

DR PIERRE NYS

MA BIBLE DE LA THYROÏDE



**INCLUS
8 PROGRAMMES
SUR MESURE :
HASHIMOTO,
BASEDOW...**

- 180 questions-réponses pour tout savoir sur la thyroïde
- Les 31 meilleurs aliments pour la protéger
- 50 recettes gourmandes pour rééquilibrer son fonctionnement

La thyroïde est une petite glande située à la base du cou. Chef d'orchestre de notre corps, elle contrôle tout, de la silhouette au moral, en passant par les ongles et le foie. Un caprice de sa part, et c'est notre vie quotidienne qui est touchée. Lorsqu'elle s'emballe (hyperthyroïdie) ou fonctionne au ralenti (hypothyroïdie), des médicaments sont prescrits pour réguler ce désordre.

Mais souvent, certains inconforts subsistent, comme la fatigue, le surpoids ou la constipation.

Vous pouvez en venir à bout grâce à une alimentation et une hygiène de vie spécifiques

Dans cette bible très complète :

- Tout savoir sur cette glande et ses problèmes en 180 questions-réponses : C'est quoi la TSH ? Qu'est-ce qu'un nodule thyroïdien ? Mes troubles émotionnels viennent-ils de ma thyroïde ? Faut-il prendre des médicaments à vie ? Quels sont les sports autorisés en cas d'hypo ? Pourquoi ma libido est au point mort ? ...
- Les 31 aliments stars : agrumes, algues marines, poissons... et ceux à limiter.
- 50 solutions pour éviter les perturbateurs endocriniens : produits cosmétiques, ménagers...
- 50 recettes pour protéger et rééquilibrer votre thyroïde : makis de saumon à la pomme verte, Saint-Jacques aux asperges, bowlcake à la poire et au miel...
- 8 programmes sur mesure : hypothyroïdie, Hashimoto, hyperthyroïdie, Basedow, gestion du poids, antistress, femme enceinte, thyroïde limite.

Le **D^r Pierre Nys**, LE spécialiste de la thyroïde en France, est endocrinologue-nutritionniste, ex-attaché des Hôpitaux de Paris. Il est l'auteur de best-sellers aux éditions Leduc.s dont *Le régime IG thyroïde* et *Je protège ma thyroïde, c'est malin*.

ISBN : 979-10-285-1840-0



24 euros
Prix TTC France

L E D U C . S
P R A T I Q U E

DU MÊME AUTEUR AUX ÉDITIONS LEDUC.S

Mes programmes thyroïde, 2020.

Je protège ma thyroïde, c'est malin, 2020.

Le nouveau régime IG thyroïde, 2019.

REJOIGNEZ NOTRE COMMUNAUTÉ DE LECTEURS !

Inscrivez-vous à notre newsletter et recevez des informations sur nos parutions, nos événements, nos jeux-concours... et des cadeaux !
Rendez-vous ici : bit.ly/newsletterleduc

Retrouvez-nous sur notre site www.editionsleduc.com
et sur les réseaux sociaux.



Leduc s'engage pour une fabrication écoresponsable !



« Des livres pour mieux vivre », c'est la devise de notre maison.

Et vivre mieux, c'est vivre en impactant positivement le monde qui nous entoure ! C'est pourquoi nous choisissons nos imprimeurs avec la plus grande attention pour que nos ouvrages soient imprimés sur du papier issu de forêts gérées durablement, et qu'ils parcourent le moins de kilomètres possible avant d'arriver dans vos mains ! Pour en savoir plus, rendez-vous sur notre site.

Design de couverture : Antartik
Images de couverture : Adobe Stock
Maquette : Sébastienne Ocampo
Illustrations : Nicolas Trève, Fotolia

© 2020 Leduc.s Éditions
10, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-Bufferon
75015 Paris – France
ISBN : 979-10-285-1840-0

DR PIERRE NYS

(avec la collaboration de Carole Garnier pour les recettes de cuisine)

