

16^E CONGRÈS
MÉDECINE
GÉNÉRALE
FRANCE




Organisé par COLLÈGE
de la MÉDECINE
GÉNÉRALE 

VOYAGEZ DANS L'UNIVERS DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

congresmg.fr
f t in y #CMGF2023

23 - 25
MARS
2023
PARIS
PALAIS DES CONGRÈS

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*

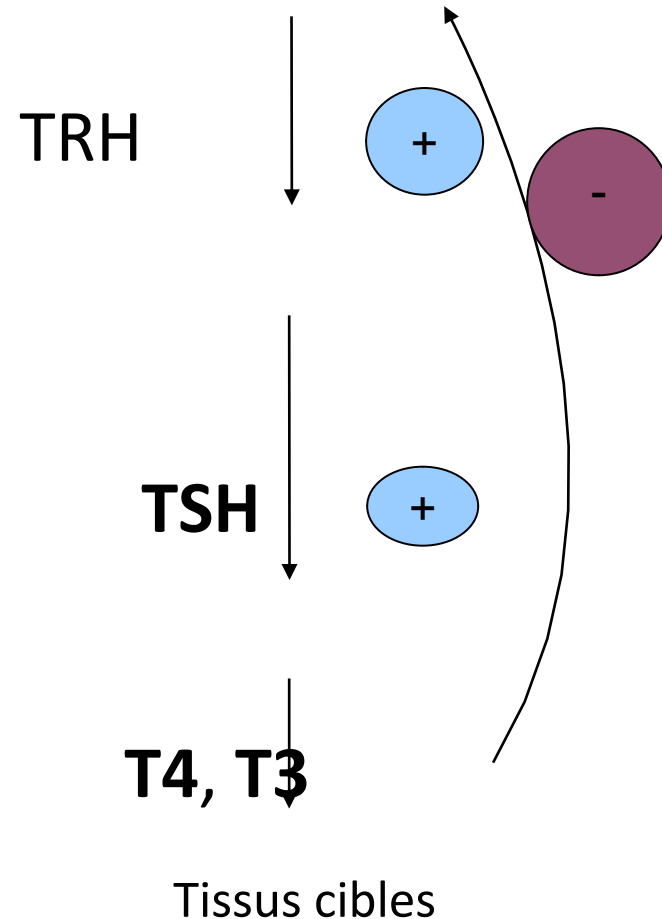


Partie II – Hypothyroïdies en population générale

Pr Philippe Cornet

Axe thyroïdienne

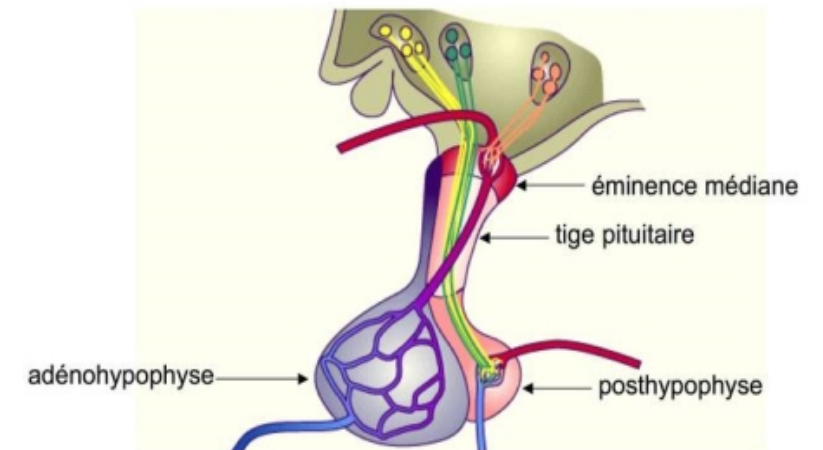
- Hypothalamus



- Antéhypophyse

- Thyroïde

Axe hypothalamo-hypophysio-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 +)

