

Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

1 Éviter de recommander l'autosurveillance glycémique de routine pluriquotidienne chez les adultes dont le diabète de type 2 est stabilisé à l'aide d'agents ne provoquant pas d'hypoglycémie.

Une fois que la valeur thérapeutique cible est atteinte et que les résultats des tests d'autosurveillance deviennent assez prévisibles, les tests répétitifs confirmant l'équilibre glycémique ont peu d'utilité chez la plupart des personnes diabétiques. Il existe toutefois de nombreuses exceptions, comme en cas de diabète aigu, lorsque de nouveaux médicaments s'ajoutent au traitement, en cas d'important changement de poids, lorsque les taux d'hémoglobine A1c s'écartent des valeurs normales ou chez le sujet devant surveiller sa glycémie pour conserver les valeurs-cibles. L'autosurveillance glycémique est bénéfique à condition que la personne diabétique apprenne à modifier son traitement en fonction des résultats des tests de surveillance.

2 Éviter d'ordonner systématiquement une échographie thyroïdienne chez les patients dont les tests de fonction thyroïdienne sont anormaux à moins qu'une anomalie ne soit décelée à la palpation de la thyroïde.

L'échographie thyroïdienne sert à déceler et à caractériser les nodules thyroïdiens; elle ne fait pas partie des tests habituels permettant d'apprécier la fonction thyroïdienne (suractivité ou sous-activité de la thyroïde) sauf en cas de goitre ou de thyroïde multinodulaire. Il est fréquent que des nodules thyroïdiens soient décelés de façon fortuite. Les échographies utilisées avec un excès de zèle révèlent souvent la présence de nodules n'ayant aucun rapport avec une anomalie de la fonction thyroïdienne; au lieu de mettre en évidence une dysfonction thyroïdienne, cela risque de fausser les résultats de tests visant l'évaluation des nodules. Des examens par imagerie peuvent être nécessaires en cas de thyrotoxicose; la scintigraphie de la thyroïde, et non l'échographie, sert à déterminer l'étiologie de la thyrotoxicose et le risque d'une autonomie focale d'un nodule thyroïdien.

3 Éviter d'utiliser la valeur de T4 ou de T3 libre pour le dépistage de l'hypothyroïdie ou pour la surveillance et l'adaptation de la dose de lévothyroxine (T4) chez des patients présentant une hypothyroïdie primaire attestée.

T4 se convertit en T3 au niveau cellulaire dans presque tous les organes. Les taux de T3 intracellulaire régulent la sécrétion par l'hypophyse de TSH et les concentrations sanguines, de même que les effets des hormones thyroïdiennes dans de nombreux organes. Par conséquent, chez la plupart des personnes, une concentration normale de TSH indique que la fonction thyroïdienne endogène est normale ou que les doses substitutives de T4 sont adéquates. La fiabilité du dosage de la TSH n'est incertaine que lorsqu'un dysfonctionnement de la glande hypophyse ou de l'hypothalamus est suspecté ou attesté et que la TSH ne peut pas répondre physiologiquement à des variations de taux de T4 ou de T3.

4 Éviter de prescrire de la testostéronothérapie à moins qu'une carence en testostérone a été attestée par des tests biochimiques.

On observe souvent l'apparition de nombreux symptômes d'hypogonadisme masculin au cours du vieillissement normal chez l'homme ou en présence de comorbidités. La testostéronothérapie peut causer de graves effets indésirables tout en représentant des dépenses considérables. Il est donc impératif de confirmer des soupçons d'hypogonadisme par des tests biochimiques. Les lignes directrices actuelles recommandent d'effectuer le dosage de la testostérone totale le matin. L'obtention d'une faible concentration devrait être confirmée par un dosage de la testostérone totale effectué un autre jour. Dans certains cas, un dosage de la testostérone libre ou biodisponible peut être aussi utile.

5 Éviter d'ordonner systématiquement des tests de dépistage d'anticorps anti-tyroperoxydase (anti-TPO).

Il n'est pas rare de dépister des anticorps anti-TPO dans la population « normale ». En contexte de maladie thyroïdienne, leur présence ne fait qu'aider à indiquer une maladie probablement d'origine auto-immune. L'auto-immunité thyroïdienne étant une maladie chronique, il est rare, après le diagnostic de la maladie, que d'autres dosages d'anti-TPO soient nécessaires. Chez femmes enceintes présentant une euthyroïdie qui sont jugées à risque de maladie thyroïdienne, le dépistage d'anticorps anti-TPO peut influencer sur la fréquence de la surveillance de l'hypothyroïdie durant la grossesse. Il est peu fréquent que le dosage d'anticorps anti-TPO influence la prise en charge des patients.

