

Thyrobulletin

Printemps 2024

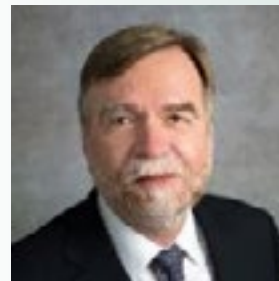
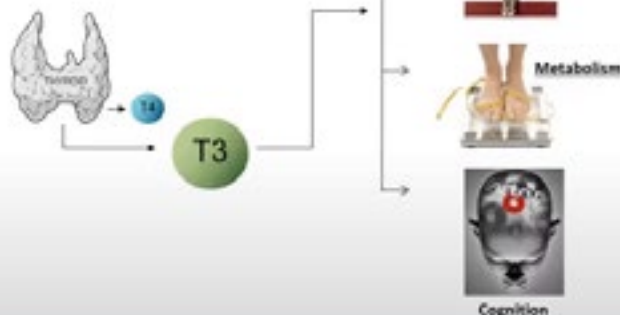
Cancer de la
thyroïde
Panel de patients
avec Dr. Sana Ghaznavi

26 novembre 2024



Rencontrez l'un de nos panélistes - avec le Dr Sana Ghaznavi

Repenser l'hypothyroïdie Version médicale



Dr Antonio Bianco
28 avril 2024 13h00



Thyroid Foundation of Canada
La Fondation canadienne de la Thyroïde



Founder
Diana Meltzer Abramsky, C.M., B.A.
1915 - 2000



La voix et le visage de la santé
thyroïdienne au Canada

La Fondation canadienne de la Thyroïde

Conseil national d'administration
2023-2024

Président
Laz Bouros, Ottawa ON

Ancienne présidente
Mabel Miller, Gander NL

Vice présidente et Directrice, Soutien aux
patients
Kim McNally, Kingston ON

Directrice, Communications
Sara Esam, Ottawa ON

Directrice Éducation
Michelle Sveistrup, Montreal QC

Directrice, Recherche
Hanista Premachandran, Scarborough ON

Directrice, Recrutement et Développement
des Bénévoles
Lauri Martin, Strome AB

Directrice général,
Tracy Hey, St. Margaret's Bay NS

Disposition du Thyrobuletin
Katherine Keen

Thyrobuletin est le bulletin officiel de la Fon-
dation Canadienne de la Thyroïde,

La Fondation canadienne de la Thyroïde
P.O. Box 298, Bath ON K0H 1G0

800.267.8822 info@thyroid.ca
thyroid.ca

Organisme de bienfaisance enregistré:
BN# 11926 4422 RR0001



Contenu

Numéro de
page

Message du président

3

Traitement de l'hypothyroïdie – le point de vue cana-
dien, Dr Jack R. Wall

4

La communauté médicale invitée à nos webinaires
éducatifs

6

Le statut en iode varie à travers le Canada, augment-
ant le risque de carence dans certaines régions

7

Posez des questions au médecin - Panel de patients
atteints d'un cancer de la thyroïde

8

L'histoire d'Anne

12

CSEM Déclaration de consensus - Soins de suivi
pour les patients atteints de cancer à faible risque de
récidive au Canada

13

Résumés de recherche

14

*Nous vous souhaitons un merveilleux
printemps et été!*



Pour obtenir de l'aide concernant un problème de thyroïde, pour faire du bénévolat ou devenir membre, veuillez nous contacter au 1-800-267-8822 ou par courriel à info@thyroïde.ca. Les dons à TFC peuvent être effectués en ligne sur thyroïde.ca ou par courrier à PO Box 298, Bath, ON K0H 1G0. Tous les dons et cotisations sont accompagnés de reçus fiscaux.

Avis important : les informations contenues dans ce document sont uniquement à titre d'information générale et ne peuvent donc pas être considérées comme des conseils médicaux pour quiconque. Pour un traitement individuel ou un diagnostic, consultez votre professionnel de la santé.

MESSAGE DU PRÉSIDENT



Chers membres,

En avril dernier, le conseil d'administration du TFC a approuvé dix objectifs pour l'exercice 2023-2024. Ceux-ci ont été présentés lors de notre AGA en juin et nous avons procédé à leur mise en œuvre tout au long de l'année. J'aimerais vous faire le point sur nos réalisations.

