

Hypothyroïdie

Fmc 12 novembre 2023

C Trinel

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Prise en charge des hypothyroïdies chez l'adulte

Population générale, personnes
âgées de plus de 65 ans, femmes
enceintes

Mme T, 25 ans, 75kg, 1m65

- ▶ Fatigabilité, tristesse de l'humeur
- ▶ Constipation
- ▶ +2kg

=examen(s) complémentaire(s)?

1. TSH
2. FT3
3. FT4
4. Anticorps anti TPO
5. Anticorps anti Récepteur de la TSH
6. Echographie

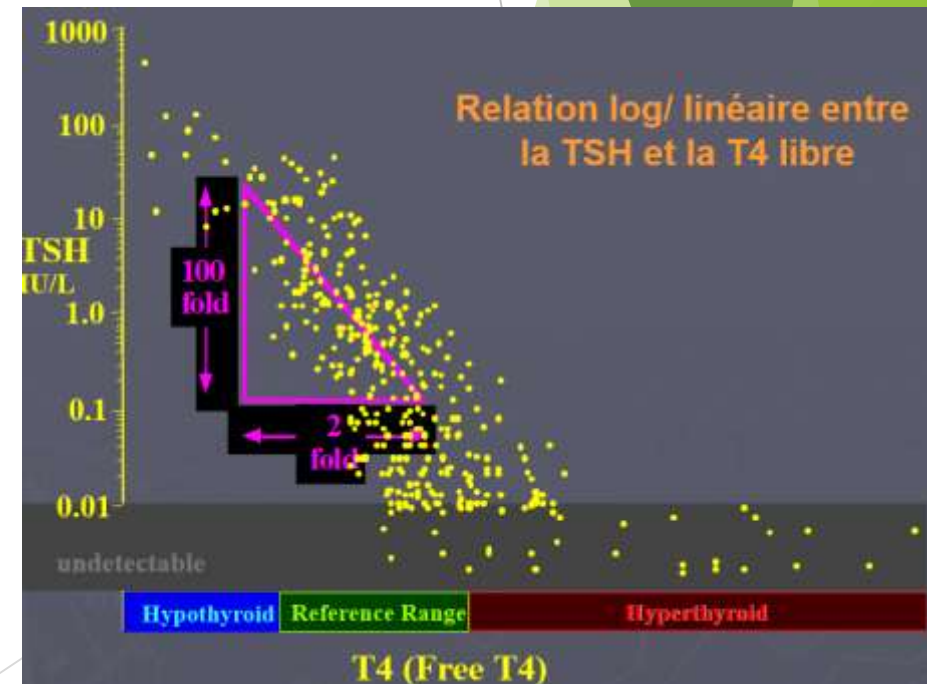


Mme T, 25 ans, 75kg, 1m65

- ▶ Fatigabilité, tristesse de l'humeur
- ▶ Constipation
- ▶ +2kg

=examen(s) complémentaire(s)?

1. **TSH** : seul examen en 1^e intention
2. FT3
3. FT4
4. Anticorps anti TPO
5. Anticorps anti Récepteur de la TSH
6. Echographie



Mme T, 25 ans, 75kg, 1m65, TSH = 25m



Examens complémentaires?

1. FT3
2. FT4
3. Anticorps anti TPO
4. Anticorps anti Récepteur de la TSH
5. Echographie
6. Scintigraphie
7. Rien
8. Contrôle à distance
9. Consultation endocrinologue?

Mme T, 25 ans, 75kg, 1m65, TSH = 25m



Examens complémentaires?

1. FT3
2. FT4
3. Anticorps anti TPO (Une fois au diagnostic, ne pas renouveler)
4. Anticorps anti Récepteur de la TSH
5. +/- Echographie si anomalie palpation/goitre
6. Scintigraphie
7. Rien
8. Contrôle à distance
9. Consultation endocrinologue = si goitre ou nodules, ou difficultés ttt

