients concernés

- **Population générale adulte** présentant des signes de **dysthyroïdie**,
- **Femmes enceintes** ou ayant un désir de grossesse, **personnes âgées de plus de 65 ans** : en cas de facteurs de risques d'**hypothyroïdie**, de signes d'hypothyroïdie.

## Productions disponibles sur le site internet de la HAS :

- 1 argumentaire scientifique
- 2 recommandations de bonnes pratiques
- 2 fiches de synthèse
- 6 arbres décisionnels



*Scannez et  
retrouvez tous  
les documents*

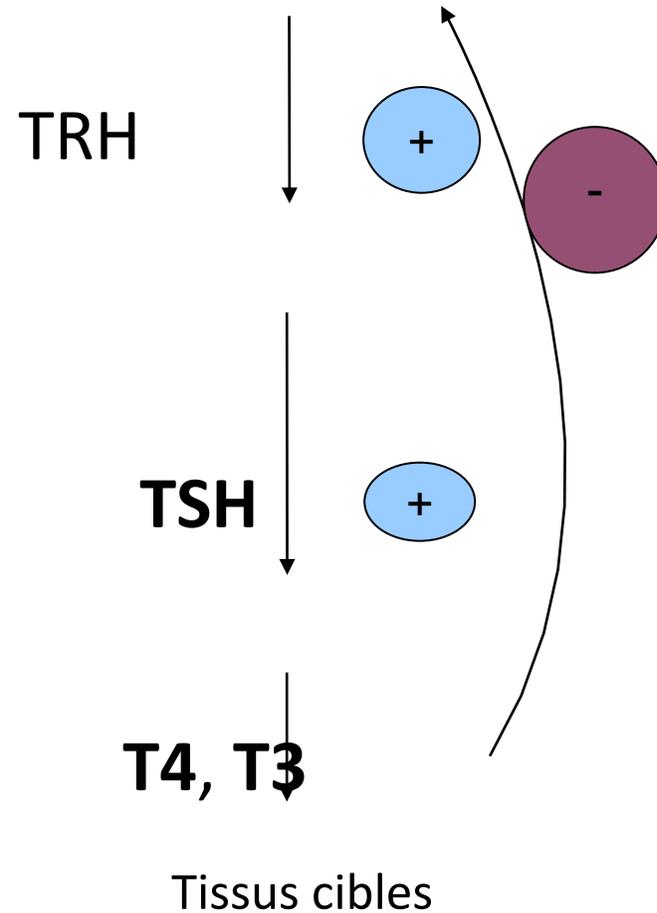


# Partie II – Hypothyroïdies en population générale

Pr Philippe Cornet

# Axe thyroïdienne

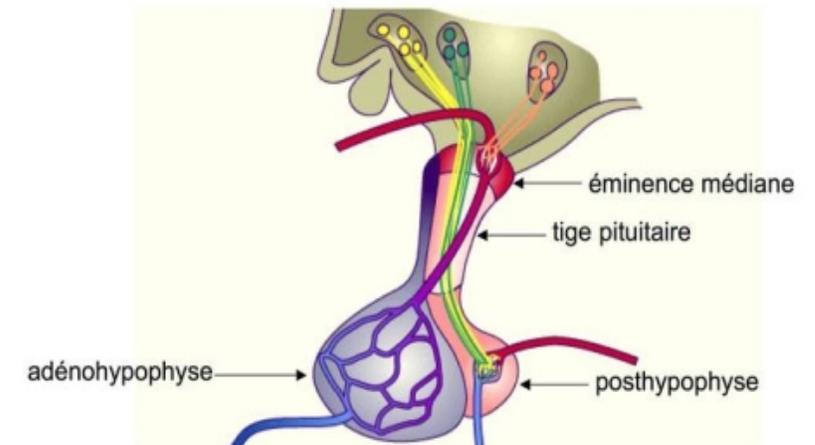
- Hypothalamus



- Antéhypophyse

- Thyroïde

## Axe hypothalamo-hypophyso-thyroïdien



# Quelques chiffres

- L'hypothyroïdie touche principalement les **femmes** : incidence 1,4 % (35-44 ans) 2,4 % (45 à 60 ans), vs 0,3 % pour les hommes (1).
- Les taux annuels d'incidence de l'hypothyroïdie chez les femmes de la cohorte SU.VI.MAX ont été estimés à 3,1/1 000 (femmes) vs < 0,2/1 000 (hommes)
- L'hypothyroïdie fruste évolue vers une hypothyroïdie avérée chez 3 % à 4%/an des patients

