



HYPOTHYROÏDIE SUBCLINIQUE

Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
Juin 2021

QU'EST-CE QUE L'HYPOTHYROÏDIE SUBCLINIQUE ?

Selon un consensus d'experts récent, il n'y a pas de définition claire¹. En clinique, on dit habituellement que l'hypothyroïdie subclinique se définit, en l'absence de symptôme franc, par un taux de TSH supérieur aux valeurs de référence, tandis que le taux de T4 est normal (tout cela chez un patient qui ne reçoit pas d'hormones thyroïdiennes de remplacement)². Le diagnostic doit se baser sur deux mesures élevées faites dans un intervalle minimal de 2 à 3 mois^{3,4}.

EST-CE PLUS PRÉVALENT EN GÉRIATRIE ?

La prévalence des patients ayant une TSH supérieure aux valeurs de référence (supérieure ou égale à 4,5 mUI/L) augmente en fonction de l'âge pour atteindre de 10 à 16 % chez les 65 à 74 ans et de 16 à 21 % chez les 75 ans et plus^{5,6}. L'augmentation de la TSH serait un phénomène biologique adaptatif normal associé au vieillissement^{7,8}.

EST-CE QUE LA CIBLE DE TSH EST LA MÊME EN GÉRIATRIE ?

La cible de TSH pour les patients de plus de 70 ans varie entre 4 et 6 mUI/L, alors que pour la population générale, elle varie entre 0,5 et 4,5 mUI/L⁹. Ces cibles sont supportées par l'étude NHANES, qui rapporte une limite supérieure de l'intervalle normal de la TSH (97,5^e percentile) chez les sujets sains âgés de 80 ans de 7,5 mUI/L^{9,10}.

EST-CE PROBLÉMATIQUE D'ÊTRE EN HYPOTHYROÏDIE SUBCLINIQUE ?

On pourrait répondre non dans la majorité des cas, car les complications de l'hypothyroïdie subclinique semblent moins significatives chez la personne âgée¹⁰. Elles sont également souvent masquées par des problèmes de santé fréquents en gériatrie¹⁰⁻¹². Les données probantes quant aux conséquences neuropsychiatriques (cognition, dépression), cardiovasculaires (dont l'insuffisance cardiaque), sur la mobilité, sur la mortalité et sur la fragilité sont partagées. En effet, souvent les cohortes étudiées, la méthodologie, les questionnaires d'évaluation et les seuils de TSH sont discutables^{6,9,11-15}.

Il est tout de même à noter que, dans la population générale, le risque de progression annuel de l'hypothyroïdie subclinique vers l'hypothyroïdie franche est de 2 %. Il peut augmenter jusqu'à 5 % chez les patients ayant des anticorps anti-peroxydase (signe de maladie auto-immune) ou une TSH supérieure à 10 mUI/L^{3,5,16}.

SUR QUELLE SYMPTOMATOLOGIE DOIT-ON SE BASER POUR AMORCER UNE THÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE ?

Les patients âgés en hypothyroïdie subclinique n'ont pas de symptômes ou présentent des symptômes non spécifiques tels que fatigue, faiblesse musculaire, intolérance au froid, constipation, peau sèche, symptômes dépressifs, troubles cognitifs ou gain de poids modéré^{4,15,17}. Ces symptômes peuvent être associés au vieillissement sans être signalés. S'ils le sont, ils peuvent cependant mener à un diagnostic d'hypothyroïdie subclinique^{7,12,17}. De plus, il ne faut pas oublier dans l'évaluation du patient que certains médicaments, tels que l'amiodarone, la dompéridone, le lithium et le métoclopramide, peuvent causer une augmentation des niveaux de TSH¹⁷.

QUI BÉNÉFICIE D'UN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION ?

Les études récentes montrent que peu de patients en bénéficient. Les hormones thyroïdiennes de remplacement chez les personnes âgées ayant reçu un diagnostic d'hypothyroïdie subclinique n'améliorent pas la qualité de vie des patients et ne réduisent pas les symptômes liés à l'hypothyroïdie^{1-3,18}.

Un traitement peut être envisagé, notamment chez les patients qui ont des symptômes, un risque cardiovasculaire élevé, des anticorps anti-peroxydase positifs, une TSH qui augmente dans le temps ou une T4 qui est dans – ou qui évolue vers – la limite inférieure de la normale^{1,3}. Le niveau de fragilité du patient pourrait également influencer le choix du traitement, selon certains auteurs¹⁹.