Mme J, 25 ans, 50kg, 1m65,
TSH:4.5mU/l

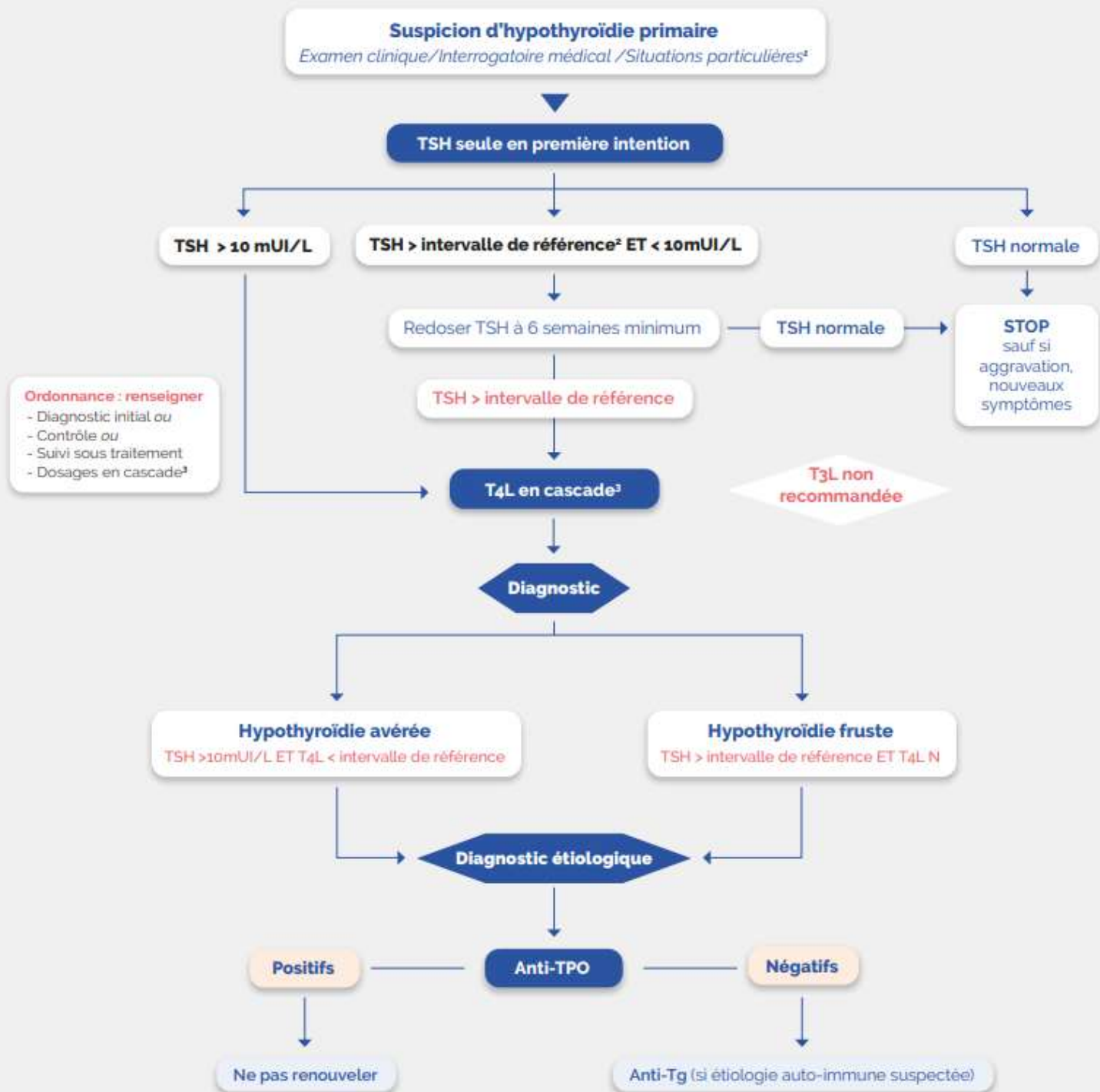
1. FT3
2. FT4
3. Anticorps anti TPO
4. Anticorps anti Récepteur de la TSH
5. Echographie
6. Scintigraphie
7. Rien
8. Contrôle à distance



Mme J, 25 ans, 50kg, 1m65,
TSH:4.5mU/l

1. FT3
2. FT4
3. Anticorps anti TPO
4. Anticorps anti Récepteur de la TSH
5. Echographie
6. Scintigraphie
7. Rien
8. **Contrôle à distance :TSH à 6 semaines**





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

Mme T, 25 ans, 75kg, 1m65,
TSH = 30mU/l, FT4: 6,7ng/l(7-14)

- ▶ Quel traitement?
- ▶ Quelle dose?
- ▶ Quelle surveillance?