# Quelques chiffres

## Vous avez dit bizarre !

- Environ **30 %** des patients suivis en médecine de ville ont débuté un **traitement par lévothyroxine sans dosage préalable de TSH.**
- En 2018, près de **50 % des dosages multiples** (TSH + T4L +/- T3L) sont prescrits à des **patients non traités** par un médicament de la thyroïde ou par un médicament pouvant influencer le fonctionnement thyroïdien et **sans** réalisation préalable d'un **dosage isolé de TSH.**

# A propos de la TSH

La sécrétion de la TSH est dans une relation logarithmique avec celle de la T4

⇒ **Une infime variation de T4 entraîne une forte variation de TSH**

La concentration sérique de la TSH varie lentement (1/2 vie : 4-6 semaines)

⇒ **Les dosages rapprochés de TSH sont inutiles**

# QUIZ : TSH ou pas TSH ?

- Femme 45 ans, prise de poids depuis régulière depuis 10 ans (IMC 34), thyroïde normale : TSH ?

⇒ **NON** : attention, l'obésité modifie la TSH et la prise de poids dans l'hypothyroïdie est tardive

- Homme 68 ans, constipation ancienne, hypoacousie récente (CAE et tympan normaux), pas d'asthénie, pas de frilosité, thyroïde normale, ATCD mère Basedow : TSH ?

⇒ **OUI** : hypoacousie d'apparition récente, ATCD familial dysthyroïdie

- Femme, 57 ans, asthénie ancienne, examen clinique normal dont PA 122/74, 50/min, xérose cutanée, thyroïde normale : TSH ?

⇒ **Plutôt OUI** : bradycardie, sécheresse cutanée



**Les signes cliniques de l'hypothyroïdie sont peu spécifiques**

# Situation exemplaire

## Suspecter une hypothyroïdie

**Clinique** : Mme A. 52 ans, habituée de votre consultation, s'inquiète d'une fatigue en fin de journée, une prise de poids récente inexpliquée de 3 kg, un besoin de mettre un pull de façon inhabituelle depuis quelques mois. Aménorrhée depuis 4 mois.

Examen : 124/82mmHg, 66bat/min, rot. peu réactifs, peau sèche sur les avant-bras (depuis ?).

Hypothèses : ménopause débutante, hypothyroïdie ou ménopause + hypothyroïdie ?

# Situation exemplaire

## Affirmer une hypothyroïdie

**Biologie : TSH** en première intention  
l'ordonnance

Faire pratiquer un dosage de :

- TSH
- Si TSH anormale (> Nale labo) doser la T4
- Si TSH élevée et T4 basse (ou normale : hypoT fruste) doser les
- Anticorps anti-TPO (anticorps anti-thyroperoxydase) ils suffisent seuls à affirmer le caractère auto-immun. (Un seul dosage, à ne pas répéter)

Prescription en cascade sur



Il n'y a **pas** d'indication au **dosage de la T3**, il n'y a pas **d'indication à l'imagerie**

# Situation exemplaire

## Traiter et surveiller

Une hypothyroïdie se traite par la **lévothyroxine** (débuter 0,5 à 1 µg/kg)

La surveillance d'une hypothyroïdie se fait par la **clinique** et un **dosage de la TSH**  
( ex : 3, 6 mois, un an et tous les ans)

### Faut-il traiter les hypothyroïdies frustes ?

Si TSH > 10 mUI/L => **OUI** (surtout si Ac anti-TPO +)

