

Hypothyroïdie subclinique et dépistage par dosage de la TSH

G. Michael Allan MD CCFP Michelle P. Morros MD CCFP Jennifer Young MD CCFP(EM)

Question clinique

Existe-t-il des données probantes en faveur d'un dépistage d'une dysfonction thyroïdienne ou du traitement de l'hypothyroïdie subclinique?

Résultats

Aucune ERC n'a examiné le dépistage de la dysfonction thyroïdienne (la prescription du dosage de la thyroïdostimuline [TSH] chez les personnes en santé et qui ne sont pas enceintes). Malgré environ 20 ERC, le traitement de l'hypothyroïdie subclinique ou silencieuse n'a présenté aucun bienfait (comme la prévention des maladies cardiovasculaires, ou la réduction de la fatigue ou du poids). Les lignes directrices ne recommandent ni l'un ni l'autre.

Données probantes

Dépistage de la dysfonction thyroïdienne :

- Aucune ERC ou étude observationnelle contrôlée n'évalue le dépistage de la dysfonction thyroïdienne ou le dosage de la TSH à des fins de dépistage^{1,2}.

Traitement de l'hypothyroïdie subclinique (taux de TSH de 4 à 10 mUI/L, mais taux normaux de triiodothyronine et de thyroxine) :

- Quatre revues systématiques effectuées au cours des 5 dernières années font un compte rendu de 18 à 21 ERC¹⁻⁴. Le traitement de l'hypothyroïdie subclinique (habituellement avec de la lévothyroxine) par rapport à un placebo n'a eu aucun effet sur la mortalité ou l'apparition d'une nouvelle maladie cardiovasculaire²⁻⁴; la qualité de vie, les symptômes de dépression, la fatigue ou les scores des symptômes liés à la thyroïde¹⁻⁴; le fonctionnement cognitif¹⁻⁴; l'indice de masse corporelle ou le poids¹⁻⁴.
- Dans la plus récente ERC (251 patients plus âgés, âge moyen de 85 ans), il n'y avait aucun bienfait, quel que soit le paramètre évalué (suivi d'environ 1,5 an)⁵.


Contexte

- L'hypothyroïdie subclinique désigne habituellement des taux de TSH d'environ 4 à 10 mUI/L, alors que les taux de triiodothyronine et de thyroxine sont normaux et en l'absence de symptômes évidents d'hypothyroïdie.
- Les taux de TSH peuvent varier jusqu'à 50% entre les dosages⁶, et les fluctuations quotidiennes⁷ chez une personne peuvent être de 26%.
- La prévalence de l'hypothyroïdie subclinique (dans les pays développés) se situe entre 4 et 10%, et de 2 à 6% de ces cas se développent en hypothyroïdie avérée.

La prévalence de l'hyperthyroïdie est d'environ 2%, et de 1 à 2% de ces cas deviendront une hyperthyroïdie avérée^{2,8}.

- Parmi les cas d'hypothyroïdie subclinique, 40% reviennent à des taux normaux de TSH au bout d'environ 2,5 ans⁹.
- Les symptômes sont souvent de mauvais facteurs de prédiction (p. ex. dans une étude, environ 18% des patients ayant une euthyroïdie, 22% de ceux présentant une hypothyroïdie subclinique et 26% de ceux souffrant d'une hypothyroïdie avérée ont signalé ≥ 4 symptômes d'hypothyroïdie)¹⁰.
- Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande de ne pas procéder au dépistage chez les patients asymptomatiques et en l'absence de grossesse, et de ne pas traiter l'hypothyroïdie subclinique¹¹.

Mise en pratique

Le dépistage par dosage de la TSH pourrait être à la hausse, comme en témoigne une étude dans laquelle 57% des femmes de 55 ans avaient subi un dépistage¹². Par ailleurs, à la suite des résultats des tests d'évaluation de la fonction thyroïdienne, moins de 0,5% ont été traitées pour une hypothyroïdie avérée¹³. Les raisons qui poussent à procéder au dépistage chez des patients asymptomatiques sont complexes, mais elles font intervenir de multiples facteurs, comme les demandes des patients, les habitudes de pratique des médecins et les croyances entourant le dépistage. Dans le cas des demandes de la part de patients, les médecins devraient les informer que les données probantes accessibles font valoir qu'il est peu probable que le dépistage par dosage de la TSH soit utile (peut-être dans <1% des cas) et, si les résultats sont légèrement anormaux (hypothyroïdie subclinique), le traitement n'améliore généralement pas les résultats ou les symptômes. De plus, les requêtes d'analyses de laboratoire pré-remplies ne devraient généralement pas être utilisées pour le dépistage chez des patients asymptomatiques, mais plutôt être individualisées en fonction de la personne et de la consultation. 