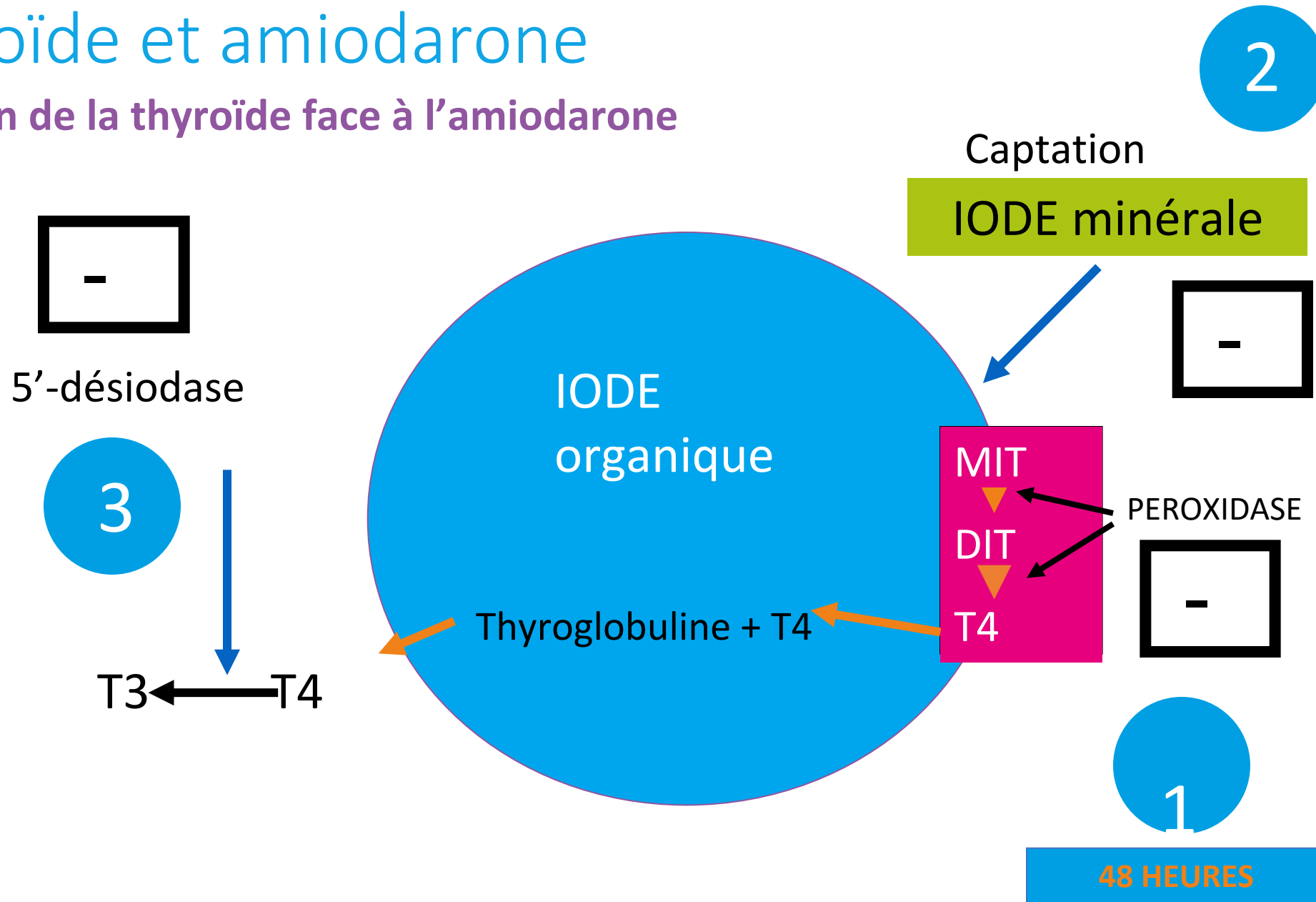
Si TSH < 10 mUI/L. Décision médicale partagée (renvoi aux questions)

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 ≥ 40 kg/m²
- 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 ?

