

PROTOCOLE DE SOINS MÉDICAUX EN GMF
SUIVI SYSTÉMATIQUE DE LA CLIENTÈLE ATTEINTE D'HYPOTHYROÏDIE

PROCESSUS DE RÉVISION :

Révisé par :	Annie Jeannotte, infirmière clinicienne	Date : mars 2015
	Sophie Meunier, infirmière clinicienne	Date : août 2015
Personnes consultées:	Docteur Claude Brissette, médecin de famille	Date : octobre 2015
	Renée Charpentier, conseillère clinicienne	Date : novembre 2015
	Docteur Claude Goyette, médecin de famille	Date : octobre 2015
	Julie Munger, infirmière	Date : octobre 2015
	Louise Thibodeau, pharmacienne	Date : août 2015

PROCESSUS D'ÉLABORATION :

Rédigé par :	Chantal Lehoux, infirmière clinicienne	Date : avril 2012
Personnes consultées :	Renée Charpentier, conseillère clinicienne	Date : mars 2012
	Docteure Nancy Pépin	Date : avril 2012

PROCESSUS D'APPROBATION DE LA RÉVISION :

Représentant du comité
régional des services
pharmaceutiques



Georges-Étienne Gagnon

Date : 03/12/2015

Directrice des soins infirmiers
et de l'éthique clinique



Rosemonde Landry

Date : 02/02/2016

GMF Antoine-Labelle (P-506.0)
555, boul. Saint-Antoine
Suite 200
Saint-Jérôme, QC J7Z 3B8
Tél. : 450 438-5128



Docteur Pierre Juneau, médecin responsable du GMF

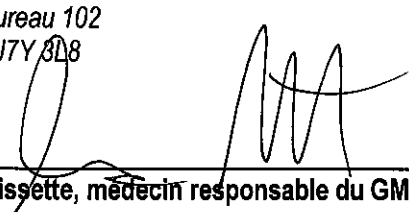
85353

Date : 26/11-2015

PROCESSUS D'APPROBATION DE LA RÉVISION (suite) :

GMF du Grand Saint-Jérôme (P-506.1)

Site Monseigneur Dubois
450, Mgr Dubois, Bureau 102
Saint-Jérôme, QC J7Y 8L8
Tél. : 450 438-1607



Docteur Claude Brissette, médecin responsable du GMF

81105

Date : 2015-12-08

GMF Saint-Antoine (P-506.2)

609, 9^e rue
Saint-Jérôme, QC J7Z 2Z2
Tél. : 450 432-0236



Docteur Claude Goyette, médecin responsable du GMF

78220

Date : 2015-12-17

PROTOCOLE DE SOINS MÉDICAUX EN GMF SUIVI SYSTÉMATIQUE DE LA CLIENTÈLE ATTEINTE D'HYPOTHYROÏDIE

OBJECTIFS

Généraux

- Assurer un suivi conjoint, avec l'équipe médicale, dans le but d'optimiser la prise en charge de la clientèle ayant eu un diagnostic d'hypothyroïdie.
- Standardiser les pratiques en lien avec le suivi des clients ayant un diagnostic d'hypothyroïdie.
- Servir de référence quant à l'évaluation du client et à la fréquence des suivis et des contrôles sanguins nécessaires.

Spécifique

- Faire le suivi et l'ajustement de la médication des clients ayant un diagnostic d'hypothyroïdie.
- Faire l'enseignement sur la pathologie, le traitement et la surveillance requise.

CLIENTÈLE VISÉE

Clientèle de 18 ans et plus, qui a un diagnostic d'hypothyroïdie et qui est inscrite auprès d'un médecin œuvrant dans un GMF du CISSS des Laurentides.

Contre-indications

- Hypersensibilité aux hormones thyroïdiennes.
- Thyrotoxicose (symptômes suggestifs d'hyperthyroïdie).
- Insuffisance surrénalienne.
- Angine symptomatique ou antécédents d'infarctus \leq 3 mois.
- Fibrillation auriculaire.
- Grossesse.
- Post-partum < 6 semaines.
- Antécédent ou diagnostic actif de néoplasie de la thyroïde.
- Hypothyroïdie causée par iode radioactif < 6 mois depuis le traitement.
- Découverte de maladie thyroïdienne autre < 1 an.
- Hospitalisation dans les 2 derniers mois.
- Prise de Lithium.
- Prise d'Amiodarone.