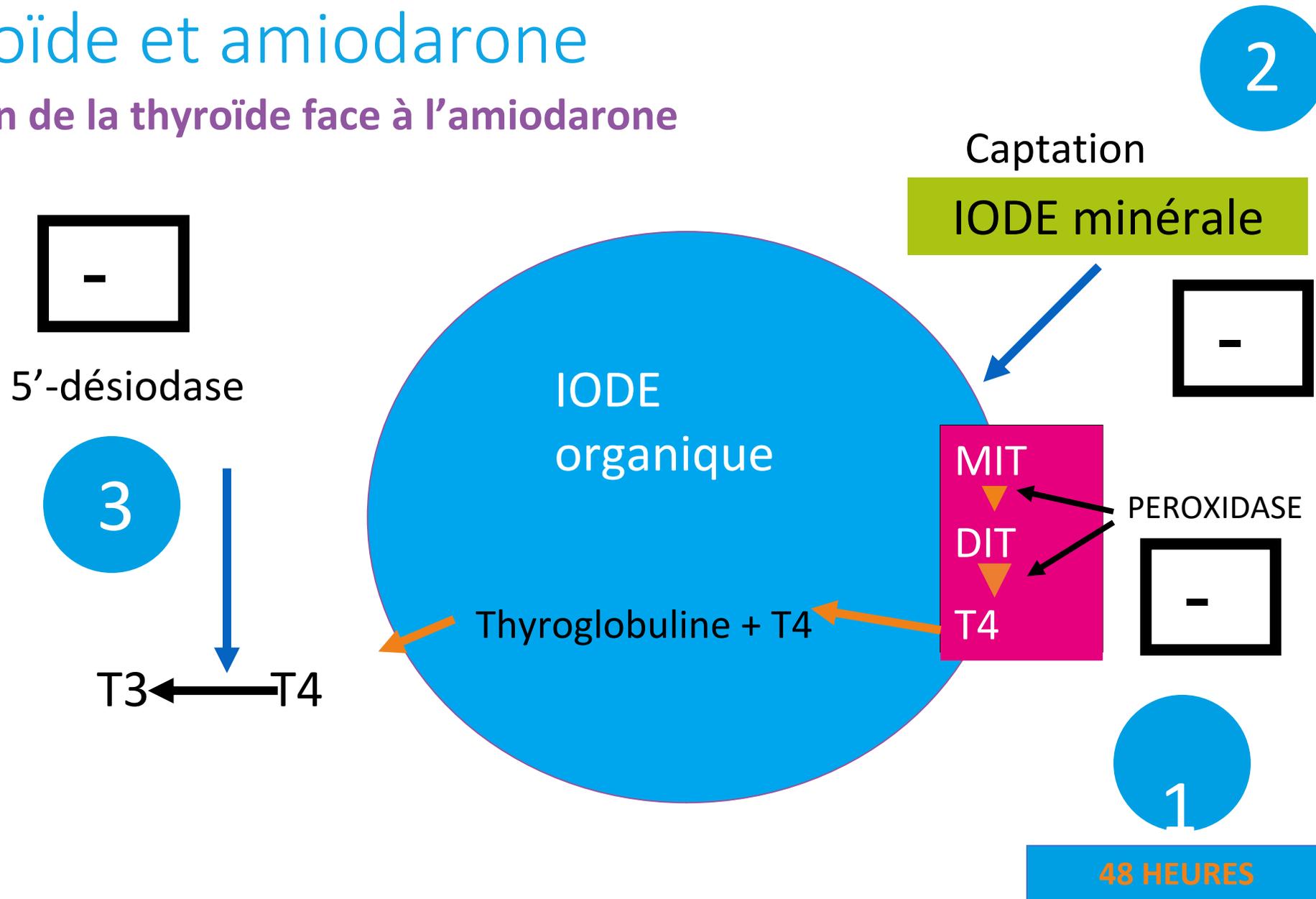
Si TSH < 10 mUI/L. Décision médicale partagée (renvoi aux questions)