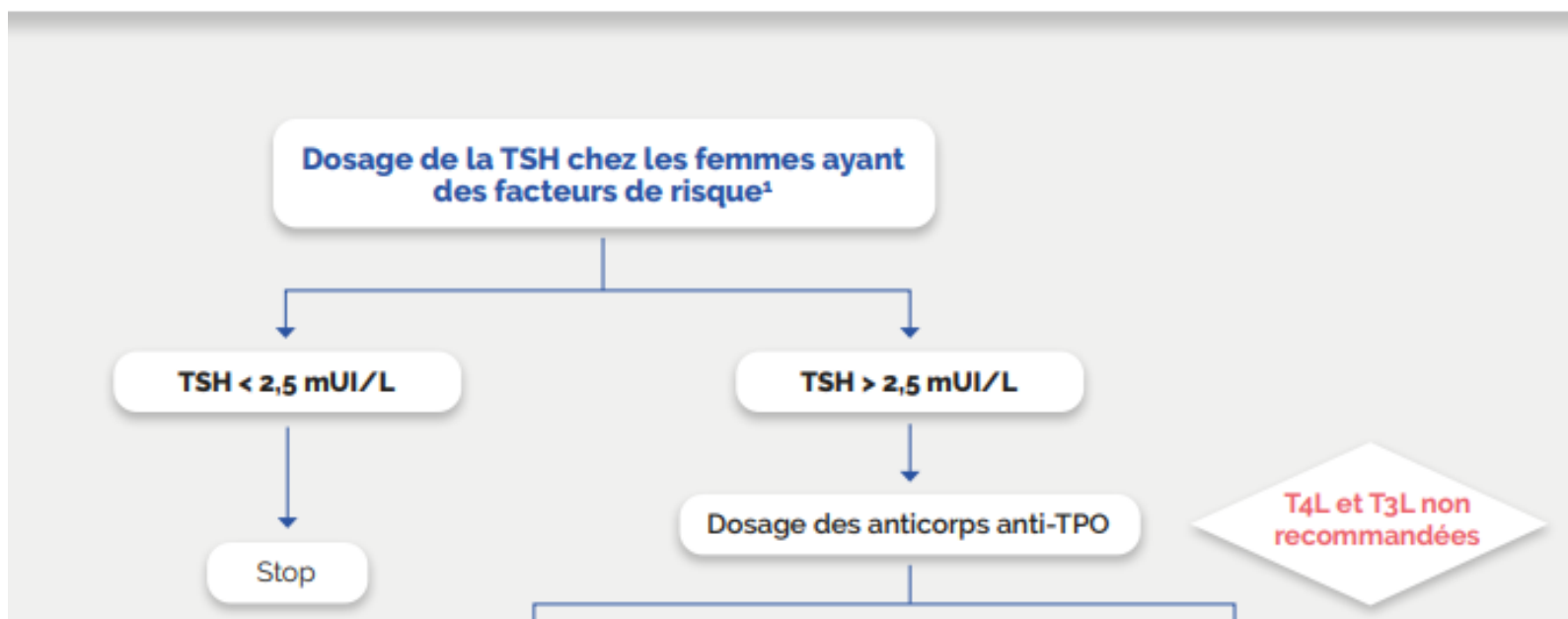
Votez !