Comment la liste a été créée

En 2013, la Société canadienne d'endocrinologie et de métabolisme (SCEM) a formé un comité d'amélioration de la qualité et l'a chargé d'aider les responsables de la campagne *Choisir avec soin* à formuler des recommandations pertinentes pour la prise en charge des troubles endocriniens et métaboliques. Ce comité est composé de huit endocrinologues en exercice au Canada et dont l'expérience clinique combinée représente bien au-delà de 100 ans. Un sondage visant à recueillir des suggestions sur diverses questions reliées à la pratique qui seraient compatibles avec le mandat de la campagne *Choisir avec soin* a été envoyé à tous les membres de la SCEM. Les résultats ont été examinés par le comité, groupés par catégorie, puis utilisés pour l'établissement d'une courte liste de recommandations (qu'on a examinées pour savoir si elles cadraient bien avec la campagne *Choosing Wisely* menée aux É.-U.). La liste des recommandations a aussi été éclairée par des données sur l'utilisation provenant de diverses régions du Canada et par une connaissance de la fréquence des troubles endocriniens. Le comité a ensuite utilisé une méthode Delphi modifiée pour classer les recommandations. Il a ensuite choisi les cinq ayant la plus grande priorité et ralliant le plus grand nombre de membres. Les recommandations ont été finalement adoptées par consensus. Les recommandations 1, 2 et 4 ont été adoptées de la liste de 2013 intitulée *Five Things Physicians and Patients Should Question*, avec la permission de la Endocrine Society.

Sources

- 1** Berard LD, Blumer I, Houlden R, et coll. Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada : Surveillance du contrôle de la glycémie. *Can J Diabetes*, octobre 2013; 37(suppl 5):S398-S402.
Davidson MB, Castellanos M, Kain D, Duran P. The effect of self monitoring of blood glucose concentrations on glycated hemoglobin levels in diabetic patients not taking insulin: a blinded, randomized trial. *Am J Med*, avril 2005; 118(4):422-425.
Farmer A, Wade A, Goyder E, et coll. Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: open parallel group randomised trial. *BMJ*, le 21 juillet 2007; 335(7611):132.
O'Kane MJ, Bunting B, Copeland M, Coates VE. Efficacy of self monitoring of blood glucose in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (ESMON study): randomised controlled trial. *BMJ*, le 24 mai 2008; 336(7654):1174-1177.
- 2** Bahn RS, Burch HB, Cooper DS, et coll. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Endocr Pract*, mai-juin 2011; 17(3):456-520.
National Guideline C. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association, Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012 [cité le 23 septembre 2014]. Disponible ici : <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=46419>.
- 3** National Guideline C. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association, Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012 [consulté le 23 septembre 2014]. Disponible ici : <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=46419>.
- 4** Bhasin S, Cunningham GR, Hayes FJ, et coll. Testosterone therapy in adult men with androgen deficiency syndromes: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, juin 2006; 91(6):1995-2010.
Wu FC, Tajar A, Beynon JM, et coll. Identification of late-onset hypogonadism in middle-aged and elderly men. *N Engl J Med*, le 8 juillet 2010; 363(2):123-135.
- 5** De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, et coll. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 2012; 97(8):2543-65.
Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JL, et coll. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Thyroid*, 2012; 22(12):1200-35.
Surks MI, Hollowell JG. Age-specific distribution of serum thyrotropin and antithyroid antibodies in the US population: implications for the prevalence of subclinical hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab*, 2007; 92(12):4575-82.

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale *Choosing Wisely Canada*. Cette campagne vise à encourager un dialogue entre le médecin et son patient afin de choisir les examens et les traitements les plus appropriés pour assurer des soins de qualité. La campagne *Choisir avec soin* reçoit le soutien de l'Association médicale du Québec, et les recommandations énumérées précédemment ont été établies par les associations nationales de médecins spécialistes.

Pour en savoir davantage et pour consulter tous les documents à l'intention des patients, visitez www.choisiravecsoin.org. Participez au dialogue sur Twitter @ChoisirAvecSoin.

À propos de La Société canadienne d'endocrinologie et de métabolisme

La Société canadienne d'endocrinologie et de métabolisme (SCEM) est une fière partenaire de *Choisir avec soin* – une campagne de *Choosing Wisely Canada*. La SCEM est une organisation professionnelle qui réunit des endocrinologues des milieux universitaires et communautaires et des chercheurs participant à la prestation de soins de santé, à l'éducation et à la recherche au sein du vaste domaine de l'endocrinologie. La SCEM est la porte-parole nationale de l'excellence en matière de recherche, d'éducation et de soins aux patients en endocrinologie et elle a pour mandat de faire progresser les disciplines de l'endocrinologie et du métabolisme au Canada.