

SYNTHESE

Prise en charge des hyperthyroïdies chez l'adulte

Population générale

Validée par le Collège le 15 décembre 2022

Cette fiche de synthèse porte sur les hyperthyroïdies primaires dans leur forme fruste ou avérée ; elle n'aborde pas les hyperthyroïdies d'origine centrale. Elle concerne la population générale adulte.

Pour des informations détaillées et complètes, le texte des recommandations est disponible sous : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/recommandation_prise_en_charge_des_hyperthyroidies_chez_ladulte_mel.pdf

Hyperthyroïdie en population générale

Définitions

Hyperthyroïdie avérée : TSH basse¹ souvent indétectable - T4L élevée.

Hyperthyroïdie fruste (forme pauci- ou asymptomatique) : TSH abaissée - T4L et T3L dans l'intervalle de référence du laboratoire².

Hyperthyroïdie à T3L : TSH basse souvent indétectable, T4L dans l'intervalle de référence du laboratoire, T3L élevée.

Quand évaluer la fonction thyroïdienne ?

- En cas de symptômes évocateurs d'hyperthyroïdie ;
- En cas de symptômes non spécifiques et d'antécédents personnels ou familiaux de maladie auto-immune (diabète de type 1), de maladie thyroïdienne (maladie de Basedow), d'anxiété/dépression non expliquée ;
- En cas de :
 - diagnostic de fibrillation auriculaire ;
 - prise de médicaments comme amiodarone, lithium ;
 - désir de grossesse ou grossesse en cas de facteurs de risques.
- Cette évaluation n'est pas recommandée :
 - chez les individus asymptomatiques ;

¹ Une TSH basse correspond à une concentration de TSH < l'intervalle de référence du laboratoire.

² L'intervalle de référence peut varier selon les kits de dosage utilisés par les laboratoires.

- en cas d'hospitalisation, de maladie en phase aiguë sans lien avec une pathologie thyroïdienne (le résultat peut être faussé).

Quelles explorations biologiques à visée diagnostique ?

- En première intention : TSH seule.
- En seconde intention : T4L en cascade³ :
 - si la TSH est d'emblée indétectable ($< 0,1$ mUI/L) ;
 - si la TSH est confirmée basse (entre 0,1 et 0,4 mUI/L) à 6 semaines d'intervalle.
- En troisième intention : T3L en cascade si la T4L est dans l'intervalle de référence du laboratoire et la TSH basse ou indétectable.
- ➔ Afin de limiter les prélèvements, il est fortement recommandé de prescrire et de doser TSH + T4L +/- T3L en cascade.
- Si le tableau clinique est sévère : il est possible de doser TSH + T4L d'emblée.
- La T3L n'a pas d'utilité sauf en cas d'hyperthyroïdie à T3L (ou d'hyperthyroïdie sous amiodarone).

Quelles explorations biologiques à visée étiologique ?

- En première intention pour rechercher une étiologie auto-immune et confirmer une maladie de Basedow (si tableau clinique atypique) : anticorps anti-récepteur de la TSH (TRAK).
- Les anticorps anti-thyroperoxydase (anti-TPO) n'ont pas leur place dans le diagnostic étiologique d'une hyperthyroïdie : en seconde intention après avis spécialisé.
- Le dosage de la thyroglobuline sérique peut être utile en cas de suspicion de thyrotoxicose factice.
- Les anticorps anti-thyroglobuline n'ont pas d'utilité pour explorer une hyperthyroïdie : ils sont utiles pour valider le dosage de la thyroglobuline sérique.

Quelle place pour les examens d'imagerie ?

- L'imagerie n'est pas utile :
 - en cas de forme clinique typique de maladie de Basedow, de positivité des TRAK ;
 - en l'absence de nodule ou de ganglion cervical.
- En seconde intention en cas de négativité des TRAK : scintigraphie et échographie pour rechercher :
 - un adénome toxique ;
 - un goitre multinodulaire toxique ;
 - une maladie de Basedow à TRAK négatifs ;
 - une hyperthyroïdie à scintigraphie blanche.

Quelle option thérapeutique dans le cadre d'une décision médicale partagée ?

- Une hyperthyroïdie fruste n'entraîne pas un traitement de façon systématique chez des patients asymptomatiques avec une TSH basse.

³ Un dosage en cascade est un dosage conditionnel effectué sur le même tube de prélèvement. Le dosage de la T4L est effectué par le biologiste dans un second temps en fonction de la concentration de TSH. Même principe pour la T3L et selon la concentration de T4L.

- Le traitement est envisagé en cas de pathologie cardiaque/de facteurs de risques cardiovasculaires, en cas de symptômes en lien avec un excès d'hormones thyroïdiennes, ostéoporose....
- Une hyperthyroïdie avérée est traitée par :
 - un traitement médical par antithyroïdiens de synthèse (ATS) pour contrôler les symptômes et restaurer l'euthyroïdie en y associant si nécessaire un traitement symptomatique par β -bloquants par exemple,
 - puis par un traitement étiologique après avis/consultation spécialisée pour le choix de l'option thérapeutique à plus long terme : poursuite des ATS ou irathérapie ou chirurgie, selon le contexte, les préférences du patient.