Arbre décisionnel (1)

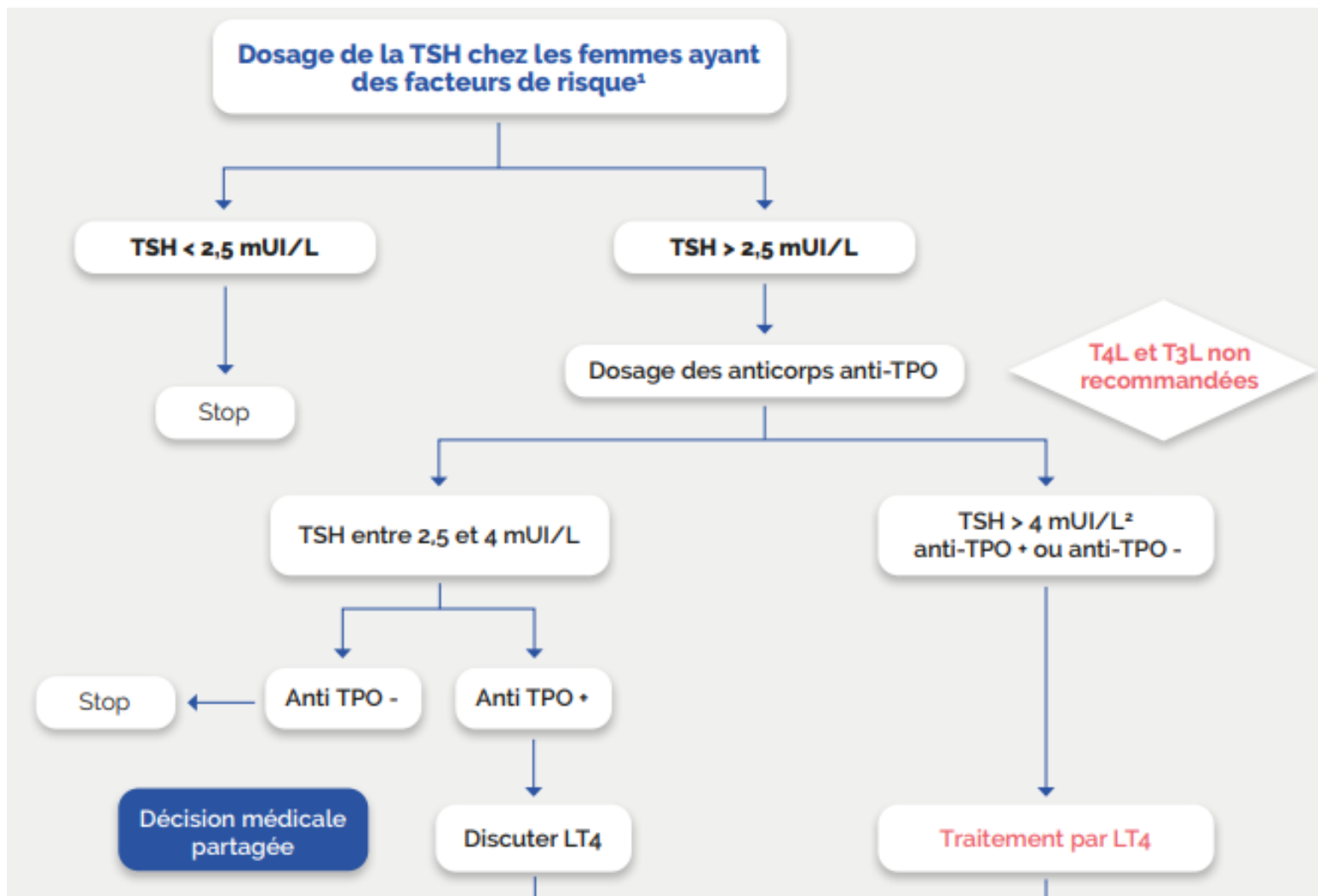
Scannez pour
retrouver l'arbre
décisionnel



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



Arbre décisionnel (2)