1. Mettre en place des initiatives de sensibilisation/éducation pour les patients hypothyroïdiens présentant des symptômes résiduels
Cet objectif a été abordé avec un webinaire éducatif sur le sujet donné par le Dr Bianco le 16 avril 2023. Nous avons publié des articles dans le Thyrobuletin et le bulletin d'information de la Thyroid Federation International (TFI).

2. Établir des initiatives de sensibilisation aux thérapies combinées avec la communauté médicale canadienne

Nous avons fait la promotion de l'enregistrement du webinaire TFC du Dr Bianco avec la Société canadienne d'endocrinologie et métabolisme (CSEM). Nous avons adressé au CSEM en novembre 2023 une demande d'élaboration de lignes directrices pour la thérapie combinée chez les patients hypothyroïdiens. Michelle Svestrup a participé à un projet du CSEM représentant le point de vue du patient pour l'élaboration d'une déclaration de consensus sur le « Suivi des soins des patients hypothyroïdiens ». Patients atteints d'un cancer de la thyroïde à faible risque de récurrence au Canada » (voir l'article à la page 13).

3. Organiser au moins trois webinaires de sensibilisation à l'éducation

En novembre, nous avons organisé un panel de patients atteints d'un cancer de la thyroïde avec le Dr Sana Ghaznavi. En mars, nous avons organisé le webinaire sur l'ablation par radiofréquence guidée par ultrasons des nodules thyroïdiens (version médicale) avec le Dr Jesse Pasternak. Le 28 avril, nous avons programmé un webinaire sur Repenser l'hypothyroïdie (version médicale) avec le Dr Antonio Bianco. Un quatrième webinaire sur la santé mentale et les maladies thyroïdiennes avec le Dr Jack Wall est prévu le 24 mai 2024.

4. Établir un comité/comité consultatif médical du TFC
Bien que nous n'ayons pas encore créé de comité consultatif, nous avons contacté nos médecins invités qui nous ont aidés à mettre à jour nos guides de santé TFC. Les guides santé mis à jour seront affichés dans les prochaines semaines.

5. Continuez à collecter des fonds

Nous avons collecté suffisamment de fonds pour soutenir notre travail auprès des organisations pharmaceutiques, notre campagne Light a Tree, les adhésions, les dons individuels et les legs.

6. Migrez notre site Web

TFC vers une plateforme plus sécurisée telle que Wix.com

Nous avons envisagé de migrer notre site Web vers une plateforme plus sécurisée telle que wix.com, ce qui réduirait nos coûts d'exploitation et de support. Nous avons contacté plusieurs cabinets de conseil, eu des réunions avec un cabinet de conseil à Montréal et reçu une première estimation pour migrer de WordPress vers la plateforme Wix.com. Nous continuerons à étudier cette option.

7. Intégrer la propriété intellectuelle, les actifs financiers et autres de TCC dans TFC

Cet objectif est suspendu car nous attendons de plus amples informations sur la clôture officielle de TCC.

8. Offrir une subvention de recherche annuelle pour la recherche sur la thyroïde

Comme nous l'avons décrit dans notre Thyrobuletin de l'automne, la subvention de recherche 2023 de 50 000 \$ des FTC a été accordée à la Dre Sana Ghaznavi. Le projet de recherche du Dr Ghaznavi s'intitule « Exploration des limites des normes actuelles de soins pour l'hormonothérapie substitutive thyroïdienne chez les survivants du cancer de la thyroïde ».

9. Mettez à jour les informations sur la thyroïde sur notre site Web TFC, sur les réseaux sociaux et publiez le Thyrobuletin.

Nous avons fourni des mises à jour mensuelles sur l'actualité de la thyroïde, amélioré la portée du TFC auprès des patients thyroïdiens via les médias sociaux, mis à jour les informations sur les webinaires éducatifs et d'autres événements, mis à jour les articles de recherche et publié deux numéros du Thyrobuletin. Donna Minieli a fait une présentation très réussie sur la thyroïde à l'organisation SK Seniors Centre Without Walls en janvier 2024.

10. Fournir un soutien moral aux patients thyroïdiens

Nous avons continué à soutenir les patients thyroïdiens via notre ligne gratuite 1-800, notre courrier électronique et nos réseaux sociaux. Nous avons également amélioré le processus de soutien aux patients et développé un journal de demandes intégré en ligne.

En 2024-2025, nous continuerons de travailler sur les objectifs en suspens ainsi que sur ceux qui se répètent pour l'année à venir.

Laz Bouros, Président

TRAITEMENT DE L'HYPOTHYROÏDIE – LE POINT DE VUE CANADIEN



La première hormone thyroïdienne reconnue était la L-thyroxine (L-T4), découverte à la fin du 19^{ème} siècle par des endocrinologues français (c'est pourquoi la thyroxine est souvent orthographiée à la française avec un e à la fin de « thyroxine »). Plus tard, la triiodothyronine (T3) a été découverte par mon superviseur aux États-Unis, le Dr Lew Braverman, et il a été démontré qu'elle était produite par conversion de la T4, qui était une prohormone, dans les tissus périphériques ; muscles, foie, cerveau. etc., par conversion de L-T4. La production d'hormones thyroïdiennes repose sur de nombreux facteurs ayant de fortes influences génétiques qui varient d'une personne à l'autre et c'est pourquoi 10 % des patients ont besoin de plus de 112 ug de L-thyroxine par jour pour leur hypothyroïdie.

Le débat sur la question de savoir si les patients hypothyroïdiens doivent être traités avec L-T4 seul ou T4 + T3 fait rage depuis des décennies, des écoles conservatrices telles que l'American Thyroid Association (ATA) favorisant l'idée que, puisque la T3 active est concertée à partir de la T4 inactive, pourquoi voudriez-vous un T3 supplémentaire ? Cependant, comme environ 30 % de la T3 circulante est sécrétée directement par la glande thyroïde, ce cas n'est pas prouvé.

Ce qui précède explique pourquoi, au début de la prise en charge de l'hypothyroïdie, les extraits thyroïdiens préparés à partir de glande thyroïde bovine et porcine étaient presque universellement utilisés pour le traitement de l'hypothyroïdie. On supposait que les patients avaient besoin d'une combinaison de T4 et de T3 et, par accident, de toute autre hormone thyroïdienne présente dans les extraits animaux. Plus tard, lorsqu'il a été démontré que la première préparation commerciale de T3 à action rapide (Cytomel) avait un début d'action rapide associé à certains symptômes d'hyperthyroïdie, alors, en raison de sa courte durée de vie, de nombreuses heures d'hypothyroïdie ultérieure, il est devenu clair que la disponibilité d'une préparation de T3 à libération lente était nécessaire.

Chez les 10 à 15 % de patients qui, malgré des taux sériques normaux de TSH, étaient encore symptomatiques et se demandaient si d'autres facteurs tels que « les nerfs », des dosages inadéquats, la ménopause, « être une femme », etc., il a été reconnu qu'il y avait été une voie alternative du T4 au T3 associée à la production d'une hormone inactive appelée T3 à libération lente (SRT3), qui était associée à un faible taux de T3 sérique. Un nouveau syndrome d'augmentation de SRT3 et de diminution de T3 avec des

symptômes d'hypothyroïdie a été identifié, ce qui pourrait expliquer le fait que 10 à 15 % de patients sont restés symptomatiques malgré des taux sériques normaux de TSH.

Il est désormais généralement admis que le traitement de l'hypothyroïdie, quelle qu'en soit la cause (thyroïdite de Hashimoto, post thyroïdectomie totale, absence de thyroïde à la naissance, post traitement à l'iode radioactif du cancer de la thyroïde, hyperthyroïdie de Basedow ou goitre nodulaire toxique), doit être individualisé à la thyroxine (L-T4) seul chez 85 à 90 % des patients (monothérapie) ou en association avec une certaine forme de tri-iodothyronine (T3) à libération prolongée chez les 10 à 15 % restants des patients (polythérapie).

Au Canada, peu d'endocrinologues pourraient être décrits comme des spécialistes de la thyroïde; défini comme quelqu'un qui effectue une échographie thyroïdienne en temps réel (États-Unis) et une biopsie par aspiration à l'aiguille fine guidée par États-Unis (FNAB) des nodules thyroïdiens, ainsi que l'ablation par radiofréquence (RFA) des nodules et des kystes thyroïdiens et le traitement alcoolique de certains kystes thyroïdiens, qui sont à la pointe de la technologie en Europe occidentale et aux États-Unis. Entre-temps, la seule option pour les endocrinologues canadiens est d'orienter leurs patients vers diverses formes de thyroïdectomie ou d'orienter leurs patients vers les États-Unis. Ainsi, nous avons besoin de :

1. Agrément des endocrinologues pour réaliser des analyses thyroïdiennes échographie. Jusqu'à récemment, et peut-être encore, il était illégal pour les endocrinologues canadiens de réaliser leurs propres échographies thyroïdiennes.
2. Moyens d'apprendre ces nouvelles procédures en dispensant des cours comme le récent cours tenu à Calgary
3. Accepter que les techniques ci-dessus peuvent être autodidactes grâce à la pratique : ma façon d'apprendre en dehors d'un rapide diaporama dans un salon d'aéroport américain présenté par le Dr Dan Duik, l'un des pionniers américains de l'utilisation des ultrasons.

Bonnes nouvelles. J'ai appris qu'il y a deux chirurgiens endocriniens à Melbourne qui effectuent des RFA sur les nodules thyroïdiens tandis que d'autres apprennent la méthode d'ablation par l'alcool pour la destruction des kystes thyroïdiens.

(suite à la page 5)

(Suite de la page 4)

En Australie, les endocrinologues qui pratiquent l'échographie thyroïdienne, l'ablation alcoolique des kystes thyroïdiens ou l'ARF de nodules doivent être accrédités tous les 5 ans, un processus qui nécessite énormément de temps et d'efforts, accompagné d'une lourde paperasse. Ceci afin de recevoir une petite somme d'argent de Medicare (l'équivalent de l'OHIP de l'Ontario).

Cependant, il y a de l'espoir ; Des cliniques de biopsie font leur apparition dans plusieurs villes canadiennes, notamment à Calgary, Toronto, Halifax et Montréal, mais elles peuvent être privées et indépendantes du tristement célèbre système de santé canadien, donc inaccessibles aux « petites personnes ».

*Jack R Wall MD PhD FRACP FRCPC
Professeur adjoint de médecine
Université Notre-Dame d'Australie
Sydney, Australie*

Le Dr Wall a été le premier conseiller médical de TFC et exerçait au Canada au moment de la création de TFC.



44ÈME LA FONDATION CANADIENNE DE LA THYROÏDE ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE PAR ZOOM

22 JUIN 2024, DE 9 H 00 À 11 H 00 HE

Tout le monde est le bienvenu, les membres du FCT ont le droit de voter

S'il vous plait enregistrez vous: info@thyroid.ca

APPEL DE MISES EN CANDIDATURES 2024-2025 ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE - 22 JUIN 2024

Le Conseil national accepte les candidatures aux postes du Conseil pour la prochaine année 2024-2025.

Conformément aux statuts, article n° 17 (a) a. Nombre d'administrateurs. Le conseil d'administration sera composé d'un minimum de cinq (5) administrateurs et d'un maximum de douze (12) administrateurs élus par les membres plus le président sortant s'il accepte de siéger. En cas de vacance au sein du Conseil, le Conseil peut nommer des administrateurs jusqu'à un maximum d'un tiers du Conseil. Le mandat de tout administrateur nommé expirera à l'issue de la prochaine assemblée générale.

Si vous êtes intéressé ou connaissez quelqu'un qui pourrait l'être, veuillez contacter le président du comité des candidatures à : nominations@thyroid.ca ou appeler au 1-800-267-8822. Date de clôture à annoncer.

Kim McNally, Président du comité des nominations 2024-2025

LA COMMUNAUTÉ MÉDICALE INVITÉE À NOS WEBINAIRES PÉDAGOGIQUES

Puisque Santé Canada ne fait pas la promotion de nouveaux traitements médicaux, nous avons décidé de commencer à inviter la communauté médicale à nos webinaires éducatifs, en commençant par celui sur l'ablation par radiofréquence (RFA) avec le Dr Jesse Pasternak ! C'est bien d'informer les patients thyroïdiens d'un nouveau traitement, mais s'ils se renseignent sur le traitement auprès de leur médecin et que celui-ci n'en a pas entendu parler, cela peut empêcher les patients d'obtenir le traitement dont ils ont besoin.

Le 24 mars 2024, nous avons organisé le premier webinaire TFC destiné à la fois à la communauté médicale et au grand public. RFA, un traitement mini-invasif pour la gestion des nodules thyroïdiens, a été approuvé par Santé Canada l'année dernière. Le Dr Pasternak du Réseau universitaire de santé (UHN) a été un pionnier dans l'introduction de la RFA au Canada. Cette année, l'Association canadienne d'endocrinologie et métabolisme (CSEM) nous a aidé en invitant ses membres à notre webinaire. Nous avons également pu inviter des chirurgiens endocriniens membres de la Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie – chirurgie cervico-faciale (CSOHNS). Tout le monde était invité à participer à ce webinaire gratuit, cependant, la priorité a été donnée aux questions des médecins lors de la séance de questions-réponses immédiatement après la présentation.

Les objectifs d'apprentissage de ce webinaire étaient :

1. Discuter des approches actuelles concernant les nodules thyroïdiens et le cancer
2. Fournir les indications actuelles pour l'ablation par radiofréquence des nodules thyroïdiens
3. Comprendre les risques et les avantages de l'intervention chirurgicale et non chirurgicale pour les nodules thyroïdiens, le cancer et les maladies fonctionnelles.

La présentation comprenait beaucoup plus d'informations médicales que celles fournies dans la présentation de l'appel de demandes du Dr Pasternak de l'année dernière et de nombreuses questions ont été posées par les médecins ainsi que par le grand public. La présentation a été très bien accueillie par le public, comme en témoignent les résultats de l'enquête Zoom qui ont enregistré des notes Excellent ou Très Bon. Le seul inconvénient était qu'en raison du caractère exclusif de certaines diapositives de la présentation du Dr Pasternak, nous n'avons pas pu enregistrer le webinaire.



Si vous l'avez manqué, veuillez consulter la version du 14 mai 2023 du webinaire sur notre site. Veuillez noter que nous publions actuellement tous les établissements proposant un traitement RFA sur la page d'accueil de notre site Web.

Ce mois-ci, nous invitons également la communauté médicale à assister au webinaire du Dr Antonio Bianco sur la version médicale de Rethinking Hypothyroïdisme, le 28 avril. Le Dr Bianco est professeur de médecine et membre du Comité sur le métabolisme moléculaire et la nutrition de l'Université de Chicago, où il dirige un laboratoire financé par les National Institutes of Health pour étudier les hormones thyroïdiennes. Il est également un ancien président de l'American Thyroid Association.

Le Dr Bianco discute de son livre « Rethinking Hypothyroïdisme » et de ses recherches et est suivi d'une séance de questions et réponses. Tout le monde est invité à participer à ce webinaire gratuit, cependant, la priorité sera donnée aux questions des médecins lors de la session de questions-réponses.

Les objectifs d'apprentissage de ce webinaire sont :

1. Comprendre pourquoi 10 à 20 % des patients hypothyroïdiens traités par la lévothyroxine présentent toujours des symptômes d'hypothyroïdie ;
2. Comprendre l'utilisation du traitement hormonal substitutif thyroïdien contenant du LT3 pour ce groupe de patients ;
3. Analyse de l'efficacité et de la sécurité de l'utilisation du LT3 sur la base d'essais cliniques.

Veuillez vous inscrire à ce webinaire à :

https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_NfiQXW4yRJeEhXC-QOQywQ

LE STATUT EN IODE VARIE À TRAVERS LE CANADA, AUGMENTANT LE RISQUE DE CARENCE DANS CERTAINES RÉGIONS

La carence en iode, un problème de santé publique résolu depuis des décennies, pourrait faire son retour en raison de l'évolution des habitudes alimentaires, selon de nouvelles découvertes réalisées par des chercheurs de l'Université McMaster.

Les scientifiques ont mesuré les niveaux d'iode dans des échantillons d'urine prélevés auprès de 800 adultes à Vancouver, Hamilton, Ottawa et Québec.

« L'iode est un micronutriment essentiel qui est important pour la fertilité, le développement cognitif et la santé immunitaire », explique Philip Britz-McKibbin, professeur au Département de chimie et de biologie chimique et auteur principal d'une nouvelle étude portant sur les niveaux d'iode chez les adultes chez certains Canadiens. communautés.

L'iode joue un rôle clé dans de nombreuses fonctions liées à la santé, car il est nécessaire à la synthèse de l'hormone thyroxine, en particulier pendant la grossesse et pour le développement de l'enfant. Environ un milliard de personnes dans le monde souffrent d'une carence en iode, qui constitue la principale cause évitable de déficience cognitive irréversible chez les enfants.

Les résultats, publiés récemment dans la revue *Nutrients*, ont montré une variation régionale surprenante du statut en iode à travers le Canada.

Alors que les résidents de Hamilton et d'Ottawa présentaient des niveaux d'iode suffisants, ceux de Vancouver et de Québec présentaient plus souvent des carences en iode et présentaient une exposition plus élevée aux inhibiteurs de l'absorption de l'iode, qui empêchent l'absorption de l'iode par l'organisme.

L'équipe a identifié trois sources principales d'iode : les suppléments d'iode, l'hormone thyroxine prescrite et l'alimentation.

L'iode se trouve dans très peu d'aliments, la meilleure source naturelle étant les algues, explique Britz-McKibbin. On le retrouve également dans les fruits de mer, le sel de table volontairement iodé et dans les produits laitiers, par hasard.

« La majeure partie de l'iode contenu dans les produits laitiers provient de pratiques sanitaires. Les antiseptiques à base d'iode sont généralement utilisés sur les trayons des vaches entre la traite et la fuite dans la production de lait », explique-t-il. Les différences dans ces pratiques signifient que la teneur en iode du lait et des produits laitiers varie considérablement d'une région à l'autre.

Une carence grave en iode ne survient que rarement au Canada. Le goitre, un gonflement de la glande thyroïde dans le cou provoqué par une grave carence en iode, n'est pas souvent observé, mais les effets subcliniques d'une carence modérée ou légère en iode restent préoccupants.

« Une grande réussite en matière de santé publique a été la prévention des troubles dus à une carence en iode responsables du goitre grâce à l'introduction du sel de table iodé », explique Britz-McKibbin. Toutefois, les tendances récentes en matière d'alimentation et de cuisine modifient l'efficacité des programmes universels d'iodation du sel. Par exemple, de plus en plus de personnes suivent des régimes végétariens et végétaliens ou utilisent des produits salés non iodés, ce qui pourrait les priver d'iode.

Les gens ne cuisinent plus autant à la maison qu'avant et mangent davantage d'aliments transformés, qui peuvent être riches en sel mais pas nécessairement en sel iodé.

Pendant ce temps, les messages de santé publique suggérant aux gens de réduire leur consommation de sodium pourraient limiter une autre source d'iode alimentaire.

Britz-McKibbin affirme qu'une meilleure compréhension de l'iode est nécessaire, ce qui pourrait provenir de tests plus réguliers des niveaux d'iode, car une consommation excessive d'iode peut également contribuer à des effets néfastes sur la santé.

« Une surveillance régulière nous permettrait d'évaluer l'état nutritionnel en iode d'une population, et la santé publique pourrait modifier ses directives en fonction de ces informations », dit-il, notant que le Danemark, l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont commencé à enrichir le pain avec du sel iodé. .

« Avec les changements apportés au régime alimentaire des gens, il est peut-être temps de repenser la manière d'améliorer l'apport en iode, peut-être en fortifiant certains aliments ou boissons de base, ce qui garantirait que la plupart des gens en ingèrent des niveaux adéquats pour une santé optimale. »

BY ANDREA LAWSON, JULY 8, 2022

« Cet article a été publié pour la première fois sur Brighter World. Lisez l'article original. »



DEMANDEZ AU MÉDECIN : L'HISTOIRE DE MELISSA

DE NOTRE PANEL DE PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER DE LA THYROÏDE, AVEC LE DRE SANA GHAZNAVI



Melissa: Merci beaucoup de m'avoir reçu aujourd'hui, c'est un plaisir d'être ici pour partager mon histoire. En tant que jeunes femmes, on nous rappelle constamment de vérifier nos seins pour déceler des bosses, de nous méfier des grains de beauté dans notre corps et de vérifier nos cycles menstruels pour déceler des irrégularités. Bien que chacune de ces vérifications soit extrêmement importante, il n'est souvent pas conseillé de vérifier notre cou à la recherche de bosses ou d'hypertrophies qui pourraient aider à la détection précoce de problèmes de thyroïde.

J'ignorais complètement cette vérification du cou ; Heureusement pour moi, mon médecin de famille est incroyablement minutieux et lors de mon examen médical en mars 2013, il a remarqué une hypertrophie significative de mon cou. Quelques semaines après cette découverte, j'ai fait une échographie et une première visite chez l'ORL. Pendant ce temps, mes analyses de sang étaient tout à fait normales, donc il n'y avait pas vraiment d'indication que quelque chose n'allait pas.

Cependant, j'avais une grosse masse dans mon cou qui faisait plus de 8 centimètres et donc elle s'était développée vers l'intérieur, donc ce n'est pas que j'ai complètement raté cette croissance du cou mais plutôt c'est grâce à son contrôle qu'il a senti l'élargissement et cela a été confirmé par un scanner. puis l'ORL a réalisé une biopsie par aspiration BAL qui a abouti au diagnostic de cancer papillaire de la thyroïde. Ensuite, j'ai subi une thyroïdectomie totale et une dissection latérale du cou pour enlever les ganglions lymphatiques affectés et j'ai une belle cicatrice derrière mon oreille jusqu'à l'autre côté de mon cou.

Mais il a très bien guéri et la plupart des gens ne le remarqueraient même pas, ce qui, je pense, n'est pas seulement un témoignage de la chirurgie et du chirurgien, mais de la façon dont notre corps peut guérir. Cela dit, lorsque la pathologie est réapparue, plus de 22 des 40 ganglions mous étaient également cancéreux et s'étaient donc propagés assez largement dans le cou, ce qui, je pense, était attendu compte tenu des résultats du scanner. Je devais suivre un traitement à l'iode radioactif, j'avais 29 ans à l'époque et, bien que jeune, à cause de cette atteinte au cou, ils pensaient que c'était la meilleure chose.

Je me souviens que c'était en juillet, tout le monde profitait des barbecues en été et je suivais un régime pauvre en iode et je me préparais à boire mon cocktail toxique, donc pas les cocktails que tout le monde prenait au barbecue mais un type spécial et je me préparais à un certain isolement. J'ai eu la chance de pouvoir le faire à la maison et mon mari est resté avec mes parents juste pour m'assurer que nous avions suffisamment de distance. Nous étions dans une immense maison mais nous n'avions qu'une seule salle de bain, nous voulions donc faire tout ce que nous pouvions

pour assurer notre sécurité tous les deux et dans ce cas, j'ai eu une injection de thyrogène.

À cette époque, ce n'était pas rare, c'était plus facile à trouver bien que assez cher car il n'est pas couvert par notre santé publique, du moins en Ontario, mais heureusement, nous avons tous les deux des avantages sociaux grâce au travail et cela l'a donc rendu accessible et certainement plus facile à préparer pour l'iode radioactif.

Malheureusement, mon scanner à l'iode radioactif a montré que les tissus thyroïdiens s'étaient propagés à l'extérieur de mon cou, dans ma poitrine et mes deux poumons, ce qui était un résultat assez inattendu pour mon âge, et étant donné que je n'avais vraiment aucun symptôme et que mes taux de thyroglobuline étaient faibles. assez élevé, bien au-dessus de 300 à l'époque, et j'avais aussi des anticorps contre la thyroglobuline, ce qui rendait la mesure un peu plus compliquée. Je suis sûr que beaucoup d'entre vous ont entendu dire que le cancer de la thyroïde peut être surnommé le bon cancer ; Je ne pense pas qu'aucun d'entre nous serait d'accord sur l'existence d'un bon cancer, mais j'ai certainement réalisé à ce moment-là que le bon cancer peut mal se comporter et dans mon cas, le mien était ce que j'appelle un mauvais comportement.