Un consensus entre l'American Association of Clinical Endocrinologists, l'American Thyroid Association et l'Endocrine Society recommande de ne pas traiter les patients gériatriques avec une TSH inférieure à 10 mUI/L¹⁶. En regard de certaines nouvelles études, des experts recommandent même de ne pas traiter les patients de plus de 70 ans qui ont une TSH allant jusqu'à 20 mUI/L et une T4 normale^{1,3,17}.

Si la décision prise est de ne pas amorcer une thérapie médicamenteuse, il est recommandé de refaire un dosage de la TSH aux 6 mois initialement^{3,17}.



HYPOTHYROÏDIE SUBCLINIQUE

Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
Juin 2021

QUELLE DOSE D'HORMONES THYROÏDIENNES DE REMPLACEMENT DOIT-ON UTILISER ?

La lévothyroxine est habituellement utilisée. Il n'existe pas de données probantes quant à l'utilisation de la liothyronine pour cette indication³. Par rapport à l'hypothyroïdie franche (TSH élevée et T4 libre diminuée chez les patients plus jeunes), les besoins sont généralement moindres^{3,9,11}. Dans la littérature, les doses de départ suggérées chez les adultes en général sont habituellement de 25 à 50 microgrammes par jour^{11,20}. Des doses plus faibles de 12,5 à 25 microgrammes par jour sont cependant à privilégier, surtout si le patient a des antécédents de maladies cardiovasculaires ou s'il est très âgé (plus de 75 ans) ou frêle^{11,19,20}. Pour le choix de la dose, on tiendra compte de plusieurs facteurs tels que les antécédents médicaux, le poids et la médication concomitante^{9,11,20}.

Les personnes âgées sont plus susceptibles de présenter des effets indésirables lorsqu'elles reçoivent des doses trop élevées de lévothyroxine, particulièrement de la fibrillation auriculaire, de l'ostéoporose et des fractures^{3,12,20}. Il est donc primordial de faire une titration lente (environ aux 6 semaines) et prudente des doses de lévothyroxine pour éviter de causer une hyperthyroïdie iatrogénique^{3,9,11,12,20}. En général, malgré les suivis recommandés, on estime que jusqu'à 20 % des patients reçoivent des doses trop élevées conduisant à une baisse de la TSH sous les valeurs normales et à un risque d'effets indésirables (tels que nervosité ou palpitations)^{15, 17,20}.

RÉDACTION ET CONSULTATIONS

Auteurs

Par ordre alphabétique

Mélanie Côté, B. Sc., B. Pharm., M. Sc., pharmacienne, Hôtel-Dieu de Lévis du CIUSSS de Chaudière-Appalaches

Katherine Desforges, B. Pharm., M. Sc., BCGP, pharmacienne et secrétaire du RPE en gériatrie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

James Hill, Pharm. D., M. Sc., BCPS, pharmacien et président du RPE en gériatrie, Hôpital régional de Rimouski du CIUSSS du Bas-Saint-Laurent

Alexandre Lahaie, Pharm. D., M. Sc., pharmacien et adjoint au chef du département de pharmacie, IUGM et IRGLM du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Rachel Rouleau, B. Pharm., M. Sc., FOPQ, pharmacienne et chef adjointe du département de pharmacie (enseignement, formation et recherche) du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Réviseur

Pr Jean-Luc Ardilouze, M.D., Ph. D., médecin endocrinologue, Hôpital Fleurimont du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, et professeur titulaire, Service d'endocrinologie, Département de médecine, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Lectrice externe

Louise Mallet, B. Sc. Pharm., Pharm. D., BCGP, FESCP, FOPQ, pharmacienne en gériatrie, Site Glen du CUSM, et professeure titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, et rédactrice adjointe, Pharmactuel

Coordination et révision

François E. Lalonde, B. Pharm., M. Sc., pharmacien et adjoint professionnel à la direction générale, A.P.E.S.

Avec la collaboration de

Par ordre alphabétique

Blandine Ceccarelli, adjointe administrative, A.P.E.S.

Sonia Fredj, conseillère en communication, A.P.E.S.

Josée Dufour, M.A. trad., réviseure-correctrice linguistique

Le présent document a été validé par les membres du Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'A.P.E.S. Les auteurs, les réviseurs et l'A.P.E.S. déclinent toute responsabilité pour toute information désuète en raison de nouvelles découvertes dans ce domaine ou pour toute omission ou toute erreur dans le texte. L'utilisation du genre masculin a été retenue uniquement pour faciliter la lecture du document et n'a aucune intention discriminatoire.

