



L'hyperthyroïdie subclinique... doit-on la traiter?

Harold Dion, MD, CCMF, FCMF

Le cas de Mme Boucher

Une de vos patientes, âgée de 60 ans, se plaint de palpitations.

Son examen clinique est essentiellement normal, à l'exception de son pouls qui est irrégulier à 120 battements/minute, ainsi que la présence d'un goitre (déjà documenté dans son dossier), depuis un certain temps.

L'investigation révèle un taux de la thyrotropine (TSH) $< 0,05$ mUI/L, ainsi que des concentrations normales de la thyroxine (T4) libre et de la triiodothyronine (T3) totale.

Devriez-vous initier un traitement pour la dysfonction thyroïdienne chez cette patiente?

Qu'est-ce que l'hyperthyroïdie subclinique?

L'hyperthyroïdie subclinique se définit par la présence d'un taux indétectable de la thyrotropine (mesurée par une analyse ayant un seuil de détection $\leq 0,1$ mUI/L), ainsi que des concentrations normales de la thyroxine (T4) libre et de la triiodothyronine (T3) totale. Elle est également classée comme étant endogène, ou exogène. (tableau 1)

Comment procéder à l'investigation?

En plus des dosages d'hormones thyroïdiennes, l'examen clinique doit rechercher la présence d'une tachycardie, de palpitations, d'un goitre, d'une ophtalmopathie ou d'un myxoedème pré tibial. Puis, on complète souvent l'investigation avec une scintigraphie/captation (technétium-99m ou iode-123) afin de préciser la cause. Enfin, un dosage des anticorps contre les récepteurs de la thyrotropine peut être utile, dans certains cas.

Que nous révèle la littérature scientifique?

Le taux de progression de l'hyperthyroïdie subclinique vers l'hypothyroïdie franche est estimé à 5 % par année, chez les patients avec un goitre multinodulaire. Ce taux est probablement plus élevé avec l'administration d'iode dans les régions où le goitre est



Le **Dr Dion** est médecin de famille, Clinique médicale l'Actuel, Montréal. Il est également président du conseil d'administration du Collège québécois des médecins de famille.

Copyright © 2005, Collège québécois des médecins de famille
Vente et distribution commerciale interdites
L'utilisation non autorisée est prohibée. Les droits de reproduction, de traduction, de reproduction, de téléchargement, d'affichage, de visualisation et d'impression sont réservés à l'éditeur.

endémique, ou encore avec l'utilisation de l'amiodarone, qui est un médicament antiarythmique contenant de l'iode.

De plus, le risque d'embolie systémique chez les patients souffrant d'une fibrillation auriculaire, accompagnée d'une hyperthyroïdie subclinique, est inconnu et les données à l'effet que l'hyperthyroïdie subclinique soit un facteur de risque pour l'ostéoporose sont non concluantes.

Quelles sont les recommandations de traitement?

• Hyperthyroïdie subclinique

Lorsque la cause de l'hyperthyroïdie subclinique est inconnue, malgré une investigation appropriée, les tests de la fonction thyroïdienne peuvent être répétés après 8 semaines. Un taux de la

TSH normal ou élevé, à ce moment, suggérera la récupération d'une maladie non thyroïdienne ou encore la phase hypothyroïdienne de la thyroïdite. Si les taux demeurent inchangés, vous avez le choix entre faire l'essai d'un médicament antithyroïdien ou de poursuivre un suivi clinique étroit.

Le taux de progression de l'hyperthyroïdie subclinique vers l'hypothyroïdie franche est estimé à 5 % par année chez les patients avec un goitre multinodulaire.

Tableau 1

Causes de l'hyperthyroïdie subclinique

Causes endogènes :

- Maladie de Graves-Basedow
- Goitre multinodulaire
- Adénome solitaire
- Thyroïdite subaiguë ou silencieuse (première phase) ou postpartum

Causes exogènes :

- Prise d'hormones thyroïdiennes
- Prise d'iode

Autres:

- Prise de médicaments (amiodarone, dopamine, corticostéroïdes)
- Hypothyroïdisme central

• Hyperthyroïdie subclinique exogène

Chez les patients avec une hyperthyroïdie subclinique exogène, la dose de la thyroxine peut être diminuée de façon abrupte à un niveau plus approprié (à l'exception de ceux ayant des antécédents de cancer thyroïdien, chez qui il est préférable de supprimer la TSH). Chez la minorité des patients qui se sentent mieux avec une dose suppressive de la thyroxine, une dose sous-thérapeutique est acceptable, en autant que la concentration sérique de la triiodothyronine demeure dans les limites de la normale.

• Hyperthyroïdie subclinique endogène

En ce qui concerne les patients avec une hyperthyroïdie subclinique endogène qui n'ont pas de goitre nodulaire, ni de complications causées par

un excès d'hormones thyroïdiennes, le traitement n'est pas nécessaire. Cependant, les tests de la fonction thyroïdienne doivent être effectués tous les 6 mois, en n'oubliant pas que la concentration de la triiodothyronine peut devenir élevée, avant celle de la thyroxine.

• **Patients symptomatiques**

Pour les patients symptomatiques, l'essai d'une faible dose d'un médicament antithyroïdien, tel que la méthimazole (5 à 10 mg) pendant 6 mois, peut être tenté. Si cette approche s'avère efficace, une thérapie à l'iode-123 peut être envisagée.

• **Femmes enceintes**

Pour les femmes qui souhaitent devenir enceintes, le propylthiouracile (PTU), à raison de 50 mg PO bid, est plus approprié, car des cas d'aplasie cutis fœtale et d'atrésie choanale ont été observés avec l'utilisation de la méthimazole.

• **Patients âgés**

Chez les patients plus âgés avec une fibrillation auriculaire ou atteints d'ostéoporose, la thérapie à l'iode-123 représente la meilleure option initiale.

• **Nodule thyroïdien**

Enfin, le traitement des patients atteints d'une maladie thyroïdienne nodulaire est fréquemment justifié, si l'on considère le taux de progression anticipée vers l'hyperthyroïdie franche. *Clin*

Le traitement de Mme Boucher

Concernant la patiente décrite dans la vignette, celle-ci souffre à la fois d'un goitre et d'une fibrillation auriculaire, ce qui représente deux indications de traitement.

Un médicament antithyroïdien, tel que la méthimazole, peut être prescrit pour rétablir le taux de la TSH à une valeur normale, le plus rapidement possible et par la même occasion, traiter la fibrillation auriculaire.

L'administration de la warfarine est également indiquée à cause du risque d'embolie systémique. Un suivi étroit de la dose est essentiel, car les patients avec une hyperthyroïdie subclinique ou franche sont plus sensibles à l'effet anticoagulant de la warfarine, que les patients euthyroïdiens.

Si un rythme sinusal n'est pas obtenu quatre mois après la normalisation du taux de la TSH, une cardioversion devrait être effectuée.

Enfin, le traitement à l'aide d'une dose ablative d'iode-123, sera alors indiqué.

Erratum

Une erreur de transcription s'est malheureusement produite dans l'article de septembre 2005 « S.O.S hypothyroïdie subclinique : thyroxine à la rescousse! » du Dr Dion.

À la page 23, la dose initiale par jour de thyroxine pour normaliser le taux de la thyrotropine sérique est bien de **0,05 à 0,075 mg (ou 0,5 à 0,75 µg)** et non, comme il était indiqué, de 0,5 à 0,75 mg.

Veuillez nous excuser cette erreur.