Mme T, 25 ans, 75kg, 1m65,
TSH = 30mU/l, FT4: 6,7ng/l(7-14)

► Quel traitement?

En 1^e intention: L-Thyroxine (T4) = Levothyrox, L-Thyroxine Henning, Thyrofix, L thyroxine gouttes, T -caps, soludose

- Bioéquivalents mais marge thérapeutique étroite
- Ne pas changer la formulation ou contrôle à 6 semaines
- différences conservation, remboursement

Pas de place pour la T3 (Liothyronine) en 1^e intention (cynomel , euthyral)



Mme T, 25 ans, 75kg, 1m65,
TSH = 30mU/l, FT4: 6,7ng/l(7-14)

Quelle dose?

- ▶ cible 1,6µg/kg/ jour

Hypothyroïdie avérée, absence de pathologies CV: d'emblée dose cible
ou un peu moins



Mme T, 25 ans, 75kg, 1m65, TSH =
25mU/l FT4: 8ng/l



Quelle surveillance?

- ▶ TSH à 6-8 semaines
- ▶ Puis annuelle si RAS

- ▶ Objectif: TSH dans la norme
- ▶ Adaptation par 12 μ g ou 25 μ g en fonction de la dose cible et de la TSH

!!! Cas particulier de la thyroïdectomie !!!

- ▶ Pathologie bénigne : Dose substitutive
- ▶ LTX 1,6 μ g/kg
- ▶ Objectif TSH dans la norme (0,4 -4)

- ▶ Carcinome thyroïdien : dose freinatrice
- ▶ LTX 2 μ g/kg
- ▶ Objectif TSH <0,1 si non guéri, ou 0,2-2 si critères de rémission atteints (indiqué par endoc)

Docteur, ça ne marche pas

Quelques temps plus tard :

- ▶ continue à prendre du poids,
- ▶ Reste fatiguée malgré supplémentation carence en fer
- ▶ TSH toujours à 15 mU/l

Quelles pistes ?



Docteur, ça ne marche pas



Quelles pistes?

- ▶ Prise de poids? Modification dose cible
- ▶ Interaction médicamenteuse:
 - ▶ Espacé d'au moins 2h avec ttt susceptible de diminuer l'absorption (calcium, fer, IPP...)
- ▶ heure de la prise
 - ▶ A prendre le matin 30 minutes (idéalement 60Min !) avant prise alimentaire pour favoriser absorption
 - ▶ (alternative: au coucher, 3h après repas)
- ▶ Observance +++
- ▶ Mal absorption: gastrite, maladie cœliaque

	Levothyrox Comprimé alésable (Merck)	L-Thyroxine Serb Solution en gouttes (Serbi)	L-Thyroxin Hanning Comprimé alésable (Senof)	Thyrofix Comprimé non alésable (Eurodes Pharma)	TCAPS Capsule mâle (Laboratoires Genevrier)	TSOLUOSE Solution en unidoses
EXCIPIENTS À EFFET NOTOIRE						
Alcool éthylique à 95%		●				
Huile de ricin hydrogénée			●			
Huile de ricin hydrogénée polyoxyéthylanée		●				
EXCIPIENTS						
Gélatine	●				●	
Acide citrique anhydre	●					
Amidon de maïs	●		●			
Amidon de maïs pré-gélatinisé			●			
Cellulose microcristalline			●	●		
Cellulose poudre				●		
Croscarmellose sodique	●			●		
Mannitol	●					
Propylène glycol		●				
Silice colloïdale anhydre			●	●		
Carbonate de sodium anhydre			●			
Thiosulfate disodique			●			
Stéarate de magnésium	●			●		
Eau purifiée					●	
Glycérol					●	●

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Madame J, 25 ans, 50 kg, antécédent d'hypothyroïdie fruste Souhait de grossesse

- ▶ Quelles explorations?
- ▶ Dans quelles situations instaurer un traitement?



