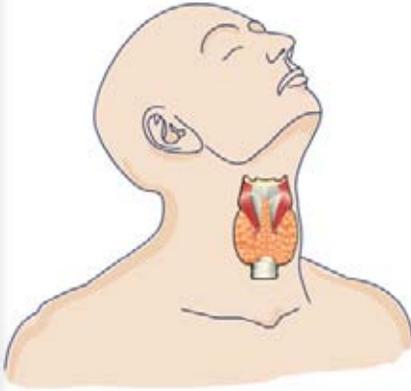


Quand les hormones thyroïdiennes font de la résistance !



La thyroïde est une petite glande située dans la partie antérieure du cou. Elle a la forme d'un papillon, composée de deux lobes, unis par une partie centrale appelée « isthme ». Chaque globe mesure environ 4 à 5 cm de haut pour un adulte et 1 à 2 cm d'épaisseur. Sa taille et son poids peuvent cependant varier en fonction de l'âge, du sexe, des variations hormonales ou de la présence d'une pathologie (kystes, nodules, goitre, atrophie etc.).

Le rôle de la thyroïde est de réguler les processus métaboliques à savoir la production et l'utilisation de l'énergie dans tout l'organisme. Elle favorise la croissance des tissus, le développement physique et mental du fœtus. Afin d'adapter la dépense d'énergie de l'organisme à ses besoins, la thyroïde sécrète différentes hormones dont les plus importantes sont la T4 (thyroxine), et la T3 (liotironine). La T4 représente 80 % des hormones sécrétées et la T3 16 %. La T4 est considérée comme précurseur de l'hormone active T3. Pour cela, la T4 doit donc être transformée en T3 pour assurer une grande part des fonctions de la thyroïde.

99 % des hormones thyroïdiennes présentes dans le sang sont liées à des protéines de transport (TBG, TBPA à, TBA). Seulement 1 % circule sous forme libre et est métaboliquement actif.

L'activité biologique de la T4 étant très faible, elle doit donc être transformée en T3, plus active au niveau du foie et des reins. Cette transformation est liée à une enzyme appelée 5- déiodase, qui en supprimant un atome d'iode convertit la T4 en T3. Cette enzyme contient du sélénium dont la présence doit être en quantité suffisante (100 à 200 µg minimum,) pour que les hormones thyroïdiennes soient efficaces, et en synergie avec d'autres cofacteurs comme les vitamines C, D, E, et celles du groupe B ainsi que certains minéraux comme le magnésium, le zinc, le fer, le chrome, le manganèse et bien sûr l'iode. La carence en l'un des cofacteurs sus cités, peut compromettre cette conversion et entraver le bon fonctionnement de la glande.

Plusieurs facteurs peuvent perturber le fonctionnement de la glande thyroïde (maladies auto-immunes, nodules thyroïdiens, cancer etc.). En dehors de ces troubles pathologiques dont les causes peuvent être multifactorielles, il est fréquent qu'elle présente une moindre sécrétion d'hormones thyroïdiennes même si les dosages habituellement

effectués au niveau sanguin demeurent corrects. Il n'est pas rare non plus de constater que malgré un traitement médical bien conduit certaines personnes présentent les symptômes évocateurs d'un mauvais fonctionnement thyroïdien.

L'hypothyroïdie est de loin la plus fréquente des affections thyroïdiennes (3% de la population mondiale). Elle peut être primaire en raison d'une anomalie structurelle (malformation, traumatisme etc.), ou une maladie thyroïdienne. Elle peut être également secondaire à une anomalie hypophysaire ou hypothalamique.

Il existe également des personnes résistantes aux hormones thyroïdiennes soit en lien avec un défaut génétique des récepteurs cellulaires, soit par une détérioration de ces derniers par des substances toxiques (radiations, perturbateurs endocriniens...), polluantes ou par une production excessive de radicaux libres ou de cytokines pro inflammatoires endogènes.

L'hypothyroïdie peut également être liée à un déficit de conversion de T4 en T3. Dans ce dernier cas, il est fréquent de constater un lien excessif des hormones thyroïdiennes avec les protéines de transport, empêchant les cellules de les utiliser sous forme libre. Ce phénomène est souvent lié à un excès d'œstrogènes prises par voie orale (pilule contraceptive, le traitement hormonal substitutif), un mauvais métabolisme hépatique de ces hormones ou à un excès de production de ces dernières par le tissu adipeux (grand producteur d'œstrogènes).