Le D^r Allan est directeur de Programmes et soutien à la pratique du Collège des médecins de famille du Canada, et professeur au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta à Edmonton. La D^{re} Morros est professeure adjointe au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. La D^{re} Young est médecin de famille et exerce à Collingwood (Ontario).

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Les opinions exprimées dans Outils pour la pratique sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et les politiques du Collège des médecins de famille de l'Alberta.

Références

1. Ruge JB, Bougatsos C, Chou R. Screening and treatment of thyroid dysfunction: an evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2015;162(1):35-45.
2. Reyes Domingo F, Avey MT, Doull M. Screening for thyroid dysfunction and treatment of screen-detected thyroid dysfunction in asymptomatic, community-dwelling adults: a systematic review. *Syst Rev* 2019;8(1):260.
3. Bekkering GE, Agoritsas T, Lytvyn L, Heen AF, Feller M, Moutzouri E et coll. Thyroid hormones treatment for subclinical hypothyroidism: a clinical practice guideline. *BMJ* 2019;365:l2006.
4. Feller M, Snel M, Moutzouri E, Bauer DC, de Montmollin M, Aujesky D et coll. Association of thyroid hormone therapy with quality of life and thyroid-related symptoms in patients with subclinical hypothyroidism: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2018;320(13):1349-59.
5. Mooijaart SP, Du Puy RS, Stott DJ, Kearney PM, Rodondi N, Westendorp RGJ et coll. Association between levothyroxine treatment and thyroid-related symptoms among adults aged 80 years and older with subclinical hypothyroidism. *JAMA* 2019 Oct 30. Publ. en ligne avant impression.
6. McCormack J, Holmes DT. Your results may vary: a precise discussion about the imprecision of medical measurements. *BMJ*. Sous presse.
7. Scobbo RR, VonDohlen TW, Hassan M, Islam S. Serum TSH variability in normal individuals: the influence of time of sample collection. *W V Med J* 2004;100(4):138-42.
8. Gharib H, Tuttle RM, Baskin HJ, Fish LH, Singer PA, McDermott MT. Subclinical thyroid dysfunction: a joint statement on management from the American Association of Clinical Endocrinologists, the American Thyroid Association, and the Endocrine Society. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90(1):581-5.
9. Díez JJ, Iglesias P. Spontaneous subclinical hypothyroidism in patients older than 55 years: an analysis of natural course and risk factors for the development of overt thyroid failure. *J Clin Endocrinol Metab* 2004;89:4890-7.
10. Canaris GJ, Manowitz NR, Mayor G, Ridgway EC. The Colorado thyroid disease prevalence study. *Arch Intern Med* 2000;160(4):526-34.
11. Birtwhistle R, Morissette K, Dickinson JA, Reynolds DL, Avey MT, Domingo FR et coll. Recommendation on screening adults for asymptomatic thyroid dysfunction in primary care. *CMAJ* 2019;191(46):E1274-80.
12. Chacko KM, Feinberg LE. Laboratory screening at preventive health exams: trend of testing, 1978-2004. *Am J Prev Med* 2007;32(1):59-62.
13. Boland BJ, Wollan PC, Silverstein MD. Yield of laboratory tests for case-finding in the ambulatory general medical examination. *Am J Med* 1996;101(2):142-52.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

This article is also in English on [page 188](#).

Les articles d'**Outils pour la pratique** dans *Le Médecin de famille canadien* (MFC) sont une adaptation d'articles publiés dans le site web du Collège des médecins de famille de l'Alberta (CMFA) qui résumet les données médicales probantes en insistant sur des questions particulières et des renseignements susceptibles de modifier la pratique. Les résumés du CMFA et la série dans le MFC sont coordonnés par **D^r G. Michael Allan**, et les résumés sont rédigés conjointement par au moins 1 médecin de famille en pratique active et ils font l'objet d'une révision par des pairs. Vous êtes invités à faire part de vos commentaires à toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles archivés sont accessibles sur le site web du CMFA: www.acfp.ca.