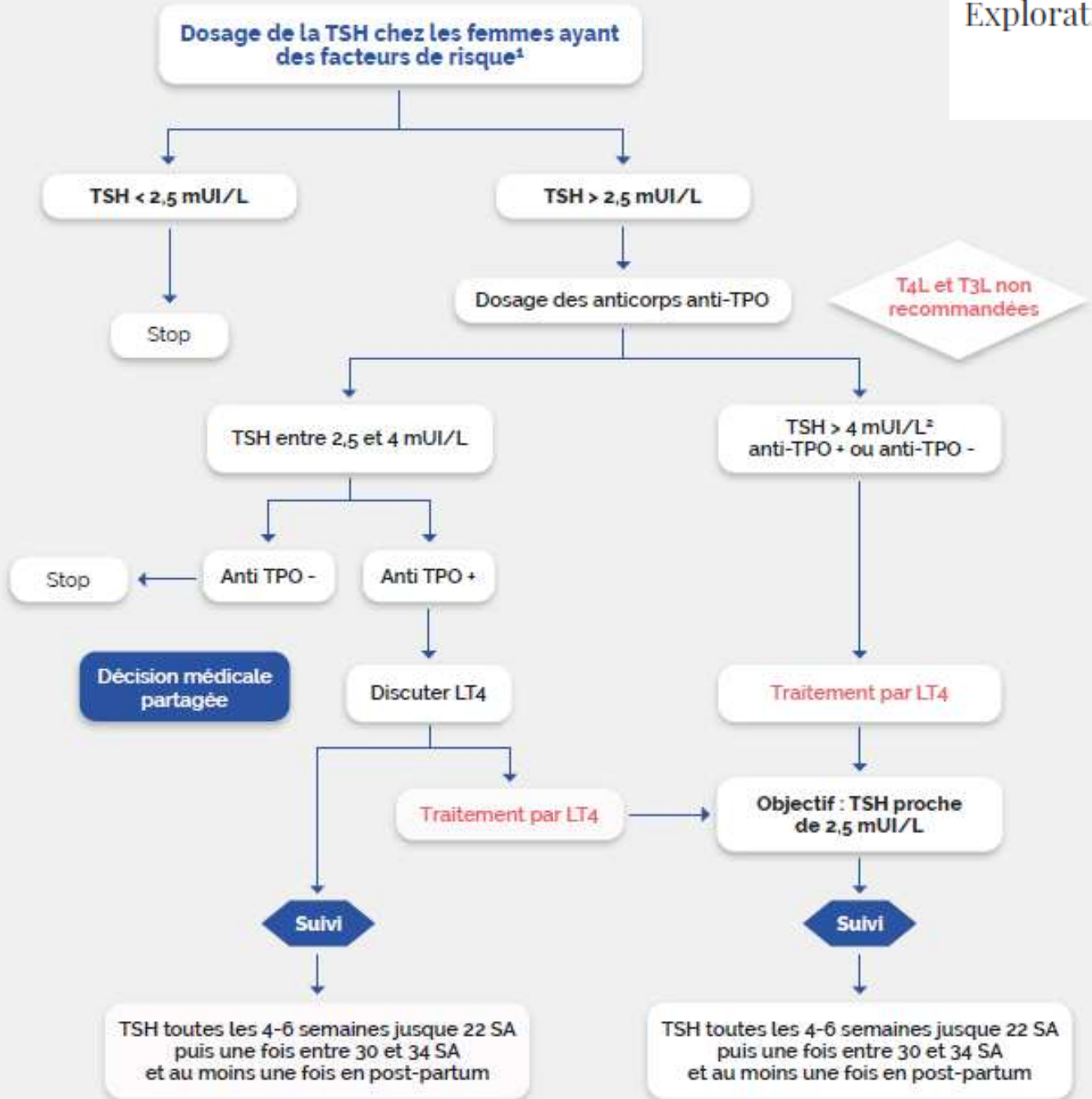
Madame J, 25 ans, 50 kg, antécédent d'hypothyroïdie fruste Souhait de grossesse

- ▶ TSH
- ▶ Anticorps anti TPO

- ▶ Mise en route d'un traitement si TSH >4
- ▶ Objectif : TSH < 2,5
- ▶ Surveillance
 - ▶ TSH toutes les 4-6 semaine jusqu' à 22 SA
 - ▶ une fois entre 30 et 34 SA
 - ▶ contrôle dans le PP



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



Et moi, Docteur, si je veux une grossesse?



Et moi, Docteur, si je veux une grossesse?