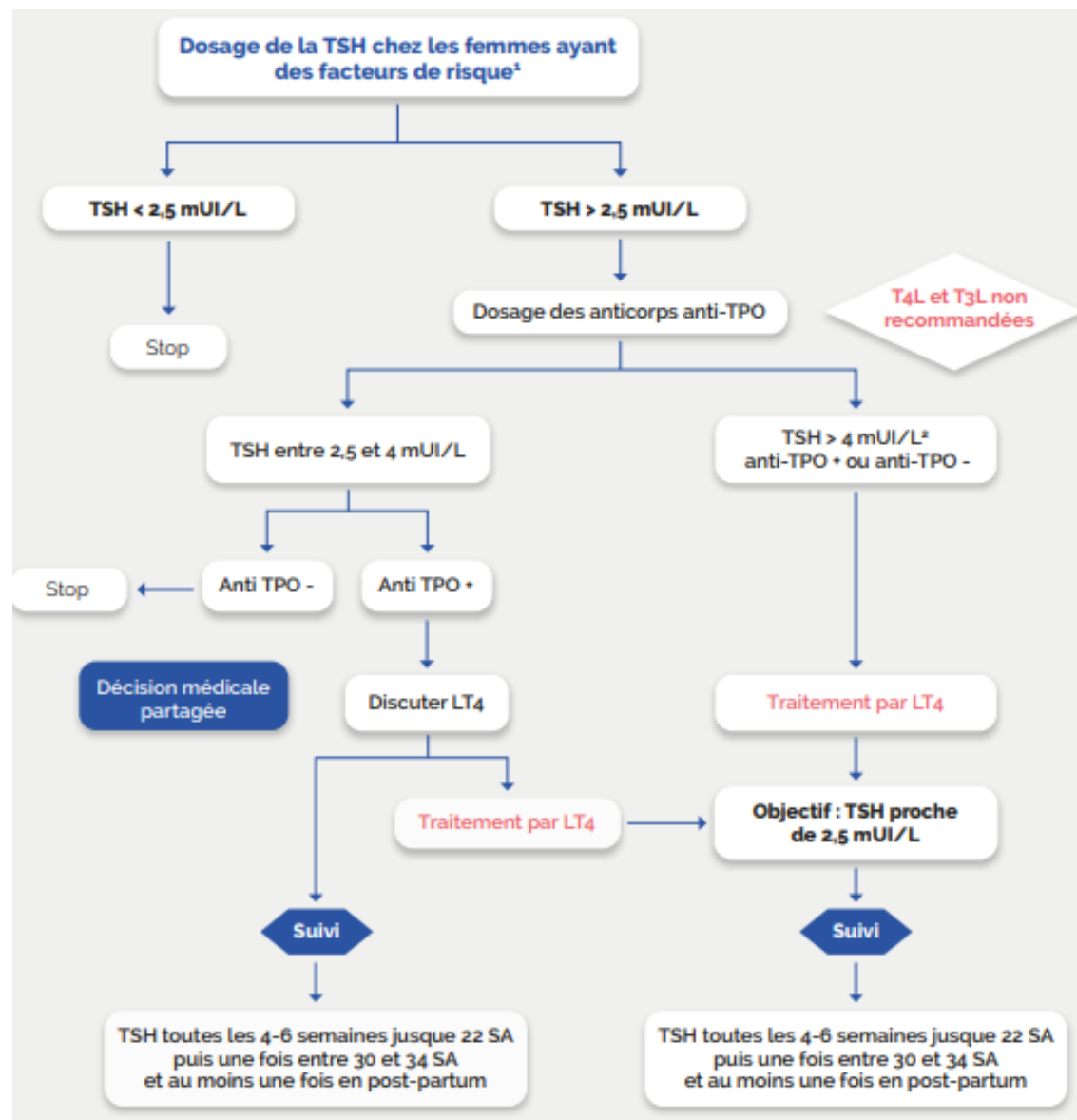


Scannez pour retrouver l'arbre décisionnel



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 :