MA BIBLE DE LA THYROÏDE

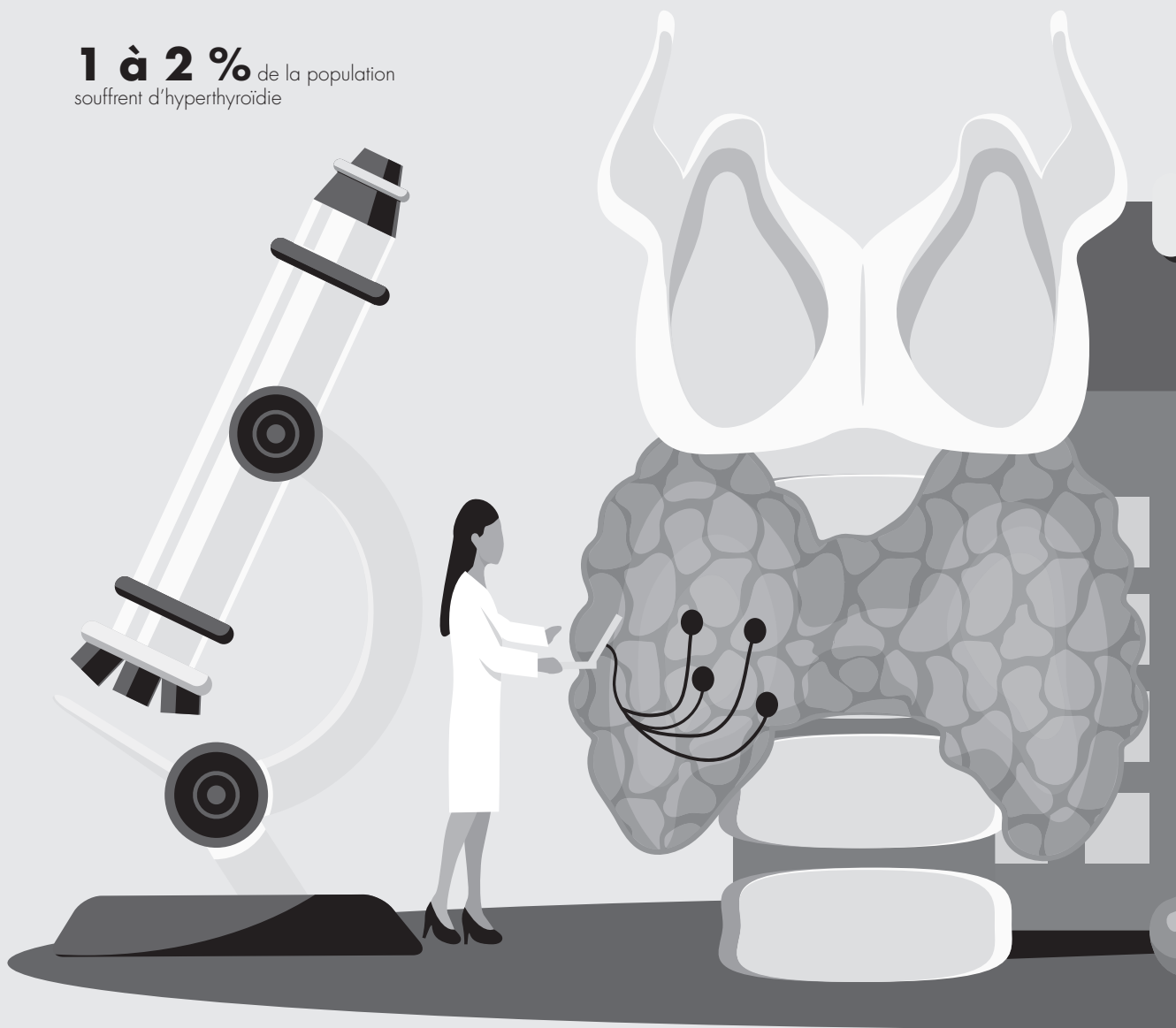
L E D U C . S
P R A T I Q U E

SOMMAIRE

Quelques chiffres	6
Introduction	9
PREMIÈRE PARTIE	
MA THYROÏDE ET MOI 180 QUESTIONS-RÉPONSES (PLUS OU MOINS GÊNANTES) QUE L'ON N'OSE PAS TOUJOURS POSER À SON MÉDECIN	13
Les maladies de la thyroïde	17
Généralités	29
Hypothyroïdie & Hashimoto	136
Hyperthyroïdie	171
DEUXIÈME PARTIE	
MES ALIMENTS ET SUPERALIMENTS BONS POUR MA THYROÏDE	185
TROISIÈME PARTIE	
8 PROGRAMMES « SPÉCIAL THYROÏDE » SUR MESURE	223
Mode d'emploi de votre programme	225
Programme « spécial hypothyroïdie »	253
Programme « spécial Hashimoto »	275
Programme « spécial hyperthyroïdie »	297
Programme « spécial Basedow »	317
Programme « spécial gestion du poids »	337
Programme « spécial antistress »	359
Programme « spécial femme enceinte »	377
Programme « spécial thyroïde limite »	399
QUATRIÈME PARTIE	
50 RECETTES « SPÉCIAL THYROÏDE »	421
Quelques études sur la thyroïde	481
Index des recettes	491
Index	495
Table des matières	503

QUELQUES CHIFFRES

1 à 2 % de la population souffrent d'hyperthyroïdie



30 grammes : le poids moyen de la glande thyroïde. **100 %** : son pouvoir de nuisance quand elle fonctionne mal. On a toujours besoin d'un plus petit que soi ! Ici, en l'occurrence, mini-taille, mini-poids, maxi-utilité.

2 à 4 %

de personnes souffrent
d'hypothyroïdie en France

En moyenne, **8 à 10 fois**
plus de femmes sont concernées par les
problèmes de thyroïde (par rapport aux
hommes)

Il y a **10 %** de personnes
atteintes d'un goitre en France

La thyroïdite auto-
immune touche

4 femmes pour
1 homme.

95 % : la
proportion de nodules
thyroïdiens non graves
(= bénins)



15 % : en moyenne le pourcentage
de porteurs de nodules thyroïdiens

INTRODUCTION

Si vous avez ce livre entre les mains, c'est probablement parce que vous ou l'un de vos proches souffrez d'un « problème de thyroïde ».

Cas numéro 1. Vous avez un dysfonctionnement thyroïdien

Vous prenez probablement déjà un traitement, indispensable. Mais savez-vous que modifier quelques petites choses simples à votre vie quotidienne pourrait améliorer nettement votre qualité de vie ? Que quelques changements alimentaires ou de routines (exercice physique, hygiène et beauté, sommeil...) peuvent protéger votre thyroïde, renforcer sa fonction et atténuer les symptômes liés à votre maladie ? Fatigue, constipation, surpoids, perte de cheveux... nous vous proposons dans ce livre des dizaines de conseils simplissimes à suivre pour se sentir mieux. Certains sont classiques et enfantins à appliquer (et pourtant...), comme s'assurer que vous consommez suffisamment d'aliments riches en iode ou en sélénium. D'autres sont méconnus et rarement abordés en consultation, comme soutenir votre microbiote intestinal, appliquer une crème hydratante plus saine sur votre peau, manger bio dans la mesure du possible, etc.