RÔLES DES INTERVENANTS

Médecin traitant

- Annoncer le diagnostic d'hypothyroïdie au client.
- Débuter la médication nécessaire à l'atteinte de l'objectif clinique.
- Référer le client à l'infirmière clinicienne œuvrant en GMF.
- Assurer le suivi médical, au besoin, en collaboration avec l'infirmière clinicienne.

Infirmière clinicienne

- Assurer le suivi infirmier en collaboration avec le médecin référent.
- Dispenser l'enseignement nécessaire au client et à sa famille, en lien avec le diagnostic.
- Demander les contrôles sanguins nécessaires au prochain suivi en vertu de l'ordonnance collective OC-513 « Suivi de la clientèle ayant un diagnostic d'hypothyroïdie dont la condition requiert un ajustement de la médication ».
- Prendre connaissance des résultats de laboratoire et en assurer le suivi.
- Modifier le dosage de la médication en vertu de l'ordonnance collective OC-513 « Suivi de la clientèle ayant un diagnostic d'hypothyroïdie dont la condition requiert un ajustement de la médication ».

LA MALADIE THYROÏDIENNE EN MOTS¹

- La TSH sécrétée par l'hypophyse stimule la thyroïde pour qu'elle produise et libère les **hormones thyroïdiennes** (T₄ et T₃). Lorsque les taux d'hormones thyroïdiennes diminuent, ceux de la TSH augmentent et vice-versa.
- Essentiellement, un taux normal de TSH exclut une maladie thyroïdienne primaire. Lorsque le taux de TSH est élevé, on peut envisager une hypothyroïdie et lorsqu'il est faible, une hyperthyroïdie.
- Un taux élevé de T₄ ou de T₃ associé à un taux faible ou nul de TSH définit l'hyperthyroïdie. À l'opposé, un taux faible de T₄ associé à un taux élevé de TSH dénote une hypothyroïdie.

Le dosage des anticorps antithyroïdiens (Anti-TPO)

- La majorité des maladies causant un dysfonctionnement thyroïdien sont d'origine auto-immune. Les anticorps antithyroïdiens (anti-TPO) sont des protéines sanguines qui réagissent contre certaines des propres protéines de la personne (appelées antigènes) dans la thyroïde.
- Chez les personnes atteintes de la maladie de Hashimoto, principale cause d'hypothyroïdie, on décèle habituellement un taux élevé d'anticorps antithyroïdiens, qui sont ainsi des marqueurs de la cascade auto-immune.

¹ Tiré du site internet de la Fondation canadienne de la Thyroïde ; <http://www.thyroid.ca/fr> le 29 juin 2015.

Les signes et symptômes de dysthyroïdie :

Hypothyroïdie	Hyperthyroïdie (ou signes de thyrotoxicose)
<ul style="list-style-type: none">• Ralentissement du rythme cardiaque• Faiblesse musculaire• Intolérance au froid• Peau froide et pâle• Fatigue et épuisement• Ralentissement des processus mentaux et troubles de la mémoire• Constipation• Goitre (augmentation de la taille de la glande thyroïde)• Perte de cheveux• Cheveux drus et secs• Augmentation du flux menstruel• Dépression	<ul style="list-style-type: none">• Battements cardiaques très rapides ou palpitations• Tremblements, nervosité• Perte de poids malgré une augmentation de l'appétit• Agitation, anxiété et insomnie• Transpiration accrue et intolérance à la chaleur• Diarrhées• Changements oculaires• Goitre• Arrêt des menstruations

La thyrotoxicose :

Il s'agit de l'hypermétabolisme résultant d'un taux excessif de T₄ et T₃. Les signes et symptômes d'hyperthyroïdie sont à surveiller.