- ▶ Augmentation de la L Thyroxine de 20 à 30% dès le diagnostic de la grossesse
= augmenter de 25 à 50 $\mu\text{g}/\text{j}$ selon le dosage
ou prendre le double de la dose habituelle 2 fois dans la semaine

▶ Surveillance

- ▶ TSH toutes
- ▶ les 4-6 semaine jusqu' à 22 SA
- ▶ une fois entre 30 et 34 SA
- ▶ contrôle dans le PP

Grossesse physiologique:

- Augmentation pool d'hormone thyroïdiennes libres
- Augmentation production hormones thyroïdienne
- Augmentation besoin en iode
- Augmentation volume thyroïde

Monsieur P, 75 ans, cardiopathie ischémique stable, constipation, TSH 8mU/l



Monsieur P, 75 ans, 80 kg cardiopathie
ischémique stable, constipation, frilosité, **TSH**
8mU/l



Explorations

1. TSH à 3 mois
2. TSH, FT4, anticorps anti TPO,
3. Echo
4. Rien

Traitement

1. L thyroxine 25µg
2. L Thyroxine par palier jusqu' à 125µg
3. Rien

Monsieur P, 75 ans, 80 kg cardiopathie
ischémique stable, constipation, frilosité
8mU/l

TSH



Explorations

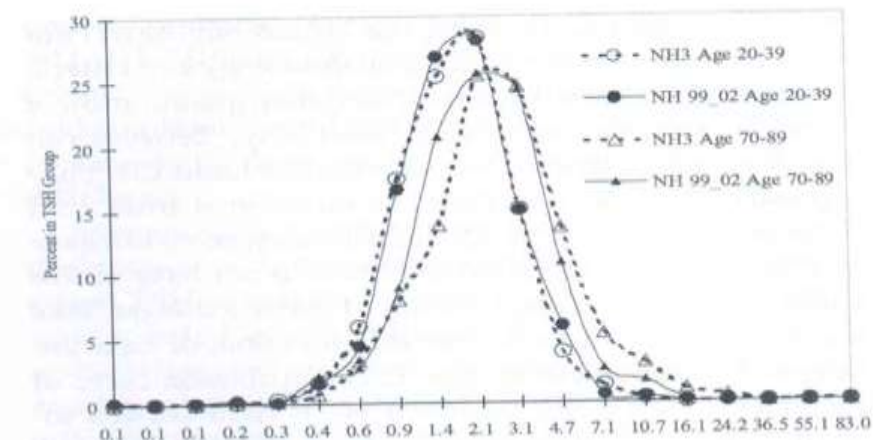
1. TSH à 3 mois (éventuellement car symptômes)
2. TSH, FT4, anticorps anti TPO,
3. Echo
4. Rien

Traitement

1. L thyroxine 25µg
2. L Thyroxine par palier jusqu' à 125µg
3. Rien

Bornes hautes selon l'âge

65-69 ans	6 mUI/l
70-79 ans	7 mUI/l
80-89 ans	8 mUI/l
90-99 ans	9 mUI/l
≥ 100 ans	10 mUI/l



Monsieur P, 75 ans, 80 kg cardiopathie
ischémique stable, constipation, frilosité, **TSH**
25mU/l



Explorations

1. TSH à 3 mois
2. TSH, FT4, anticorps anti TPO,
3. Echo
4. Rien

Traitement

1. L thyroxine 25 μ g
2. L Thyroxine par palier jusqu' à 125 μ g
3. Rien

Monsieur P, 75 ans, 80 kg cardiopathie
ischémique stable, constipation, frilosité, **TSH**
25mU/l



Explorations

1. TSH à 3 mois
2. **TSH, FT4**, anticorps anti TPO,
3. **Echo Si goitre et état général correct**
4. Rien

Traitement

1. L thyroxine 25µg
2. L Thyroxine par palier jusqu' à 125µg
3. **L Thyroxine par palier jusqu' à 88 µg (1µg/kg)**
4. Rien

Monsieur P, 75 ans, cardiopathie ischémique stable, constipation, TSH 15 mU/l



↓

Au cas par cas si :