# Recommandations dans l'hypothyroïdie

- L'hypothyroïdie **se suspecte sur la clinique**
- L'hypothyroïdie **s'affirme par les dosages biologiques de TSH et de T4**  
*Le dosage de T3 est inutile +++*
- Le caractère **auto-immun** de l'hypothyroïdie **s'affirme par le seul dosage des anticorps anti-TPO**
- *L'imagerie n'a pas sa place dans l'hypothyroïdie*
- Le traitement se fait par lévothyroxine
- Le **suivi** du traitement **repose** sur la **clinique** et le **dosage annuel de TSH**

# Thyroïde et amiodarone

Réaction de la thyroïde face à l'amiodarone



# Thyroïde et amiodarone

## En pratique :

Devant la fréquence des dysthyroïdies (4% à 25%) :

⇒ Doser la **TSH** trimestriellement puis semestriellement en plus de la surveillance clinique

- **Hypothyroïdie** : **continuer** amiodarone + **lévothyroxine**
- **Hyperthyroïdie** : **cesser** amiodarone (substitution du traitement) + surveillance clinique de l'hyperthyroïdie (parfois traitement si gêne +++)

# Partie III – Hypothyroïdies et populations particulières

Dr Nicole Bornsztein



Femme enceinte ou en  
désir de grossesse



Personne de plus de 65 ans

# Situation clinique (1)

Marina, 33 ans, sans aucun ATCD vient pour vous annoncer qu'elle est enfin enceinte après 6 mois de tentatives !

En dehors des recommandations habituelles pour un début de grossesse, lui proposez-vous dans le bilan de début de grossesse un dosage de la TSH ?



Oui ?



Non ?

**Votez !**

# Facteurs de risque avec indication de TSH en début de grossesse ou si désir de grossesse

## ATCD personnels

- Dysthyroïdies, goitre, chirurgie thyroïdienne, radiothérapie cervicale
- DT1
- Maladie auto immune
- Accouchement prématuré
- Fausses couches
- Infertilité
- AC anti TPO + connus
- Age > 35 ans
- IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>
- TT amiodarone, lithium

## Situation clinique (2)

Dans le bilan effectué par le gynécologue qui suit sa grossesse, sa TSH est à **3,80 mUI/L** (normales de référence du labo 0,27 à 4,2 mUI/L)

Le gynécologue lui propose de la **lévothyroxine** à la suite de ces résultats.

Marina vous demande si elle doit accepter de prendre ce traitement.



Oui ?



Non ?