Guide permettant de compléter l'évaluation reliée au suivi du client ayant un diagnostic d'hypothyroïdie :

- Est-ce que les antécédents de santé au dossier du client sont à jour; a-t-il des antécédents familiaux de dysthyroïdie, de traitements antérieurs de l'hyperthyroïdie ou de cancer de la thyroïde?
- Le client présente-t-il des signes d'une maladie auto-immune (par exemple : diabète de type 1, polyarthrite rhumatoïde, lupus, anémie hémolytique)?
- Le client a-t-il été hospitalisé dans les 2 derniers mois? Est-ce que le médecin l'a revu depuis?
- Est-ce que la médication dans le dossier client est à jour suite à l'épisode de soins?
- Le client a-t-il eu un ou des épisode(s) récent(s) de maladie physique aiguë ou psychiatrique?
- Le client est-il compliant à la médication?
- Le client oublie-t-il régulièrement sa médication?
- Est-ce que le moment de la prise de sa médication (interactions avec vitamines) est adéquat?
- Le client fait-il usage de produits naturels ou d'une nouvelle médication?
- Le client considère-t-il qu'il y a une amélioration des symptômes présents antérieurement?
- Le client présente-t-il des signes ou symptômes d'hyperthyroïdie (thyrotoxicose)?
- Le client présente-t-il des signes d'un goitre (volume de la thyroïde augmenté à la palpation)?

LA MALADIE THYROÏDIENNE EN CHIFFRE (taux TSH en mU/L)

- **Hyperthyroïdie** : TSH < 0,34 mU/L et T₄ augmentée
- **Euthyroïdie** : TSH entre 0,34 mU/L – 5,60 mU/L
- **Hypothyroïdie subclinique (ou légère)** : TSH entre 5,60 mU/L - 10,0 mU/L et T₄ normale
- **Hypothyroïdie avérée** : TSH entre 5,60 mU/L - 10,0 mU/L et T₄ diminuée
ou
TSH > 10,0 mU/L