Cette bible rassemble les conseils pratiques, concrets, accessibles à tous, aujourd'hui validés par différentes études scientifiques. L'objectif : vous guider afin de vous aider à devenir acteur de votre santé thyroïdienne. Prendre soin de votre thyroïde n'est pas seulement l'affaire de votre médecin, c'est avant tout la vôtre ! D'autant que, assez probablement, lors de vos consultations médicales, votre médecin se concentre sur les résultats d'analyses sanguines, vos symptômes, un ajustement fin de vos dosages de médicaments, mais n'aborde pas forcément, ou pas en détail, ce que vous pouvez faire, vous, chaque jour, depuis le lever jusqu'au coucher, pour protéger votre thyroïde. Vous trouverez donc le mode d'emploi dans ce livre pratique.

Cas numéro 2. Vous vivez avec un proche souffrant d'un dysfonctionnement thyroïdien, et vous croyez « savoir ce que c'est »

Non, vous ne savez pas, honnêtement. Disons que ce proche est votre femme ou votre mari. Imaginez un peu : il est *hypothyroïdien*. Glissez-vous dans sa peau. C'est exactement comme si vous aviez 2 de tension, ou seulement la vitesse 1 disponible sur votre vélo alors que vous devez absolument parcourir 100 km pour vous rendre au travail, 100 autres pour en revenir, encore 100 autres pour faire les courses, etc. Ou encore, c'est comme si vous deviez vous rendre au supermarché, à l'école ou au travail chaussé de bottes 7 fois trop grandes pour vous, et marcher dans des sables mouvants pour atteindre votre objectif. La sensation de fatigue permanente, dès l'œil ouvert, et doublée de la certitude que vous ne pourrez jamais y arriver.

Disons maintenant que votre proche est *hyperthyroïdien*. C'est comme si vous veniez de siroter 7 expressos bien tassés, suivis de 4 boissons énergisantes. Ultra-stressé, ultra-anxieux, ultra-à l'affût, au taquet, tout prend des proportions. Vous avez envie de manger en permanence (mais vous vous freinez), pas moyen de fermer l'œil de la nuit, vous comptez les moutons tout en subissant les ronflements de votre bien-aimé partageant votre lit. Un enfer, comme si vous étiez en permanence perfusé à la caféine mais sans pour autant vous reposer entre-temps, donc une sensation d'essorage et de tension extrême permanente.

Disons enfin que votre proche vient d'être diagnostiqué « *cancer* » de la thyroïde. On a beau répéter que c'est un cancer « qui se guérit très bien », cela n'en reste pas moins un cancer, avec tout le stress, l'angoisse, la lourdeur médicale et des examens à venir – même après l'ablation chirurgicale – à laquelle il devra faire face. Et ce avec d'autant plus de courage que précisément les médecins (et donc les proches) seront rassurés et rassurants : « Tu as de la chance d'avoir ce cancer-là et pas un autre. » Non, évidemment, on n'a jamais de « chance d'avoir un cancer ». En plus, ici, une dimension émotionnelle en rajoute une épaisseur : on va « ouvrir le cou », et cela peut effrayer fortement.

N'oubliez jamais qu'au bout il y a une personne, un malade, qui a aussi besoin d'être rassuré, écouté, accompagné, et pas seulement soigné. Or, il y a souvent un abîme entre la réalité des patients et les idées reçues qui circulent autour des maladies de la thyroïde. « Tu vas voir, avec le traitement, ça va aller tout de suite comme sur des roulettes », « Vous grossissez alors que vous mangez peu ? mwouais... vous n'auriez pas tendance à grignoter la nuit, ou des bonbons dans la journée, sans m'en parler ? », « C'est dans votre tête tout ça, les chiffres sont bons, donc vous **devez** vous sentir

bien », « Un nodule ? Ce n'est rien du tout : on vous plante une longue aiguille dedans, on vérifie, mais c'est sûr, aucun souci, c'est rien je vous dis ! », « Quoi ? tu prends encore des médicaments ? Pourtant ma belle-mère m'a dit que la cousine de la fille du mari de la patronne de la fleuriste du coin a arrêté tout ça, ça ne sert à rien, elle s'est soignée en améliorant son hygiène de vie et en mangeant plein de courgettes... si tu ne veux pas suivre son exemple c'est que tu manques de volonté », etc.

Oui, on soigne bien, mais non, ce n'est pas si simple

La vérité, c'est que oui, on soigne plutôt bien ce cancer ; oui, les examens et les traitements sont de plus en plus performants ; oui, on peut très bien avoir une vie quotidienne normale malgré une maladie de la thyroïde. Mais non, ce n'est pas si simple ; non, tous les médecins ne sont pas compréhensifs et rassurants ; non, en tant que patient on ne sait pas si c'est bien de choisir cette option thérapeutique ou cette autre ; non, les médicaments ne sont pas tous équivalents aux mêmes doses ; non, une fois qu'on a été opéré de la thyroïde on n'est pas « débarrassé de tout ça » ; non, la libido ne revient pas comme par magie à la simple vue d'une plaque de comprimés de lévothyroxine ; non, on ne sait pas quoi répondre si un médecin prescrit un médicament antidépression ; non, il ne suffit pas d'enfiler ses baskets et d'aller courir quand on est en hypothyroïdie ; non, on ne guérit pas sa thyroïde en remplaçant son traitement par des compléments alimentaires dits naturels ; non, on ne peut pas tout faire « normalement comme les autres » – par exemple, on ne peut pas démarrer une grossesse sans surveillance, on ne peut pas « sauter » trop souvent un comprimé, etc. Non, non et non !

La réalité se situe au milieu. Avec le bon traitement, une bonne hygiène de vie, une alimentation adaptée, un effort physique bien dosé, une bonne compréhension de la maladie (et donc du traitement), un effort d'organisation au quotidien, oui, on parvient à avoir une vie « normale ». Oui, normale ! Avec une belle humeur, une belle énergie, la silhouette que l'on veut. Mais cela demande d'y mettre du vôtre, et de ne pas tout attendre d'une pilule miracle... qui n'existe pas. Souvent, il y a une traversée du désert, un passage par une certaine confusion, l'impression que « ça va être facile puisque tout le monde le dit », mais finalement « ce n'est pas facile du tout, je n'y arriverai jamais ». La confusion s'ajoute à la frustration, l'idée que « si l'on a un bon médecin ça va aller comme sur des roulettes ». Rappel : votre médecin est une chose, votre thyroïde, une autre.

Nous allons faire ce chemin ensemble, dans ce livre, où je m'efforce de répondre aux questions les plus courantes et les plus « simples » entendues à mon cabinet.

Voici le message à retenir quoi qu'il arrive : ne baissez jamais les bras, il y a toujours une solution, il est toujours possible d'aller mieux, et même, dans une immense majorité des cas, tout à fait bien. Dites-vous que votre thyroïde n'est pas votre ennemie, même si tout vous prouve le contraire pour l'instant. Bien au contraire, elle vous demande de l'aide, et si vous la lui apportez, elle vous le rendra au centuple et fera tout pour votre bien-être. N'entrez pas en guerre contre elle, contre votre médecin, contre la terre entière : travaillez au contraire patiemment en bonne intelligence avec elle, avec votre praticien, avec votre environnement, et vous verrez, tout ira beaucoup mieux.

Première partie

Ma thyroïde et moi
180 questions-réponses
(plus ou moins gênantes)
que l'on n'ose pas
toujours poser à son
médecin

Mal au ventre, à la tête, fatigue, contractures musculaires, perte de cheveux... le corps dispose d'un vocabulaire très étendu pour vous dire que quelque chose ne va pas. Souvent, un symptôme simple correspond à un problème simple. Par exemple, la constipation trahit, en général, un manque d'eau, de fibres et d'activité physique. Mais si ce symptôme s'accompagne d'autres symptômes, cet ensemble de symptômes est souvent lié, et alerte sur un problème plus complexe. C'est exactement le cas avec la thyroïde : lorsque tout va bien, vous n'avez même pas conscience de sa présence. Mais la voilà qui ralentit ou s'emballle, et c'est tout votre quotidien qui en est impacté, depuis votre transit intestinal jusqu'à votre niveau d'énergie, de votre silhouette à votre aspect général (posture, cheveux...), votre sommeil, et même votre relation aux autres. Problème : une thyroïde qui fonctionne mal peut, parfois, n'être responsable que de symptômes discrets, que l'on ne relie pas entre eux et encore moins à une petite glande installée dans le cou. En effet, qui n'est pas sujet, parfois, à l'anxiété ? À une ou deux bouffées de chaleur ? À une fatigue persistante ? À une petite constipation ? On se dit « ça va passer », et puis ça ne passe pas, alors on se dit « c'est normal, j'ai ça depuis des années/toujours ». C'est ainsi que 10 % d'entre nous vivent avec un problème de thyroïde sans être diagnostiqué, et donc sans être traité. C'est préoccupant.

Au-delà de l'inconfort au quotidien, une thyroïde déficiente peut finir par conduire à des conséquences médicales graves comme un surpoids persistant avec risque de diabète de type 2 à la clé, une fragilité cardiaque, une impossibilité à tomber enceinte (alors que « tout va bien par ailleurs »), bref, à détraquer de grands systèmes. Alors soyez attentif. Si vous souffrez de plusieurs signes décrits dans ce livre, s'il vous plaît, ne vous dites pas « c'est normal, j'ai toujours été comme ça » ou « ma mère avait exactement les mêmes, c'est de famille » ou encore « mais tout le monde est crevé et grossit, c'est à cause du stress/de la société/de la Covid-19/du confinement/du chômage... ». Peut-être... mais peut-être aussi est-ce votre petite thyroïde qui fait des siennes ! Prenez rendez-vous chez votre médecin pour en avoir le cœur net : vous mettrez ainsi en place, si nécessaire, une stratégie – parfois seulement basée sur l'hygiène de vie – qui pourrait vous éviter bien des soucis embêtants plus tard.

LES MALADIES DE LA THYROÏDE

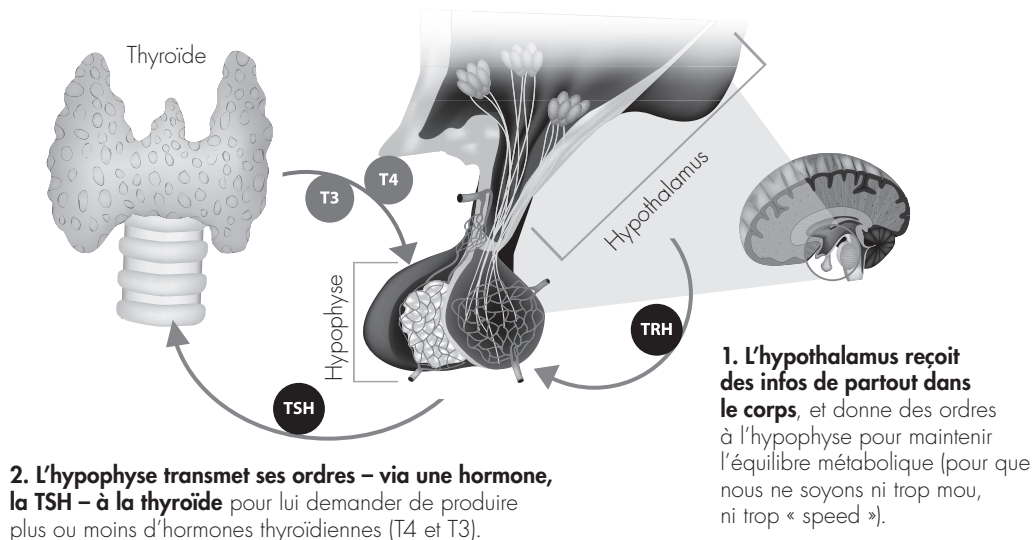
LA THYROÏDE : PRÉSENTATION

La thyroïde est une petite glande, en forme de papillon, située dans le cou. Elle est essentielle à la vie quotidienne. Elle sécrète 24/24 des hormones pour accélérer ou freiner le métabolisme, c'est-à-dire l'énergie de quasi chacune de nos cellules. Comme le métabolisme régle à peu près tout dans le corps, forcément, lorsque la thyroïde déraile, rien ne va plus. Mais alors même parfois plus du tout. La thyroïde saine est donc un genre de « général en chef », prié d'être au front sans relâche pour que nous restions en forme, mince, souriant, et que tout se passe bien côté digestion, sommeil, humeur, battements cardiaques, etc. Son fonctionnement normal et sain est le suivant.

LES HORMONES DE LA THYROÏDE

3. La thyroïde produit les T4 et T3 à partir de l'iode qu'elle reçoit par voie sanguine (pas d'iode = pas de T4/T3).

4. Les hormones T4 et T3 filent partout dans le corps : dans le cœur, le foie, les muscles, les os, la peau, le cerveau, l'intestin... pour y stimuler le métabolisme, l'activité.



LA THYROÏDE NE FONCTIONNE PAS « TOUTE SEULE »

Le fonctionnement de la glande thyroïdienne est très complexe. C'est l'hypothalamus qui dit à l'hypophyse ce qu'elle doit « faire », pour résumer. Pour parler à l'hypophyse, l'hypothalamus utilise la TRH ; et à son tour l'hypophyse produit de la TSH pour parler à la thyroïde ; et à son tour, pour parler à toutes nos cellules, la thyroïde fabrique de la T3 et de la T4, les fameuses hormones thyroïdiennes.

Partout dans le corps, ensuite, ces hormones thyroïdiennes activent, ou non, en fonction d'enzymes particulières. De nombreuses interférences peuvent se produire à différents niveaux, justement du fait de la complexité du système. Les aliments, le stress, le tabac, les polluants... auront un impact sur la glande elle-même, sur l'iode, sur l'hypophyse, etc. Pour que la machine ne s'emballe pas et que la thyroïde ne produise pas trop d'hormones, le système de frein s'appelle le feedback. Grâce à lui, l'hypothalamus réduit sa production de TRH, et le reste de la cascade ralentit donc aussi.

DÉPISTER ET SOIGNER L'HYPOTHYROÏDIE

Vous soupçonnez de souffrir d'hypothyroïdie ? Avant toute chose, le médecin va écouter vos plaintes, palper votre thyroïde et vous prescrire une première analyse de sang. C'est à partir de ces éléments qu'il pourra (ou non) poursuivre ses investigations et établir le traitement.

Les premiers examens

Le médecin vous a d'abord prescrit un dosage de TSH. C'est ce qu'on appelle un « examen de première intention ». Les résultats sont très faciles à interpréter, car même si les symptômes sont réduits (voire absents), un taux élevé de TSH signifie que l'hypophyse est obligée de multiplier les messages pour inciter la thyroïde à faire son travail. On parle alors d'une hypothyroïdie « partielle compensée » ou « infraclinique ». Mais cette surstimulation de la thyroïde par les hormones hypophysaires ne peut pas fonctionner indéfiniment. À terme, la thyroïde ne parviendra plus à produire suffisamment d'hormones, malgré les messages incessants de l'hypophyse.

Si un taux élevé de TSH est associé à des symptômes marqués, le médecin conclura à une hypothyroïdie installée, aussi appelée « hypothyroïdie vraie » ou « avérée ».

Il pourra alors faire pratiquer un dosage des T3 libres et T4 libres pour parfaire son diagnostic. Si leur taux est trop faible, l'hypothyroïdie sera vraiment confirmée.

Les examens complémentaires

Lorsque le médecin a palpé votre glande thyroïde, il a pu percevoir de l'extérieur certaines anomalies : thyroïde trop volumineuse (goitre), nodules décelables au toucher. Pour en avoir le cœur net, il vous prescrira alors une échographie afin de visualiser la glande dans son ensemble. Mais il ne vous enverra probablement pas faire une scintigraphie, cet examen étant rarement utile pour l'évaluation des hypothyroïdies.

Le médecin pourra également vous prescrire un dosage des anticorps anti-TPO (anti-thyro-péroxydase) et anti-thyro-globuline, afin de vérifier si votre hypothyroïdie est d'origine auto-immune. Dans certains cas, des recherches familiales peuvent être demandées lorsque le trouble peut avoir une origine génétique.

LES RECOMMANDATIONS DE L'ANAES

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé recommande aux médecins les examens suivants pour le diagnostic et la surveillance des hypothyroïdies.

	DIAGNOSTIC	SURVEILLANCE
Examens de 1 ^{re} intention	– TSH	– TSH
Examens de 2 ^e intention	– T4 I – Anticorps anti-TPO – Test à la TRH (<i>en cas de suspicion d'hypothyroïdie secondaire ou tertiaire</i>)	– Exceptionnellement T4 I ou T3 I (<i>en cas de traitement à la L-Thyroxine</i>) – T3 I (<i>en cas de traitement à la triiodothyronine</i>)
Examens inutiles	– T3 I – Autres dosages immunologiques – Thyroglobuline – Iodurie – Lipides (<i>sauf évaluation des facteurs de risque cardio-vasculaire</i>)	– Autres dosages immunologiques – Thyroglobuline – Iodurie – Lipides (<i>sauf évaluation des facteurs de risque cardio-vasculaire</i>)

Le traitement

C'est la partie la plus simple du dispositif : pour soigner une hypothyroïdie, il suffit d'apporter au corps, par voie médicamenteuse, les hormones manquantes. Il s'agit donc d'une forme de complémentation hormonale, au même titre que le traitement hormonal substitutif de la ménopause. Ce type de traitement est généralement définitif : il doit être pris à vie. Mais les produits sont parfaitement tolérés et l'observance est simple : une dose quotidienne à prendre le matin, sous forme de comprimé.

Autrefois, les patients avaient à leur disposition des extraits de glande thyroïdienne. Cela posait un problème car l'effet des produits était variable. Il fallait donc réadapter en permanence le traitement. Aujourd'hui, les médicaments contiennent des molécules de synthèse beaucoup plus fiables. Une fois que l'on a trouvé la bonne dose, il suffit de poursuivre le traitement.

Pour trouver cette dose « idéale », il faut parfois tâtonner un peu. Au début, le médecin prescrit une dose moyenne qu'il détermine en fonction des résultats des analyses sanguines et de votre poids corporel. Par la suite, il peut diminuer ou augmenter la posologie jusqu'à trouver la bonne dose, c'est-à-dire celle qui procure un bien-être quotidien. Votre ressenti constitue votre principale boussole.

Une fois le traitement stabilisé, un examen sanguin annuel suffit pour contrôler l'effet du traitement. Celui-ci doit révéler un taux de TSH assez bas et un taux de T3/T4 acceptable. Il faut souvent augmenter progressivement les doses au fil des ans, ce réajustement se faisant à partir des symptômes et des dosages sanguins.

Certains traitements interfèrent avec les hormones thyroïdiennes, notamment les gels d'aluminium que l'on peut prendre pour calmer les brûlures digestives ou certains produits à base de fer prescrits pour augmenter le nombre de globules rouges en cas d'anémie. Une fois encore, c'est à partir du ressenti quotidien et des examens sanguins que l'on peut ajuster le traitement.

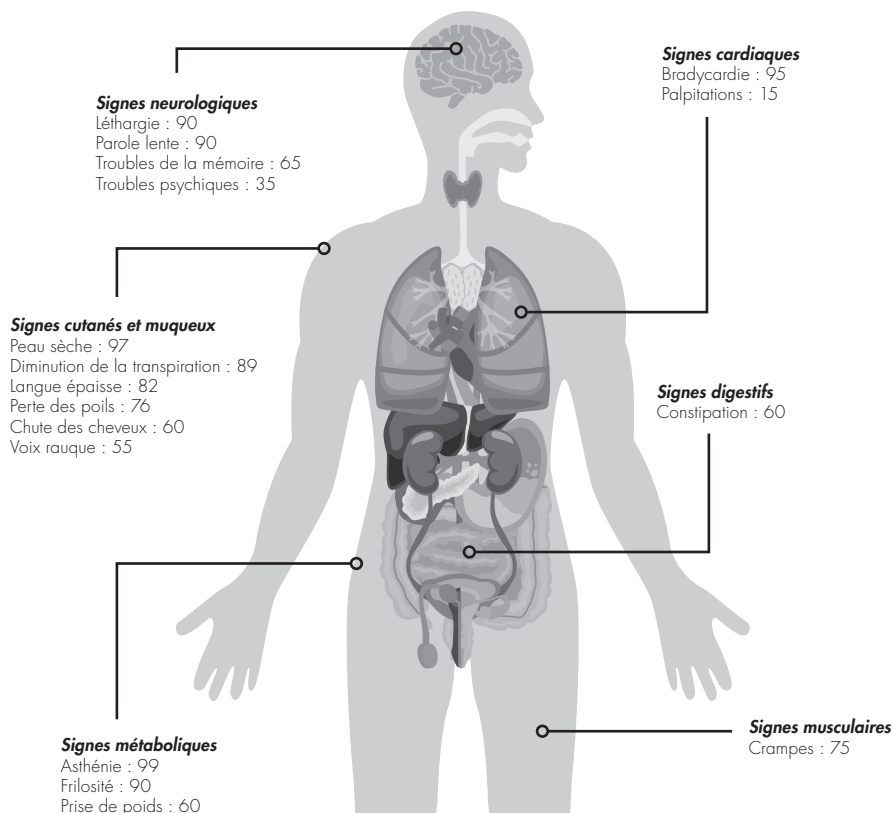
Les médicaments sont de deux types : certains produits contiennent uniquement des T4 (Lévothyrox®), d'autres des T3 (Cynomel®), d'autres encore des T3 et des T4 (Euthyral®). Le choix sera fait par le médecin en fonction de son diagnostic et de votre réaction.

LORSQU'ON N'A PLUS DE THYROÏDE...

Après une ablation totale de la thyroïde, le corps ne produit plus du tout d'hormones. Il faut donc compenser cette carence définitive. Ce type d'hypothyroïdie « totale » est soigné de la même manière, avec les mêmes médicaments, mais les doses sont généralement plus élevées. La surveillance se fait de la même façon : des dosages de TSH (une ou deux fois par an), afin de vérifier que l'hypophyse a complètement cessé d'envoyer des messages en direction de la glande qui a disparu.

Les principaux signes de l'hypothyroïdie

On peut globalement comparer une personne hypothyroïdienne à un escargot triste.



LES SIGNES CLINIQUES DE L'HYPOTHYROÏDIE (EN %)

DÉPISTER ET SOIGNER L'HYPERTHYROÏDIE

Lorsque vous arrivez dans le cabinet du médecin, il procède avant tout à l'examen clinique : il écoute vos plaintes et palpe votre thyroïde. À partir des informations qu'il tire de ces premiers gestes, il entreprend un parcours un peu plus compliqué que pour l'hypothyroïdie.

Les premiers examens

Première étape, une fois encore, les examens sanguins. Le médecin va vous prescrire un dosage de la TSH. Première constatation en cas d'hyperthyroïdie : la TSH est basse. La thyroïde produisant trop d'hormones, l'hypophyse peut baisser sa vigilance et envoyer moins de messages. Mais un taux de TSH bas ne suffit pas à affirmer qu'il y a une hyperthyroïdie. Il arrive que cette hormone diminue dans le sang sans qu'il y ait pour autant un excès d'hormones thyroïdiennes. C'est le cas, par exemple, dans les périodes de stress intense. Les symptômes associés permettent alors au médecin de faire le point : si le patient n'en présente aucun (amaigrissement, augmentation du rythme cardiaque, tremblements...) c'est que la baisse de TSH n'est pas nécessairement liée à une hyperthyroïdie. Il pourra confirmer son diagnostic en faisant doser les T3 libres et T4 libres. Si le taux de ces hormones thyroïdiennes est trop élevé, il saura à coup sûr que son patient souffre d'hyperthyroïdie.

Les examens complémentaires

Deuxième étape, trouver l'origine du déséquilibre. La palpation permet déjà au médecin de déceler une éventuelle hypertrophie de la glande (goitre) ou la présence de nodules qui pourraient être à la base de l'hyperthyroïdie. Il fera alors pratiquer une échographie pour visualiser la glande, et surtout une scintigraphie. C'est un examen majeur dans ce domaine. Il permet non seulement de déceler le fonctionnement des éventuels nodules, mais aussi (et surtout) de voir s'ils produisent des hormones thyroïdiennes en excès. Quand ce n'est pas la glande tout entière qui s'affole et devient hyperactive.

Lorsqu'il n'y a ni goitre ni nodule, il faut chercher une autre cause à l'hyperthyroïdie. Le médecin se tourne alors vers les dosages d'anticorps. Il fera notamment doser les anticorps anti-récepteurs de la TSH, qui brouillent le message de l'hormone hypophysaire et incitent la thyroïde à produire trop d'hormones. Leur présence indique une probabilité de maladie de Basedow.

L'hyperthyroïdie est parfois due à une simple inflammation de la glande. Le plus souvent, il s'agit d'une maladie de De Quervain. L'inflammation est alors associée à des symptômes typiques (violentes douleurs au niveau du cou, fièvre) que le médecin peut rapidement déceler dans le discours de son patient. Cependant, il arrive que cette maladie ne provoque aucune douleur. Beaucoup plus rarement, l'inflammation peut aussi révéler une maladie de Hashimoto débutante.

LES RECOMMANDATIONS DE L'ANAES

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé recommande aux médecins les examens suivants pour le diagnostic et la surveillance des hyperthyroïdies.

	DIAGNOSTIC POSITIF	DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE	SURVEILLANCE
Examens de 1 ^{re} intention	– TSH		– TSH, hormones libres T4 l ou T3 l
Examens de 2 ^e intention	– T4 l – T3 l (si T4 l normale et TSH basse)	– Anticorps anti-TPO (hyperthyroïdie auto-immune) – Anticorps anti-récepteurs de la TSH (maladie de Basedow) – Thyroglobuline (thyrotoxicose factice) – Iodémie/iodurie (hyperthyroïdie iatrogène) – VS, CRP (thyroïdite de De Quervain) – Test à la TRH (adénome thyrotrope, résistance aux hormones thyroïdiennes)	– Anticorps anti-récepteurs de la TSH (dans la maladie de Basedow)
Examens inutiles	– Test à la TRH (sauf situation exceptionnelle) – Anticorps anti-TPO – Anticorps anti-thyroglobuline – Anticorps antirécepteurs de la TSH – Thyroglobuline – Thyroxin Binding Globulin (TBG) – Iodémie/iodurie – VS, CRP – Lipides	– TBG – Lipides	– Thyroglobuline – TBG – Iodémie/iodurie – VS, CRP – Lipides

Le traitement

Selon les cas, l'hyperthyroïdie se soigne par voie médicamenteuse ou chirurgicale. Les ATS, ou antithyroïdiens de synthèse, sont les plus largement prescrits (Propylthiouracile® ou Proracyl®, Basdène®, Thyrozol® ou Néo-Mercazole®).

Ces médicaments, très efficaces, contiennent des molécules capables de bloquer la synthèse des hormones. Mais la mise au point du traitement demande un peu de doigté, car dans un premier temps, les hormones contenues dans la glande continuent à se déverser dans le sang. S'ajoute à cela le temps nécessaire pour que le blocage hormonal soit effectif (au moins deux semaines). Il faut donc tâtonner un moment avant de déterminer la bonne posologie. Ajoutons que la prescription d'un ATS s'accompagne d'une surveillance obligatoire des globules blancs pendant les 6 premières semaines de traitement.

Dans tous les cas, les ATS sont prescrits en première intention, même si la chirurgie est déjà envisagée, car une opération sur une personne hyperthyroïdienne peut déclencher de graves crises d'hyperthyroïdie (crise aiguë thyrotoxique).

LES ANTITHYROÏDIENS DE SYNTHÈSE

NOM COMMERCIAL	NOM CHIMIQUE	PRÉSENTATION (CP EN MG)	POSOLOGIE D'ATTAQUE	POSOLOGIE D'ENTRETIEN
Propylthiouracile® ou Proracyl®	Propylthiouracyle	25	8 à 12 cp	1 à 3 cp
Basdène®	Benzylthiouracile	25	8 à 12 cp	4 cp
Néo-Mercazole®	Carbamizole	5 20	8 à 12 cp 2 à 3 cp	2 à 3 cp 2 à 3 cp + thyroxine
Thyrozol®	Thiamazole	5 10 20	2 à 8 cp 1 à 4 cp ½ à 2 cp	1 à 2 cp ½ à 1 cp ½ cp

Deux démarches sont possibles. Autrefois, on commençait par prescrire de fortes doses de produits, puis on les réduisait progressivement en vérifiant la réaction du patient par des analyses de sang régulières. Cette méthode n'était pas dénuée d'inconvénients car l'hypothyroïdie provoquée par le traitement n'est pas facile à contrôler. En outre, elle demande de fréquents dosages sanguins pour adapter la posologie du traitement. C'est pourquoi, aujourd'hui, une autre méthode est proposée (selon le protocole décrit par Romaldini) : on donne de fortes doses d'ATS, associées aux mêmes hormones thyroïdiennes que l'on prescrit en cas d'hypothyroïdie. Les secondes compensent les réactions brutales provoquées par les premiers, ce qui permet à l'hyperthyroïdie de se stabiliser rapidement, sans inconvénients pour le patient.

Lorsque l'hyperthyroïdie est modérée, il est possible de prescrire des bêtabloquants. Leur effet premier est de bloquer l'action de certains neuromédiateurs cérébraux. Mais ils ont une action supplémentaire : ils réduisent la transformation périphérique de T4 en T3. C'est parfois suffisant pour rééquilibrer le fonctionnement thyroïdien, mais ces cas sont rares car la bascule vers une hyperthyroïdie plus sévère est toujours possible et impose une surveillance stricte. Ces hyperthyroïdies modérées se rencontrent parfois dans les maladies de Hashimoto débutantes, lorsqu'elles commencent par une hyperthyroïdie discrète qui se transforme ensuite en hypothyroïdie.

Contrairement aux hormones thyroïdiennes, que l'on doit prendre à vie, ces traitements durent en général 18 mois. Dans 70 à 75 % des cas, la guérison est au rendez-vous. Cependant, les ATS au long cours sont rarement prescrits après un certain âge car les chances de guérison sont plus limitées. Ils ne sont pas adaptés non plus lorsque l'hyperthyroïdie s'accompagne d'une glande thyroïde présentant des nodules importants. Là encore, les chances de guérison au long cours sont faibles.

Dans ce cas (ou lorsque les traitements n'ont pas produit l'effet escompté), il reste une solution pour « radicaliser » le traitement de l'hyperthyroïdie : la chirurgie. Il peut s'agir d'une ablation totale lorsque l'hyperthyroïdie est en relation avec un dysfonctionnement de toute la glande thyroïde (maladie de Basedow) ou d'une ablation partielle de la glande si le patient est porteur de nodules engendrant l'hyperthyroïdie. Cette opération très courante ne pose pas de problème majeur. Mais elle demande un traitement préparatoire à base d'ATS pour diminuer l'excès hormonal, et un traitement postopératoire pour traiter l'hypothyroïdie qui en découle.

Il est également possible de prescrire un traitement par iode radioactif (irathérapie) qui consiste à bloquer la fonction thyroïdienne de façon plus progressive. Ces traitements