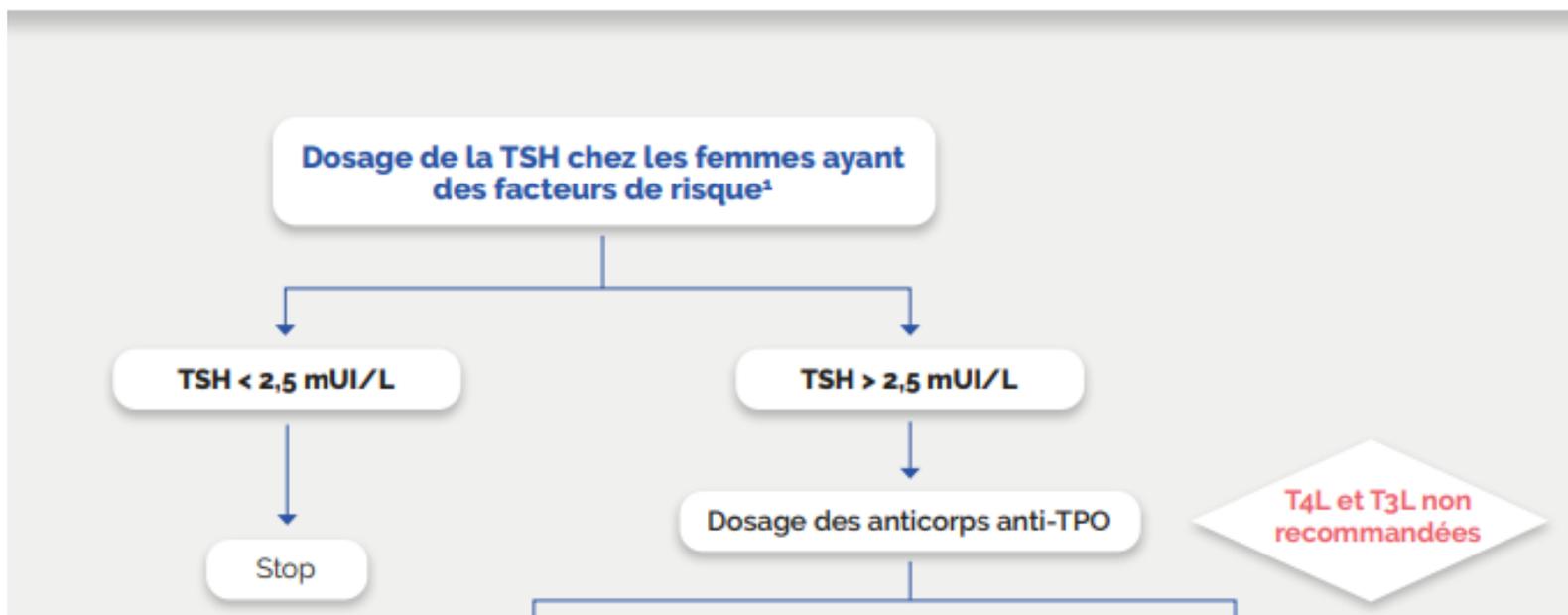
**Votez !**

# Arbre décisionnel (1)