La diffusion et la reproduction totale ou partielle de ce document, sous quelque forme que ce soit, sont interdites sans une autorisation préalable de l'A.P.E.S. Il est toutefois possible de diffuser ou de reproduire sans autorisation l'adresse URL suivante du document : apesquebec.org/hypothyroïdie

Pour citer ce document : Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.). Hypothyroïdie subclinique. Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie. Montréal, Québec : A.P.E.S.;2021. 3 p.

A.P.E.S.
4050, rue Molson, bureau 320, Montréal (Québec) H1Y 3N1
Téléphone : 514 286-0776
Télécopieur : 514 286-1081
Courriel électronique : info@apesquebec.org

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
Bibliothèque et Archives Canada, 2021
ISBN 978-2-925150-04-6 (PDF)
© A.P.E.S., 2021

RÉFÉRENCES

À noter que les références 1 et 18 sont fortement recommandées au lecteur.

1. 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;365:12006.
2. 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.
3. Peeters RB. Subclinical hypothyroidism. *N Engl J Med* 2017;376(26):2556-65.
4. Lamine F, De Giorgi S, Marino L, Michalaki M, Sykiotis GP. Subclinical hypothyroidism: new trials, old caveats. *Hormones (Athens)* 2018;17(2):231-6.
5. Jones DD, May KE, Geraci SA. Subclinical thyroid disease. *Am J Med* 2010;123(6):502-4.
6. Calsolaro V, Niccolai F, Pasqualetti G, Tognini S, Magno S, Riccioni T et coll. Hypothyroidism in the elderly: who should be treated and how? *J Endocr Soc* 2018;3(1):146-58.
7. Duntas LH. Thyroid function in aging: a discerning approach. *Rejuvenation Res* 2018;21(1):22-8.
8. Pearce SH, Brabant G, Duntas LH, Monzani F, Peeters RP, Razvi S et coll. 2013 ETA guideline: management of subclinical hypothyroidism. *Eur Thyroid J* 2013;2(4):215-28.
9. Jonklaas J, Bianco AC, Bauer AJ, Burman KD, Cappola AR, Celi FS et coll. Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the American Thyroid Association Task Force on Thyroid Hormone Replacement. *Thyroid* 2014;24(12):1670-751.
10. Barbesino G. Thyroid function changes in the elderly and their relationship to cardiovascular health: a mini-review. *Gerontology* 2019;65(1):1-8.
11. Ruggeri RM, Trimarchi F, Biondi B. L-thyroxine replacement therapy in the frail elderly: a challenge in clinical practice. *Eur J Endocrinol* 2017;177(4):R199-R217.
12. Leng O, Razvi S. Hypothyroidism in the older population. *Thyroid Res* 2019;12:2.
13. Gussekloo J, van Exel E, de Craen AJ, Meinders AE, Frölich M, Westendorp RG. Thyroid status, disability and cognitive function, and survival in old age. *JAMA* 2004;292(21):2591-9.
14. Simonsick EM, Newman AB, Ferrucci L, Satterfield S, Harris TB, Rodondi N et coll. Subclinical hypothyroidism and functional mobility in older adults. *Arch Intern Med* 2009;169(21):2011-7.
15. Baumgartner C, Blum MR, Rodondi N. Subclinical hypothyroidism: summary of evidence in 2014. *Swiss Med Wkly* 2014;144:w14058.
16. Bielecka-Dabrowa A, Godoy B, Suzuki T, Banach M, von Haehling S. Subclinical hypothyroidism and the development of heart failure: an overview of risk and effects on cardiac function. *Clin Res Cardiol* 2019;108(3):225-33.
17. Schübel J, Feldkamp J, Bergmann A, Drossard W, Voigt K. Latent hypothyroidism in adults. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114(25):430-8.
18. Stott DJ, Rodondi N, Kearney PM, Ford I, Westendorp RGJ, Mooijaart SP et coll. TRUST Study Group. Thyroid hormone therapy for older adults with subclinical hypothyroidism. *N Engl J Med* 2017;376(26):2534-44.
19. Calsolaro V, Niccolai F, Pasqualetti G, Calabrese AM, Polini A, Okoye C et coll. Overt and subclinical hypothyroidism in the elderly: when to treat? *Front Endocrinol (Lausanne)* 2019;10:177.
20. Hennessey JV, Espaillet R. Diagnosis and management of subclinical hypothyroidism in elderly adults: a review of the literature. *J Am Geriatr Soc* 2015;63(8):1663-73.