

Juin, 2025

Endocrinologie et diabétologie : Recommandations pour les non-spécialistes

- 1. Pas d'autosurveillance glycémique systématique plusieurs fois par jour ou de mesure continue de la glycémie pour les adultes avec un diabète de type 2 stable et bien contrôlé, traités au moyen de substances n'induisant pas de risque d'hypoglycémie (taux de sucre trop bas).**

Pour les adultes atteints de diabète de type 2 dont la glycémie est stabilisée et qui sont traités avec des médicaments qui ne provoquent pas d'hypoglycémie, il n'est pas nécessaire de contrôler la glycémie plusieurs fois par jour ou de mesurer le taux de glycémie en continu.

L'autosurveillance glycémique est un élément important de l'autogestion chez les personnes atteintes de diabète de type 1 et de type 2 qui suivent un traitement par insuline avec plusieurs injections par jour ou qui sont traitées par une pompe à insuline. L'autosurveillance glycémique est particulièrement utile en cas de changement d'alimentation, de modification en matière d'activité physique ou de traitement par des médicaments susceptibles de provoquer une hypoglycémie. Cela vaut aussi pour la mesure continue de la glycémie (CGM), qui permet d'afficher les taux de glycémie en temps réel ou de les lire à l'aide d'un lecteur ou d'un smartphone.

- 2. Pas de prescription systématique d'un traitement par hormone thyroïdienne (lévothyroxine) sur la base d'un seul test en laboratoire révélant une anomalie de la fonction thyroïdienne, sauf en cas d'insuffisance thyroïdienne (hypothyroïdie) manifeste clairement documentée (recommandation hors grossesse).**

Si un seul test en laboratoire révèle une anomalie lors de l'évaluation de la fonction thyroïdienne, il ne faut pas automatiquement prescrire de la lévothyroxine (hormone thyroïdienne). Toutefois, si les résultats du test en laboratoire indiquent très clairement l'existence d'une insuffisance thyroïdienne ou si les résultats de laboratoire montrent de manière répétée une hypothyroïdie légère mais persistante, un traitement est nécessaire. Si seule l'hormone thyroïdienne stimulante TSH est élevée, mais que les hormones thyroïdiennes sont dans la norme (= hypothyroïdie infraclinique), un traitement n'est pas toujours justifié. Les valeurs normales définies pour les résultats de laboratoire se basent sur des analyses effectuées sur des personnes d'âges différents qui ne présentent pas de maladie thyroïdienne connue. Il est important de noter que les résultats de ces tests sont aussi influencés par d'autres facteurs divers, susceptibles d'entraîner des variations (p. ex. prise de certains médicaments, maladies concomitantes, tabagisme, apport en iode ou encore moment de la journée et saison). Comme les résultats de laboratoire se normalisent souvent d'eux-mêmes en cas d'insuffisance thyroïdienne infraclinique, il est recommandé de contrôler à nouveau les valeurs thyroïdiennes au minimum après trois mois avant d'envisager un traitement par lévothyroxine. Malgré cela, le nombre de prescriptions a augmenté ces dernières années, ce qui peut conduire à un surtraitement.

Cette recommandation ne s'applique pas à la grossesse. Pour les femmes enceintes, d'autres recommandations plus strictes s'appliquent.

3. Ne pas répéter les mesures si les anticorps anti-thyroperoxydase (Ac anti-TPO) ont déjà été détectés.

La fréquence des cas de thyroïdite auto-immune, également appelée thyroïdite de Hashimoto, au sein de la population est d'environ 5 à 10%. Cette maladie, dont la fréquence augmente avec l'âge, touche plus souvent les femmes que les hommes. La thyroïdite de Hashimoto est la cause la plus fréquente d'insuffisance thyroïdienne et se caractérise par la présence d'anticorps spécifiques qui circulent dans le sang, à savoir les anticorps anti-thyroperoxydase (Ac anti-TPO) et/ou les anticorps anti-thyroglobuline (Ac anti-Tg). Le dosage de ces anticorps est utile chez les patientes et patients présentant un goitre ou atteints d'autres maladies auto-immunes, ainsi qu'en cas d'augmentation de la production d'hormone thyroïdienne TSH, afin d'en déterminer la cause. Une mesure des anticorps thyroïdiens permet d'appuyer le diagnostic. Par ailleurs, le test sanguin consistant à rechercher la présence d'Ac anti-TPO est le plus sensible pour prouver un événement auto-immun. Même chez les personnes ne présentant pas d'insuffisance thyroïdienne, les Ac anti-TPO fournissent une indication précieuse sur la possibilité d'une évolution accélérée vers une thyroïdite auto-immune. Cependant, les mesures répétées des anticorps n'apportent pas d'informations supplémentaires pour le diagnostic ou la prise en charge. C'est pourquoi les mesures répétées des anticorps doivent généralement être évitées. Le dosage répété d'autres anticorps, comme les anticorps anti-thyroglobuline, est indiqué dans le cadre du suivi des patientes et patients atteints d'un cancer de la thyroïde, afin d'exclure toute perturbation pour la mesure du paramètre de laboratoire qu'est la thyroglobuline.

4. Pas d'échographie systématique chez les personnes souffrant d'une insuffisance thyroïdienne et dont la thyroïde est normale à la palpation.

En cas d'insuffisance thyroïdienne et si tout est normal à la palpation, il ne faut pas effectuer d'échographie systématique de la thyroïde. En raison de l'augmentation du nombre d'échographies, des nodules thyroïdiens sont plus souvent détectés dans la population suisse. La plupart des nodules thyroïdiens sont bénins, seul un faible pourcentage correspond à un cancer de la thyroïde, les facteurs de risque étant notamment l'âge, l'exposition à la radiation ou les antécédents familiaux. Bien que la mortalité due au cancer de la thyroïde ait diminué en Suisse en raison de l'excellent pronostic des formes les plus fréquentes, on procède aujourd'hui à trois à quatre fois plus d'interventions chirurgicales consistant à retirer la thyroïde. La probabilité de développer un cancer de la thyroïde grave ou d'en mourir est faible. Il convient donc de s'abstenir de recourir de manière inappropriée aux échographies de la thyroïde. En cas d'hypothyroïdie en particulier, une échographie thyroïdienne n'exerce aucune influence sur les options thérapeutiques, alors qu'en cas d'hyperthyroïdie, les résultats de l'échographie peuvent contribuer à clarifier la cause de la maladie et à déterminer les mesures à prendre.

5. Pas de traitement par testostérone sauf en cas de preuve d'une carence significative confirmée par plusieurs dosages en laboratoire.

Un traitement à la testostérone n'est nécessaire que si des tests en laboratoire ont démontré au moins à deux reprises qu'il existe un déficit important en testostérone, accompagné de symptômes typiques. De nombreux symptômes attribués à une carence en testostérone se manifestent aussi du fait du vieillissement normal ou en présence de maladies concomitantes. Le traitement à la testostérone peut parfois entraîner des effets secondaires et est associé à des coûts importants. Il est donc important de confirmer une suspicion de carence significative en testostérone par des tests en laboratoire appropriés. Les directives actuelles recommandent d'effectuer le dosage du taux de testostérone dans le sang le matin, et de confirmer une baisse du taux de testostérone un autre jour par une nouvelle mesure, car les variations sont fréquentes et normales.