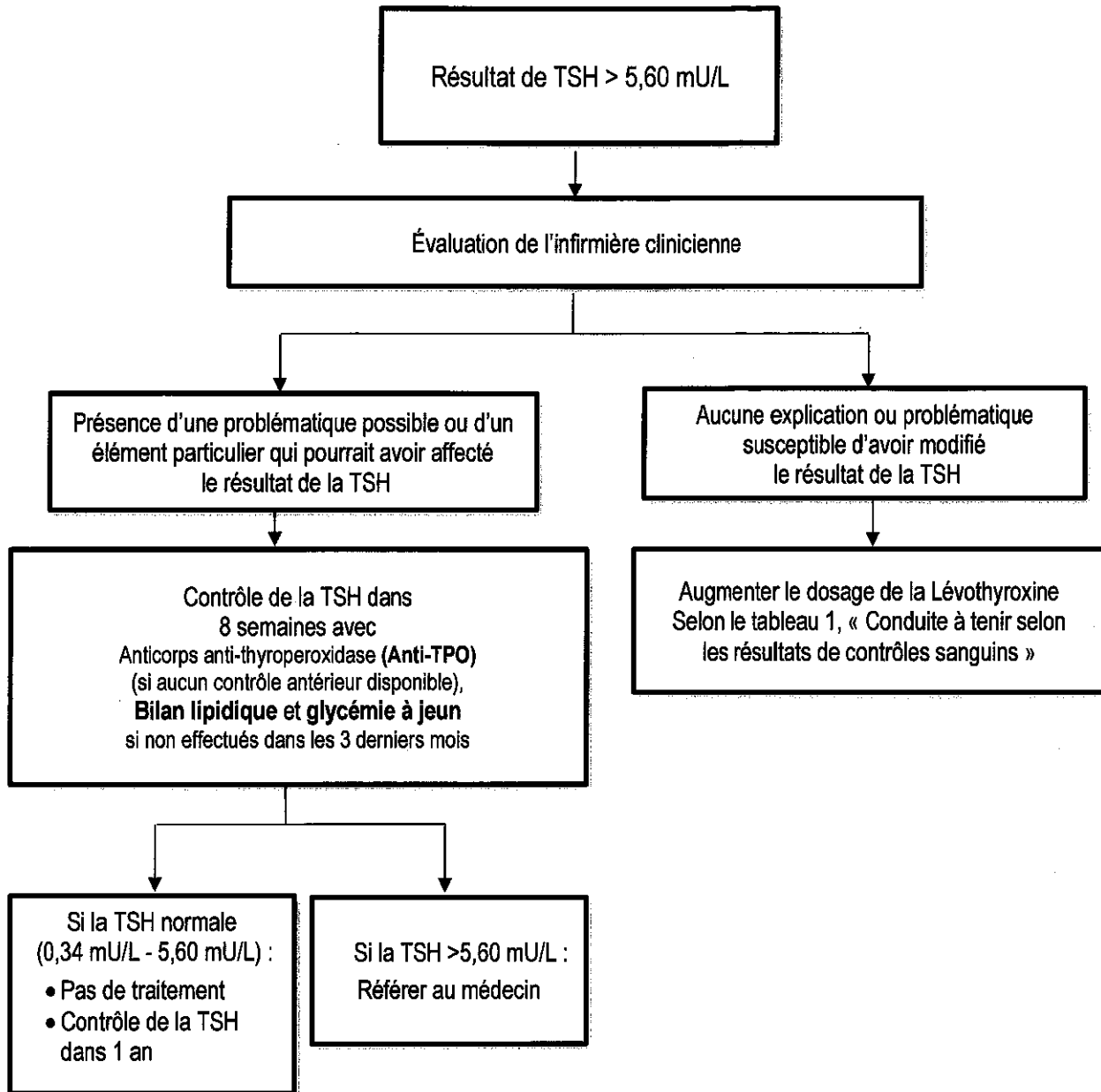
TABLEAU 1

Conduite à tenir selon les résultats de contrôles sanguins

Résultat TSH	<0,34 mU/L et T ₄ normale	<0,34 mU/L et T ₄ augmentée	Entre 0,34 mU/L et 5,60 mU/L et T ₄ normale	> 5,60 mU/L							
Dose de Lévothyroxine	Diminuer la dose de 1 palier	Diminuer la dose de 1 palier	Dose inchangée	Modifier la dose de départ ↑ de 1 palier *							
Suivi	Prochain contrôle de la TSH dans 8 semaines	Prochain contrôle de la TSH dans 8 semaines	Prochain contrôle de la TSH dans 8 semaines	Prochain contrôle de la TSH dans 8 semaines							
Après 8 semaines											
Résultat TSH	< 0,34 mU/L et T ₄ normale	<0,34 mU/L et T ₄ augmentée	Entre 0,34 mU/L et 5,60 mU/L et T ₄ normale	> 5,60 mU/L							
Dose de Lévothyroxine	Modifier la dose actuelle ↓ de 1 palier	Aucun ajustement	Dose inchangée pendant un an	Augmenter la dose actuelle de 1 palier *							
Suivi	Poursuivre les contrôles de la TSH aux 8 semaines et ↓ de 1 palier chaque fois que le résultat est < 0,34 mU/L jusqu'à l'obtention de 2 dosages thérapeutiques consécutifs entre 0,34 mU/L et 5,60 mU/L	Référer au médecin	Prochain contrôle de la TSH dans 1 an	Poursuivre les contrôles de la TSH aux 8 semaines et ↑ de 1 palier chaque fois que le résultat est > 5,60 mU/L jusqu'à l'obtention de 2 dosages thérapeutiques consécutifs entre 0,34 mU/L et 5,60 mU/L Maximum 200 µg							
Paliers	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Dose en mg	25 mcg	50 mcg	75 mcg	88 mcg	100 mcg	112 mcg	125 mcg	137 mcg	150 mcg	175 mcg	200 mcg
Couleur du comprimé	Orange	Blanc	Violet	Olive	Jaune	Rosé	Brun	Turquoise	Bleu	Lilas	Rose

* Avant de modifier la dose, se référer au tableau 2 pour agir selon la conduite à tenir lorsqu'un résultat de TSH est > 5,60 mU/L

TABLEAU 2
Conduite à tenir en cas d'hypothyroïdie



Interactions médicamenteuses pouvant affecter la fonction thyroïdienne

Ce document est à titre indicatif seulement et non exhaustif.