Les causes les plus courantes d'hypométabolisme de la thyroïde selon J. M Lee, sont les déficits en vitamine D, les carences en fer et les niveaux trop élevés ou trop faibles de cortisol. Les causes toxiques viennent également s'ajouter.

Les niveaux trop élevés de cortisol, en lien avec un stress chronique physique ou psychique, dont les valeurs normales salivaires peuvent être comprises entre 3,7 et 9,5 ng/ml, suppriment la TSH et bloquent la conversion de la T4 en T3. Inversement, des niveaux trop bas réduisent le nombre de récepteurs et le transport de la T3 à l'intérieur de la cellule. En cas de stress important, l'organisme a besoin de conserver de l'énergie. Il va donc limiter la conversion de T4 en T3 et une grande partie de la T4 sera convertie en rT3 ou T3 réverse (forme quasiment inactive mais occupant les mêmes récepteurs que la T3).

Le professeur Jeffrey Bland rapporte que des carences en vitamine D pourraient être en lien avec des symptômes d'hypothyroïdie chez un bon nombre de personnes. Afin de garantir une réponse optimale des récepteurs cellulaires aux hormones thyroïdiennes, le niveau sanguin de vitamine D devrait être compris entre 50 et 70 ng/ml, plus élevé que les valeurs admises comprises entre 30 et 70 ng/ml. La plupart des personnes présentent un déficit en vitamine D avec des taux sanguins inférieurs à 20 - 30 ng/ml. Cette carence universelle semblerait présente chez plus de 80 % de la population vivant au-dessus du 36e parallèle (France inclus).

Les carences en fer réduisent la synthèse des hormones thyroïdiennes par l'enzyme thyropéroxydase, ferrodépendante. Pour un fonctionnement optimal, le taux de ferritine devrait être compris entre 90 et 110 ng par litre.

Certaines études ont démontré chez plusieurs patientes une disparition des symptômes de l'hypothyroïdie suite à la prise de doses élevées de vitamine D (4000 à 10 000 unités par jour) et de complément en fer (glycinate).



Causes d'un dysfonctionnement thyroïdien

- Le stress qui génère l'affaiblissement de la fonction immunitaire et le dysfonctionnement de la fonction surrénalienne
- Une intoxication aux métaux lourds (mercure, plomb, aluminium...), pesticides, radiations...
- Malnutrition, déséquilibre en oligo-métaux (sélénium, fer, cuivre, iode, manganèse, magnésium, cobalt, soufre, zinc, lithium...) et vitamines (C, A, D, B...)
- Le tabagisme (augmentation de 42% de l'incidence d'hypothyroïdie)
- Les conflits psychoaffectifs
- Maladie auto-immunes, diabète, obésité
- Une insuffisance hépatique fonctionnelle
- Une insuffisance rénale fonctionnelle
- Des causes iatrogènes
 - médicaments iodés
 - œstrogènes et contraceptifs oraux,
 - glucocorticoïdes, antidépresseur (en particulier les SSRI)
 - interféron....
- Un déséquilibre immunitaire
- Des prédispositions génétiques
- La vieillesse
- Les ondes électromagnétiques

De nos jours, le diagnostic d'une hypothyroïdie repose essentiellement sur les examens de laboratoire : dosage de la TSH, T3, T4. Ces dosages sont des indicateurs de la fonction thyroïdienne mais ne peuvent à eux seuls évaluer de manière précise la façon dont notre cellule utilise les hormones thyroïdiennes.

Le sang est un lieu de transit et comme nous l'avons abordé en amont, les hormones doivent se fixer aux récepteurs cellulaires afin de pénétrer à l'intérieur de la cellule pour y être utilisées. C'est pourquoi les signes cliniques sont également très importants à prendre en compte : prise de poids inexplicquée, frilosité, fatigue, chute de cheveux, baisse de la température corporelle, tendance à la rétention d'eau, hypotonie musculaire etc. De nombreux signes peuvent alerter sur un potentiel ralentissement de la fonction thyroïdienne.

Les principaux symptômes de l'hypothyroïdie sont : la fatigue, une prise de poids et ou de la rétention de fluides = mains et paupières enflées (importance de la T3 et T4 pour le collagène), la peau jaune, pâle, sèche, des ongles fragiles, mous, une diminution ou disparition de la queue des sourcils, des dermatites, ou de l'eczéma... un goitre, une constipation, de la bradycardie (diminution du rythme), de l'hypotension cardiaque).