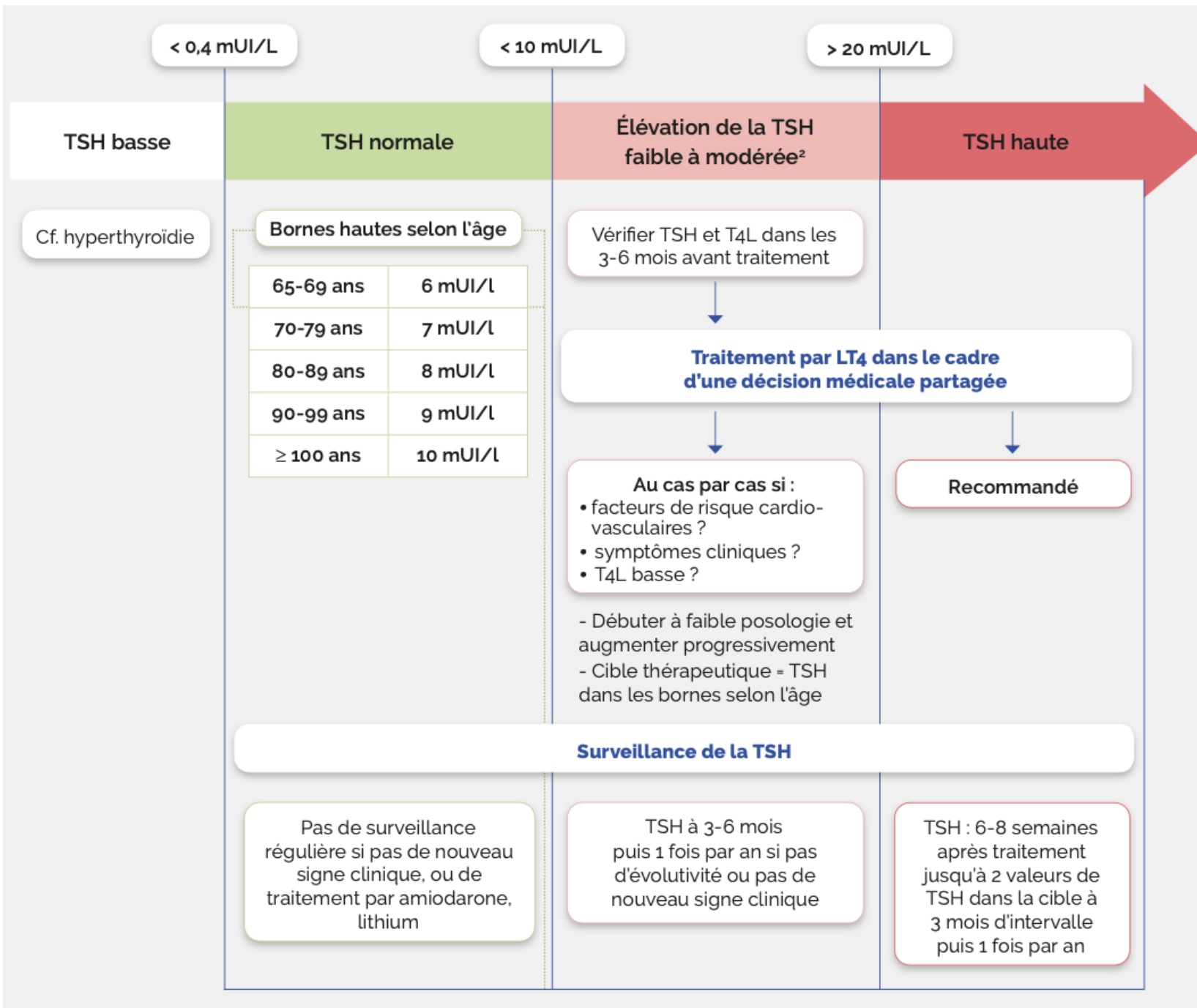
- 60-69 ans : **6** mUI/L
- 70-79 ans : **7** mUI/L
- 80-89 ans : **8** mUI/L
- 90-99 ans : **9** mUI/L
- 100 ans et plus : **10** mUI/L

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



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 !*