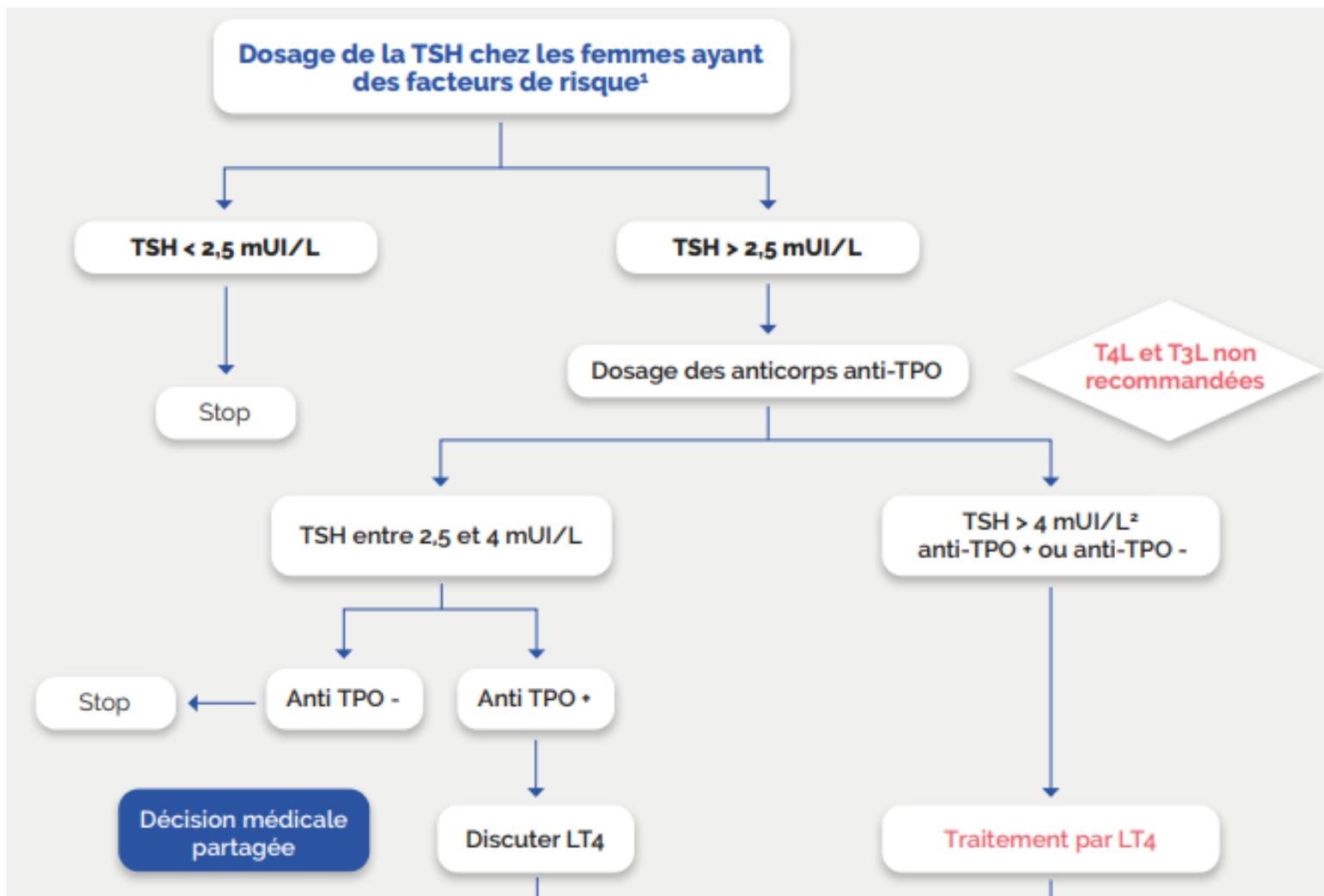
Scannez pour  
retrouver l'arbre  
décisionnel