D'autres signes sont aussi évocateurs : une intolérance au froid, extrémités froides, des douleurs musculaires, crampes, douleurs articulaires et musculaires, un relâchement des ligaments, une hypotonie ou une hyperlipidémie.

La dépression, l'anxiété, la somnolence ou l'apathie sont également des paramètres à analyser, tout comme la perturbation des règles, les migraines à répétition, les infections récurrentes (ORL ++) et les allergies.

Enfin, la diminution de l'appétit, l'hypoglycémie, les troubles de l'humeur, de la concentration, la perte du désir sexuel ou la fatigue mentale peuvent également vous alerter. Il est assez fréquent d'observer des personnes traitées par hormones thyroïdiennes de synthèse présenter malgré cela, des symptômes réels de dysfonctionnement thyroïdien. Ces traitements sont essentiellement à base de L- thyroxine (T4).

Plusieurs questions sont alors à considérer :

La personne est-elle capable de convertir la T4 en T3 ? A-t-elle des carences en nutriments indispensables au fonctionnement de la thyroïde ? Ces derniers sont-ils bien absorbés au niveau de l'intestin ? Existe-t-il une dysbiose ou un syndrome de l'intestin perméable ?, une intoxication hépatique ou rénale ? Une exposition aux perturbateurs endocriniens ou radiations ? La présence d'un stress important augmentant ou au contraire diminuant son taux de cortisol plasmatique ? A-t-elle une production exagérée d'œstrogènes ? Consomme-t-elle des aliments dits goitrigènes comme le soja où les crucifères (chou, navet, cresson...) ou riches en facteurs de croissance comme le lait de vache ? Existe-t-il un surmenage ou une fatigue surrénalienne ?

Certaines études ont révélé que chez 50 à 60 % des patients fibromyalgiques coexistait une hypothyroïdie. Si l'on considère les hypothyroïdies à forme frustrée sur le plan biologique ce taux s'élèverait probablement à 80 % comme le révèlent certains médecins comme le Dr John Lowe.

Soutenir l'hypothyroïdie avec ou sans traitement

(Approche micro-nutritionnelle)

- Apport d'iode en quantité suffisante (3 à 50 mg/jour en fonction de degré de carence
- Apport suffisant de vitamines du groupe B, en particulier la B2 (100 à 200mg/jour), la B3 (500 à 1000 mg/jour) pour stimuler la synthèse de NADPH indispensable au métabolisme de l'ATP et l'oxydation de iode.
- Apport suffisant de vitamine C (3g/jour), le Zinc (25 à 50 mg), le sélénium (100 à 400 µg)
- Certains aliments rendent l'iode inutilisable par la thyroïde :c'est le cas de toutes les plantes apparentées au chou (le chou-fleur, le brocoli, le navet, le rutabaga, la moutarde et le colza), du soja, du millet, de l'arachide et de la noix de pin. Cet effet est attribuable aux isothiocyanates qu'ils renferment. Cette propriété peut sembler intéressante pour les personnes atteintes d'hyperthyroïdie. Or, la teneur de ces aliments en isothiocyanates est trop faible pour contribuer au traitement de l'hyperthyroïdie. Normalement, la cuisson inhibe ces substances. Il est également important de limiter sa consommation de produits à base de soja, tels que le tofu ou la boisson de soja, à une portion quotidienne.
- Apport de magnésium (500 à 1000 mg) et de vitamine D (3000 à 10 000 UI)
- Boire de l'eau en quantité suffisante (besoins journaliers 100 ml/kcal, comprenant pour moitié l'eau contenu dans les aliments).
- Apport d'oligo-éléments et de sel marin non raffiné.
- Eviter les acides gras trans, les sucres, la nourriture transformée.
- Rééquilibrer la dysbiose intestinale et restaurer la muqueuse intestinale.
- Gestion du stress et relaxation

Bibliographie : Hypothyroïdie Une urgence méconnue Raul Vergini Nouvelles pistes thérapeutiques Macro-éditions

Catherine Picard Naturopathe Iridologue

Tel. : 05.46.42.61.86

Sites internet : www.catherine-picard.com ou www.naturo-form.com