Inspiré de la monographie du SYNTHROID

Médicaments	Ils sont susceptibles de	Commentaires
<ul style="list-style-type: none"> • Amiodarone • Iode (y compris les produits de contraste radiologiques iodés) Lithium • Thioamides <ul style="list-style-type: none"> ○ Méthimazole (Tapazole) ○ Propylthiouracile (PTU) ○ Carbimazole • Sulfamidés • Tolbutamide • Sunitinib (Sutent) • Lithium 	<p>Réduire la sécrétion d'hormones thyroïdiennes et d'induire l'hypothyroïdie</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Amiodarone • Iode (y compris les produits de contraste radiologiques iodés) 	<p>D'accroître la sécrétion d'hormones thyroïdiennes et d'induire l'hyperthyroïdie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'hyperthyroïdie peut apparaître après plusieurs semaines et persister plusieurs mois après l'arrêt du traitement. • L'Amiodarone peut induire l'hyperthyroïdie en provoquant une thyroïdite.
<ul style="list-style-type: none"> • Antiacides <ul style="list-style-type: none"> ○ Hydroxydes d'aluminium et de magnésium ○ Siméthicone (Diovol, Orol) • Sevelamer (Renagel) • Séquestrant des acides biliaires (Cholestyramine (Questran), Colestipol) • Carbonate de calcium • Raloxifène (Evista) • Sulfonate de résines échangeuses de cations (Polystyrène sodique) • Sulfate ferreux • Orlistat (Xenical) • Sucralfate 	<p>Réduire l'absorption de la T₄ et d'induire l'hypothyroïdie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'usage concomitant réduit parfois l'efficacité de la Lévothyroxine. • La Lévothyroxine et ces agents doivent être administrés à au moins quatre (4) heures d'intervalle.
<ul style="list-style-type: none"> • Carbamazépine (Tégrétol) • Hydantoïnes (Phénytoïne) • Phénobarbital • Rifampine 	<p>Accroître le métabolisme hépatique et d'induire l'hypothyroïdie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Phénytoïne et la Carbamazépine réduisent le degré de liaison de la Lévothyroxine aux protéines plasmatiques, ce qui peut faire diminuer de 20 à 40 % les taux de T₄ totale et de T₄ libre, mais la majorité des clients ont des taux plasmatiques normaux de TSH et sont cliniquement euthyroïdiens.

Note de la pharmacienne : La prise d'œstrogène augmente le besoin en hormone thyroïdienne.

RÉFÉRENCES

ABBOTT Canada. « *Monographie du Synthroid* », [En ligne], 2015, [<http://www.abbott.ca/fr/products.html>].

CÔTÉ, Gilles. « Les problèmes thyroïdiens ». Agence de la santé et de services sociaux du Bas Saint-Laurent. [En ligne]. [www.coeurpoumons.ca/fileadmin/document/professionnels/outils/PDFs/GCthyroïde.pdf]

GUIDELINES & PROTOCOLS ADVISORY COMMITTEE, Ministry of health services, British Columbia. « Thyroid function tests : Diagnoses and monitoring of thyroid function disorders in adults », [En ligne], 2015, [http://medicine.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/faculty/medicine/departments/department-sites/family/Education%20Documents/clerkship_objectives/Fatigue/BC%20G%26P_Thyroid_2010.pdf]

LA FONDATION CANADIENNE DE LA THYROÏDE. Série de dépliants sur les affections thyroïdiennes, [En ligne], 2015, [www.thyroid.ca].

RONDEAU, Geneviève, « Dysthyroïdies subcliniques quand un peu devient assez ». [En ligne], Médecin du Québec, vol. 47, n°2, février 2012, p.33-38. [www.lemedecinquebec.org/archives/2012/2/].

TOWARD OPTIMIZED PRACTICE CLINICAL GUIDELINE WORKING GROUP. « Clinical practice guideline : Investigation and management of primary thyroid dysfunction, April 2014 ». [En ligne], 2015, [http://medicine.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/faculty/medicine/departments/department-sites/family/Education%20Documents/clerkship_objectives/Fatigue/BC%20G%26P_Thyroid_2010.pdf]