Explorations biologiques et stratégie de prise en charge thérapeutique  
de la femme enceinte à risque d'hypothyroïdie



# Arbre décisionnel (2)

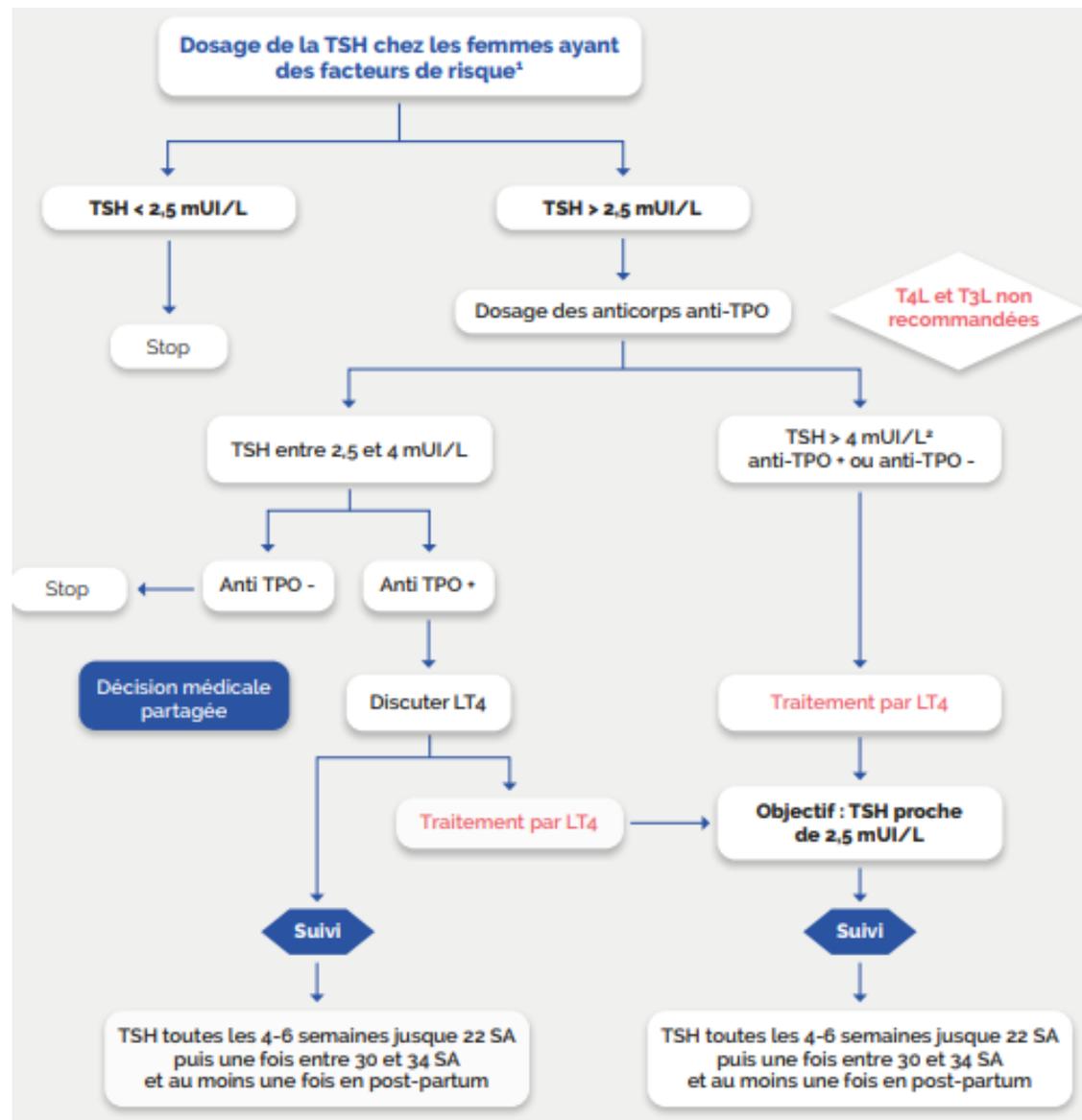


Scannez pour retrouver l'arbre décisionnel



# Arbre décisionnel (3)

Scannez pour retrouver l'arbre décisionnel



# Traitement LT4 en cours et début de grossesse

- C préconceptionnelle
- Augmenter la dose de 20 à 30% dès le début de la grossesse et surveillance TSH (4 à 6 semaines)
- LT3 contre-indiquée pendant la grossesse. (C préconceptionnelle)



## Situation clinique (2)

Christian, 82 ans, était très fatigué ces temps-ci sans explication évidente. Examen clinique parfaitement normal.

HTA équilibrée sous IEC depuis 10 ans, sans complications.

Dans le bilan de débrouillage, TSH : 8 mUI/L

Le labo lui a dit de venir vous consulter (?) pour « traitement de sa thyroïde ».

**Vous traitez ?**



Oui ?



Non ?

**Votez !**

# Indication du dosage de TSH après 65 ans

## Signes cliniques

- Signes concordants d'hypothyroïdie
- Situations cliniques inexplicées
  - Décompensation cardiaque
  - Déclin cognitif
  - Syndrome anxiodépressif
  - Constipation opiniâtre
  - AEG

## Surveillance systématique

- Traitement par Amiodarone, Lithium
  - Avant traitement
  - 3 mois après le début
  - Tous les 6-12 mois

# Bornes de valeurs de références adaptées à l'âge

Bornes supérieures de la valeur de référence de la TSH :