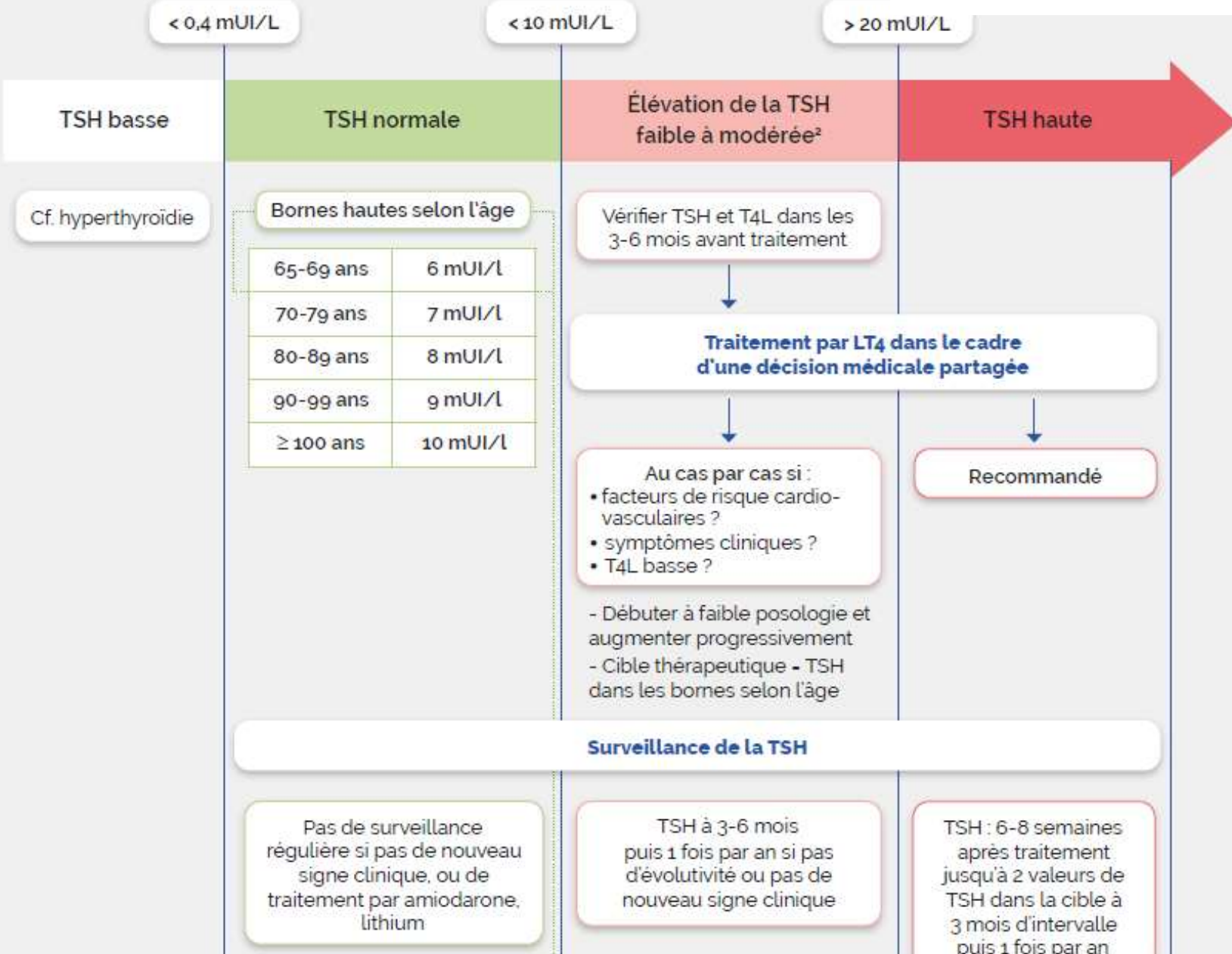
- facteurs de risque cardio-vasculaires ?
- symptômes cliniques ?
- T4L basse ?

- Débuter à faible posologie et augmenter progressivement
- Cible thérapeutique - TSH dans les bornes selon l'âge