Le traitement médical par ATS

Quelles sont les indications du traitement médical par ATS ?

- En cas de premier épisode de maladie de Basedow (70% des hyperthyroïdies) :
 - en première intention : thiamazole ou carbimazole ;
 - le propylthiouracile n'est pas recommandé en contexte général mais est réservé à des situations particulières (1^{er} trimestre de grossesse, antécédents d'allergies au thiamazole ou carbimazole ...)
 - le benzylthiouracile n'est pas recommandé en première intention (contraintes de prises, tolérance hépatique moindre...)
 - durée de traitement recommandée de 12 à 18 mois.
- En cas de récurrence après l'arrêt de 12 à 18 mois d'ATS :
 - Irathérapie ou chirurgie ;
 - ATS au long cours possible en cas de contre-indications ou de refus de l'irathérapie ou de la chirurgie.
- En cas d'adénome toxique (AT) ou de goitre multinodulaire toxique (GMNT) :
 - le traitement médical par ATS n'est pas un traitement de première intention ;
 - en cas de contre-indication à l'irathérapie et à la chirurgie : faibles doses d'ATS au long court (méthimazole, thiamazole, carbimazole).

Quelles précautions/informations en cas de traitement médical par ATS ?

- Informer le patient :
 - des effets indésirables des ATS et des symptômes devant conduire à consulter rapidement (fièvre avérée, angine, ictère, selles décolorées, urines foncées,...) ;
 - des effets tératogènes possible des ATS (contraception efficace chez la femme en âge de procréer, grossesse à éviter).
- Encourager le sevrage tabagique en cas de maladie de Basedow pour limiter l'apparition ou l'aggravation d'une l'orbithopathie.

Quelle surveillance en cas de traitement médical par ATS et à l'arrêt des ATS ?

- Après le début du traitement :
 - T4L +/- T3L⁴ dans les 3 à 6 semaines ;
 - Puis toutes les 3 à 6 semaines jusqu'à normalisation de la T4L +/- T3L² ;

⁴ : Dosage de la T3L si la concentration de T3L était anormale à l'initial

- Puis TSH tous les 2 à 4 mois.
- En cas de maladie de Basedow : dosage des TRAK juste avant l'arrêt des ATS.
- Après l'arrêt des ATS : TSH entre 6 à 8 semaines, à 3 mois, à 6 mois puis à 1 an.
- Au-delà de 1 an, un suivi en milieu non spécialisé est recommandé en cas de rémission.

L'irathérapie (Iode 131)

Quelles sont les indications de l'irathérapie ?

- En première intention en cas de GMNT ou d'AT ;
- Le choix du traitement devra reposer sur une décision médicale partagée tenant compte du souhait du patient ainsi que des résultats de l'échographie et d'une scintigraphie thyroïdienne ;
- Maladie de Basedow : si persistance après 12 à 18 mois sous ATS ou en cas de récurrence.

Quelles précautions/informations en cas d'irathérapie ?

- Passage en hypothyroïdie définitive et hormonothérapie substitutive à vie par lévothyroxine ;
- Mesures de radioprotection à prendre vis-à-vis de l'entourage ;
- Possibilité de persistance de l'hyperthyroïdie nécessitant l'administration d'une deuxième gélule d'iode ou de discuter un traitement par ATS ;
- L'irathérapie :
 - N'est pas indiquée en cas de désir de grossesse à court terme (< 6 mois) ;
 - Est une contre-indication absolue en cas de grossesse et d'allaitement.

Quelle surveillance après irathérapie ?

- Consultation dans les 2 à 3 semaines ;
- TSH 1 à 2 mois après irathérapie (2 semaines si orbitopathie) puis entre 6 semaines et 3 mois pendant 6 mois, puis tous les 3 mois pendant un an ou jusqu'à apparition d'une hypothyroïdie.

La chirurgie

Quelles sont les indications de la chirurgie ?

- Maladie de Basedow, AT, GMNT : si goitre volumineux, compressif ou suspicion de malignité ;
- AT, GMNT : si iode radioactif non souhaitable, patient ne pouvant suivre les règles de radioprotection.

Quelle surveillance après une chirurgie ?

- Après thyroïdectomie totale : lévothyroxine⁵.
- Après lobectomie : TSH entre 6 et 8 semaines. Si TSH dans l'intervalle de référence du laboratoire : contrôle 6 à 12 mois après ;
- Suivi non spécialisé.

Place du médecin généraliste, place du médecin spécialiste, importance de la décision médicale partagée

- Délivrer une information claire relative à la pathologie, au traitement et au suivi dans le cadre d'une décision médicale partagée.

⁵ Se reporter à la prise en charge d'une hypothyroïdie en population générale.

- Adresser à l'endocrinologue (avec une biologie de moins de 3 mois) si :
 - Hyperthyroïdie avérée ;
 - Hyperthyroïdie fruste persistante ;
 - Hyperthyroïdie chez une femme ayant un projet de grossesse ou enceinte ;
 - Hyperthyroïdie avec discussion de traitement radical (irathérapie ou thyroïdectomie).

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Prise en charge des hyperthyroïdies chez l'adulte, décembre 2022**
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr