



Thyroïde hyperactive (hyperthyroïdie)

🕒 paru le 01/10/2019 • adapté au contexte belge francophone

Un guide-patient est un outil réalisé pour vous aider à faire des choix pour votre santé. Il vous propose des informations basées sur la recherche scientifique. Il vous explique ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé ou ce que les professionnels peuvent vous proposer lors d'une consultation. Bonne lecture !

De quoi s'agit-il ?

La thyroïde est une petite glande en forme de papillon qui se trouve à la base du cou, juste en-dessous de la pomme d'Adam.

Elle produit des hormones thyroïdiennes (T3 (triiodothyronine) et T4 (thyroxine)). Ces hormones jouent un rôle important, à toutes les étapes de la vie. Elles permettent

- une croissance et un développement normaux,
- la régulation de nombreux processus, dont le métabolisme (elles stimulent le métabolisme),
- et que la grossesse se déroule normalement.

Lorsque votre thyroïde est hyperactive, elle fabrique trop d'hormones thyroïdiennes (hyperthyroïdie). Cela stimule votre métabolisme.

La cause la plus fréquente est la maladie de Basedow ou de Graves Basedow. Dans ce cas, vous fabriquez des anticorps contre votre propre thyroïde (anticorps antithyroïdiens). Cette maladie provoque souvent des symptômes graves et touche généralement des femmes âgées de 30 à 40 ans.

Une autre cause possible est le développement de petites boules (nodules) dans la thyroïde. Ce nodule peut produire un supplément d'hormones thyroïdiennes (« nodule chaud »). Lorsqu'il n'y a qu'un seul nodule, on parle d'adénome ou de nodule isolé. Lorsqu'il y a plusieurs nodules ou un gonflement global de la thyroïde, on parle de « goitre ». Parfois, le goitre est si volumineux qu'il s'étend jusque derrière le sternum (goitre plongeant). La présence de nodules n'est pas toujours synonyme d'hyperthyroïdie. Les « nodules froids », en l'occurrence, ne produisent pas d'hormones thyroïdiennes et n'entraînent donc pas d'hyperthyroïdie.

L'hyperthyroïdie peut être temporaire, comme dans le cas d'une inflammation de la thyroïde (thyroïdite). Mais une thyroïde hyperactive peut aussi être une réaction temporaire qui précède une thyroïde paresseuse (hypothyroïdie).

Enfin, l'hyperthyroïdie peut être provoquée par des médicaments ou des produits de contraste utilisés pour certains examens d'imagerie, tels qu'un CT scan.

Quelle est sa fréquence ?

L'hyperthyroïdie est moins fréquente que l'hypothyroïdie. On estime qu'environ 1 personne sur 100 a une thyroïde hyperactive. L'hyperthyroïdie est plus fréquente chez les femmes (1,7 %) que chez les hommes (0,5 %).

Comment la reconnaître ?

Dans certains cas, la maladie commence avec des symptômes très marqués ; dans d'autres cas, on n'observe qu'un gonflement localisé ou généralisé au niveau du cou.

Les signes fréquents d'hyperthyroïdie sont :

- Symptômes généraux : hypersensibilité à la chaleur, transpiration, fatigue, faiblesse musculaire, état général amoindri, tremblements des mains, perte de poids (même avec un bon appétit), soif excessive et besoin fréquent d'uriner, troubles du cycle menstruel.
- Symptômes cutanés : peau chaude et humide.
- Symptômes gastro-intestinaux : diarrhée, augmentation de la fonction intestinale, difficultés à avaler en raison de la pression exercée par la thyroïde sur l'œsophage.
- Symptômes cardiaques : principalement troubles du rythme et accélération du rythme cardiaque.
- Symptômes psychologiques : irritabilité, nervosité, insomnie.
- Symptômes oculaires, notamment yeux saillants (uniquement en cas de maladie de Basedow).

Ces symptômes ne se manifestent pas nécessairement tous ensemble. Les personnes âgées, en particulier, ne présentent souvent qu'un seul symptôme, par exemple des palpitations ou une perte de poids.

Comment le diagnostic est-il posé ?

Il est souvent difficile de poser un diagnostic uniquement sur base des symptômes car beaucoup de ces symptômes sont aussi présents dans d'autres maladies. Et c'est encore plus difficile si vous avez peu de symptômes. En plus, un gonflement de la thyroïde ne s'accompagne pas toujours d'une augmentation de production d'hormones. Le médecin fera donc toujours une prise de sang en plus de l'examen clinique.

Trois hormones peuvent être mesurées dans le sang : la TSH, la T4 et la T3. La TSH est la première hormone contrôlée lorsqu'il s'agit de détecter une maladie thyroïdienne. Si (et seulement si) la TSH n'est pas normale, la T4 et éventuellement la T3 sont mesurées. Si le médecin suspecte une maladie de Basedow, il demandera aussi une analyse des anticorps antithyroïdiens.

En complément, une échographie et une scintigraphie (examen nécessitant l'injection d'un produit de contraste) peuvent également être réalisées pour mesurer la taille de la thyroïde et visualiser un ou plusieurs nodules hyperactifs (chauds).