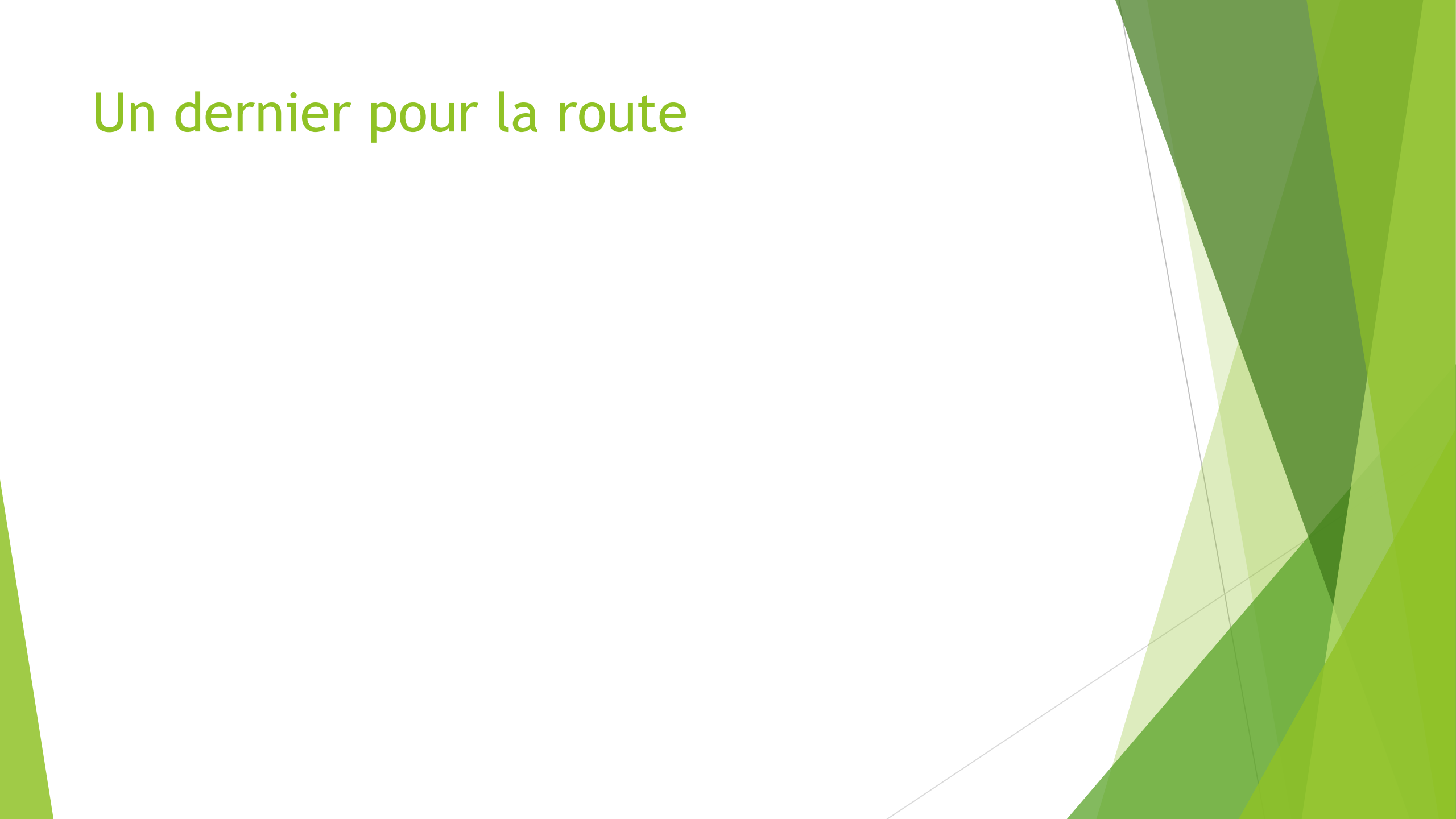
Dosage de TSH dans certaines situations⁴

À distance d'un évènement intercurrent

Hypothyroïdie primaire chez la personne âgée de plus de 65 ans



Un dernier pour la route



Mr C, 45 ans ACFA, mis sous cordarone par son cardiologue

Quelle surveillance?



Mr C, 45 ans ACFA, mis sous cordarone par son cardiologue



Quelle surveillance?

=TSH

- ▶ au diagnostic
- ▶ à 3-6 mois
- ▶ Puis tous les 6 à 12 mois

SI élévation: traitement par L Thyroxine selon mêmes algorithmes
ne pas arrêter la cordarone

Conclusion

- ▶ Désescalade examens complémentaire et traitement
- ▶ S'adapter à l'âge du patient
- ▶ Traitable par le médecin traitant seul dans de nombreux cas
- ▶ Recours au spécialiste
 - ▶ Echographie anormale :Goitre+thyroïdite, nodules significatifs
 - ▶ Difficulté d'adaptation du traitement
 - ▶ Cas litigieux, doute sur indication de traitement

