

Faut-il traiter l'hypothyroïdie infraclinique?

Nicolas Rodondi, éditeur FMS



Que faire face à une TSH à 8 mU/l chez une patiente âgée de 70 ans avec une légère fatigue, le reste du bilan étant normal? Devons-nous initier un traitement? Mesurer les anticorps thyroïdiens? Suivre la TSH pour détecter l'apparition d'une hypothyroïdie franche? Faire un traitement d'épreuve pour voir si la fatigue s'améliore? Que recommandent les guidelines des endocrinologues? Il faut évaluer les facteurs favorisant un traitement: la présence d'une dyslipidémie, de facteurs de risque cardiovasculaire, d'anticorps thyroïdiens positifs, d'une maladie coronarienne, de symptômes, facteurs que l'on trouvera souvent chez les patients âgés. Quelles sont les preuves soutenant cette approche? Un article de revue par M. Blum et al. dans ce numéro montre l'état actuel des connaissances sur l'hypothyroïdie infraclinique. Plusieurs études de cohorte montrent qu'elle pourrait être un facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires [1], les troubles musculaires, les troubles de l'humeur et les troubles cognitifs. Cependant, les études randomisées actuelles ne permettent pas de clarifier qui bénéficie d'un traitement.

Quelle est la pratique des médecins de famille pour la patiente décrite ci-dessus? Étonnamment, cela dépend du... pays! Une étude aux États-Unis avait montré que 80% des spécialistes de la thyroïde et 60% des médecins de famille proposaient une substitution de thyroxine [2]. Une récente enquête montre que la majorité des médecins allemands traiteraient une telle patiente, un tiers des médecins suisses et presque aucun médecin de famille en Hollande [3]! Comment expliquer de telles différences? Le manque de grandes études randomisées conduit à des grandes variations dans les recommandations pour la prise en charge, allant d'une approche relativement large avec un traitement de la plupart des patients à une approche très restrictive ne traitant personne. Cependant, la thyroxine est le 3^e médicament utilisé en Angleterre et la prescription de thyroxine a fortement augmenté ces 10 dernières années, malgré l'absence de nouveaux résultats de grandes études randomisées.

Dans un tel contexte d'incertitude, faut-il simplement proposer un traitement d'épreuve en cas de symptômes comme la fatigue ou une baisse du moral? C'est une pratique fréquente, mais cette approche ne permet pas de différencier un réel effet bénéfique du traitement d'un effet placebo (fréquent pour de tels symptômes), ni d'évaluer le rôle de facteurs externes (situation psychosociale...): que faire si la fatigue s'est améliorée? Poursuivre le traitement à vie? Les arguments contre un

traitement sont la nécessité d'un traitement à vie chez des individus pauci- ou asymptomatiques, le risque de surtraitement (jusqu'à 20% des patients) et surtout le manque de données montrant un clair bénéfice pour les patients [4].

Comment résoudre cette controverse qui dure depuis plus de 20 ans et concerne des millions de patients dans le monde, vu que 10–15% des patients âgés ont une hypothyroïdie infraclinique? L'Union européenne a décidé de financer une grande étude randomisée (étude TRUST) visant à inclure 3000 adultes âgés de 65 ans et plus avec une hypothyroïdie infraclinique. Elle évalue le bénéfice d'une substitution de thyroxine sur les événements cliniques pertinents pour les patients. L'étude décrite dans ce numéro recrute actuellement en Suisse (www.trustthyroidtrial.com); la participation à cette étude est l'attitude actuelle la plus adéquate pour ces patients, vu l'incertitude sur la meilleure prise en charge.

Pourquoi cette étude est-elle importante pour la médecine de famille? En plus de la haute prévalence de l'hypothyroïdie infraclinique, un problème fréquent des études randomisées est que la majorité exclut les patients avec comorbidités [5], notamment celles conduites par l'industrie, ce qui en rend les résultats difficilement applicables au cabinet. Pour cette raison, l'Union européenne a exigé que cette étude ait très peu de critères d'exclusion, notamment n'exclue pas les patients multimorbides, et n'ait pas de limite supérieure d'âge. Afin que les résultats soient directement applicables en cabinet, il est essentiel d'inclure un large éventail de patients suivis par les médecins de famille, avec le soutien des instituts de médecine de famille de Berne et de Lausanne. Un tel partenariat entre la médecine interne générale académique et les médecins de famille est essentiel pour réaliser des études avec un collectif de patients suffisamment représentatifs de la pratique pour obtenir des résultats directement applicables, comme démontré pour d'autres thèmes importants de médecine ambulatoire [6, 7]. Gageons que cette étude répondra à cette vieille controverse et permettra d'améliorer les soins de nos patients!

Correspondance:

Prof. Nicolas Rodondi
[Nicolas.Rodondi\[at\]jinsel.ch](mailto:Nicolas.Rodondi[at]jinsel.ch)

Références

La liste complète des références numérotées se trouve sous www.medicalforum.ch.