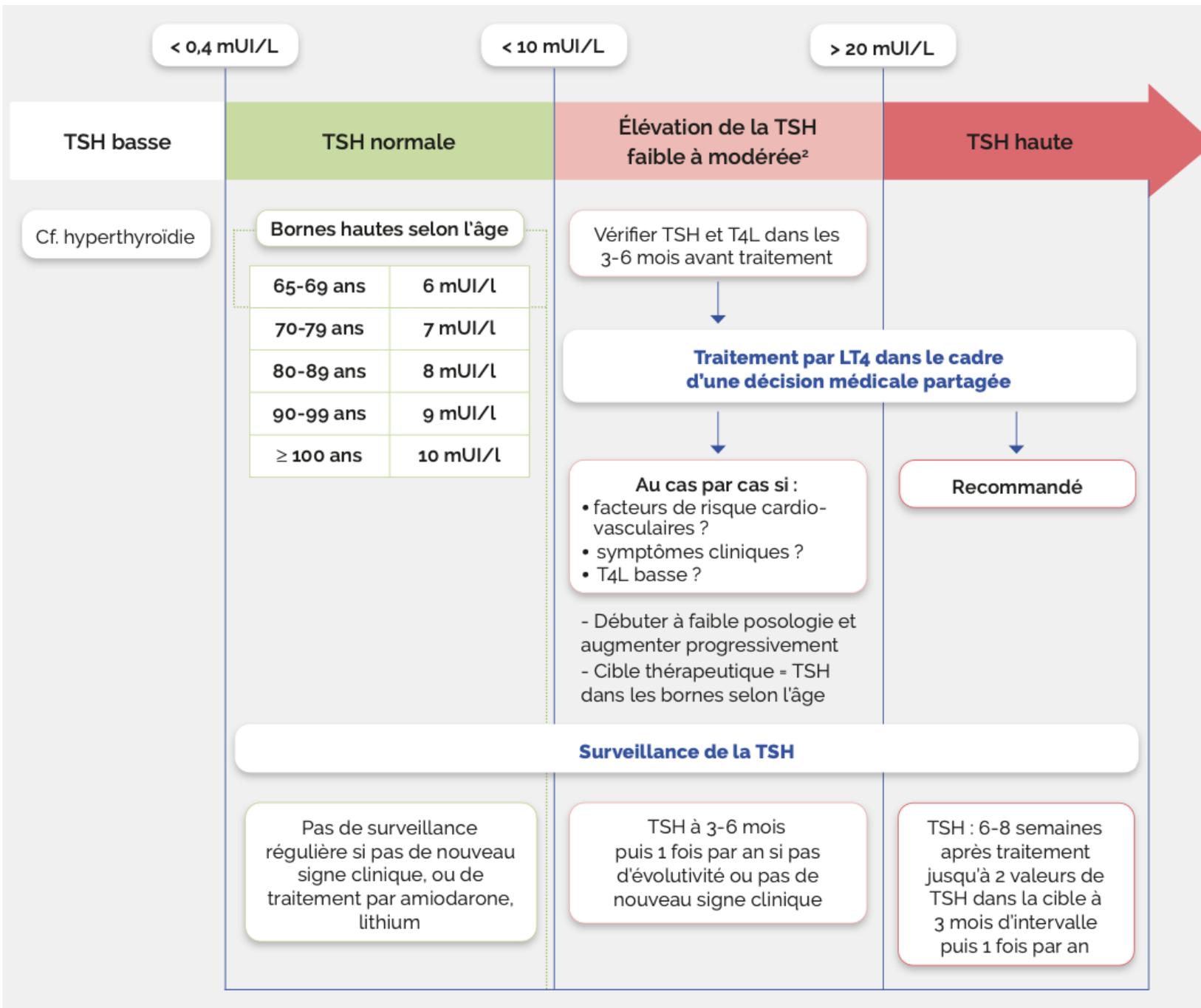
- 60-69 ans : **6** mUI/L
- 70-79 ans : **7** mUI/L
- 80-89 ans : **8** mUI/L
- 90-99 ans : **9** mUI/L
- 100 ans et plus : **10** mUI/L

Surveillance biologique : **NON**, sauf :

- point d'appel clinique
- Traitement Amiodarone ou Lithium

# Quand traiter après 65 ans ?

- **TSH > 20 mUI/L : OUI**
- **TSH < 10 mUI/L : NON**
- **TSH entre 10 et 20 mUI/L :**
  - décision médicale partagée
  - surveillance TSH T4L dans 3-6 mois
  - dépend du contexte (T4L basse ? S Cliniques ? FR CV ?)
- Début du traitement : faible dose, augmentation progressive



**Dosage TSH à distance d'un événement intercurrent**

*Scannez pour retrouver l'arbre décisionnel*



# Partie IV – Hyperthyroïdie chez l'adulte en population générale

Pr Jean-Michel Petit

*Présentation enregistrée*

# Partie V – Questions & Réponses

# Merci pour votre attention

Retrouvez les productions du CMG sur  
<https://lecmg.fr/productions-du-cmg>

Retrouvez  
les travaux de la HAS sur

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



Ne manquez pas le **webinaire HAS**  
**Hypothyroïdies, Hyperthyroïdies :**  
**quelle prise en charge?**  
**25 avril, 20h-21h**

*Scannez pour  
vous inscrire*



*Posez dès à présent  
vos questions !*