Que pouvez-vous faire ?

Lorsque vous êtes sous traitement pour une hyperthyroïdie, il n'y a pas grand-chose que vous puissiez faire à part prendre vos médicaments en suivant scrupuleusement les instructions.

Il est toutefois important de rester vigilant face aux éventuels effets secondaires des médicaments : une fièvre et un mal de gorge peuvent indiquer une destruction anormale de globules blancs, ce qui signifie que votre système immunitaire ne fonctionne plus correctement.

Si vous souhaitez avoir un enfant, il est important d'en discuter avec votre médecin, car une quantité insuffisante ou excessive d'hormones thyroïdiennes peut être nocive pour le fœtus. Par ailleurs, si vous prenez certains médicaments pour la thyroïde ou un traitement à l'iode radioactif, toute grossesse est déconseillée jusqu'à au moins 6 mois après la fin du traitement.

Que peut faire votre médecin ?

Votre médecin généraliste instaure les médicaments pour le traitement de l'hyperthyroïdie et vous oriente vers un spécialiste des hormones (endocrinologue) pour le suivi.

Pour le traitement médicamenteux, le premier choix se porte sur un antithyroïdien. Il s'agit d'un médicament qui ralentit la fonction thyroïdienne. Un médicament qui ralentit le rythme cardiaque (bêtabloquant) peut aussi être prescrit.

Votre médecin surveillera votre traitement de près au moyen de prises de sang. Il peut ainsi contrôler l'efficacité du traitement et détecter rapidement d'éventuels effets secondaires. Une fois que les hormones thyroïdiennes sont normalisées par les médicaments, il peut décider de la suite de la prise en charge : maintien du traitement actuel, traitement à l'iode radioactif ou chirurgie. Ce choix dépend de la taille de la thyroïde, de la sévérité des symptômes, de la présence d'une grossesse ou allaitement, de l'âge et de la présence d'autres maladies graves éventuelles.

Si le traitement est poursuivi, le médecin vous donnera un antithyroïdien pendant une plus longue période. La durée de ce traitement est généralement de 1 an à 1 an et demi. Le traitement médicamenteux ne permet pas toujours de

ralentir définitivement la thyroïde. La maladie peut récidiver à l'arrêt du médicament, comme c'est toujours le cas en présence d'un goitre. Les médicaments doivent dès lors être pris à vie.

Si vous souffrez de la maladie de Basedow, le risque de réapparition de la maladie est d'une chance sur 2. Le risque de récurrence est également plus important si vous avez une thyroïde très volumineuse et des valeurs thyroïdiennes élevées et difficiles à normaliser.

Le traitement à l'iode radioactif est une sorte de radiothérapie locale. La méthode est sans danger. L'iode n'est absorbé qu'au niveau de la thyroïde et détruit le tissu thyroïdien de manière très localisée. Le traitement peut alterner la prise de médicaments et l'administration d'iode jusqu'à diminution des concentrations d'hormones thyroïdiennes. L'un des inconvénients du traitement est que la thyroïde n'est souvent plus assez fonctionnelle par la suite et qu'il est donc nécessaire de prendre des hormones thyroïdiennes en traitement chronique. L'avantage de ce traitement est qu'il peut réduire la taille de la thyroïde lorsque celle-ci est gonflée. La méthode est dès lors souvent utilisée dans le traitement d'un goitre.

Si vous présentez des symptômes oculaires, le traitement à l'iode radioactif n'est généralement pas choisi, car il peut aggraver les symptômes oculaires.

Le choix se porte plutôt sur la chirurgie lorsque la thyroïde est très volumineuse et que, par exemple, elle exerce une pression sur la trachée. Lors de cette intervention, la thyroïde peut être enlevée en partie ou en totalité. Comme dans le cas du traitement à l'iode radioactif, vous devrez ensuite prendre des hormones thyroïdiennes. Comme dans toute opération, il existe un risque de complications : une paralysie des cordes vocales si un nerf est touché pendant l'opération ou une hypoparathyroïdie en cas d'atteinte des glandes parathyroïdes. Cela arrive entre 2 et 4 fois sur 100. C'est pourquoi la chirurgie thyroïdienne se pratique de préférence dans un centre spécialisé.

En savoir plus ?

- [Hyperthyroïdie : quand la thyroïde s'emballe – mongeneraliste.be – SSMG – Société Scientifique de Médecine Générale](#)
- [L'échographie, ici](#), ou [à trouver sur cette page des Cliniques St Luc UCL](#)
- [La scintigraphie, ici](#), ou [à trouver sur cette page des Cliniques St Luc UCL](#)
- [Antithyroïdiens – CBIP – Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique](#)
- [Traitement chirurgical de la thyroïde \(image de thyroïde\) – Hôpital Erasme ULB](#)

Source

[Guide de pratique clinique étranger 'Hyperthyroïdie' \(2000\), mis à jour le 08.08.2017 et adapté au contexte belge le 31.12.2017 – ebpracticenet](#)