J'ai dû attendre quelques mois avant de pouvoir bénéficier d'un autre cycle de RAI. J'ai commencé à consulter un oncologue naturopathe à Ottawa. Nous avons eu de la chance, nous avons effectivement un centre de cancérologie intégrative, qui a depuis été rebaptisé. J'ai commencé à prendre divers suppléments, à faire de l'acupuncture, tout ce que je pouvais pour aider mon corps à guérir des traitements que j'avais reçus, des traitements que j'allais suivre et pour améliorer l'immunité de mon corps. J'ai reçu ma deuxième dose de RAI en novembre 2013, ironiquement je pense que c'était hier il y a 10 ans, donc juste drôle, le timing de cette séance. Cette fois cependant, les médecins ont pensé que je ne devais pas utiliser de thyrogène pour me préparer et ce n'était donc pas tant parce que je ne pouvais pas y accéder ou que ce n'était pas financièrement faisable, mais plutôt en utilisant une méthode un peu plus ancienne pour le mettre. le corps dans un état plus susceptible d'absorber ce traitement RAI. J'ai donc été retiré de mon Synthroid pendant plusieurs semaines.

Je ne peux pas vous dire à quel point je suis fatigué mais le temps a passé très vite en fait parce que vous êtes dans un état, pas nécessairement confusion, mais vous êtes

(suite à la page 9)

juste très fatigué, vraiment léthargique et donc pour quelqu'un qui est assez fortement actif et plein d'énergie, le temps passait en fait assez rapidement, il suffisait de regarder par la fenêtre et d'observer les chutes de neige et ainsi de suite. Je ne pouvais pas non plus conduire pendant cette période car ils considèrent un tel état d'hypothyroïdie comme une déficience.

Et donc pour ceux d'entre vous qui connaissent la TSH, ma TSH a fini par dépasser 90, ce qui, je suppose, était ce qu'ils espéraient avant la dose et j'étais également sous un régime pauvre en iode pendant cette période.

Heureusement, c'était efficace et c'était comme les médecins l'espéraient. Lorsqu'ils ont effectué l'analyse de suivi, la plupart de ce qui s'est allumé faute d'un meilleur terme, pour la première fois sur ces analyses était sombre, ce qui est une bonne chose, et là où il y a eu un peu d'absorption, cela a démontré que l'iode radioactif faisait son travail et mes taux de thyroglobuline pour mes analyses de sang qui ont suivi étaient passés de bien au-dessus de 300 à environ 20, ce qui était assez significatif.

Ainsi, depuis, 10 ans plus tard, mes marqueurs sanguins sont restés stables. Quelqu'un a mentionné plus tôt que leurs taux de thyroglobuline sont encore assez élevés, qu'il leur a fallu du temps pour se normaliser, et mon endocrinologue aime dire qu'il s'agit d'un jeu à long terme, donc ne vous inquiétez pas trop lorsque vous voyez de petits problèmes mais plutôt de voir des symptômes soutenus. motifs. Heureusement, j'ai plus ou moins 20 ans depuis et, vous savez, depuis, j'ai voyagé dans plus de 30 pays, j'ai une carrière réussie, une vie épanouie, je continue de passer des échographies pour suivre les choses. Je vois régulièrement un naturopathe, je fais toujours de l'acupuncture, toutes les choses qui m'aident à sentir que je peux être le meilleur de moi-même. Je ne sais pas si je peux blâmer ma thyroïde, mais perdre du poids a été un défi au cours de cette décennie, mais j'essaie simplement de me sentir mieux et de regarder tous les autres facteurs qui nous donnent des indications sur la santé. Ce que j'ai trouvé difficile à l'époque, c'est que beaucoup de femmes dans la trentaine souffraient d'un cancer de la thyroïde, mais peu d'entre elles avaient un cas aussi étendu que moi et il était vraiment difficile de trouver des histoires qui m'inspiraient à cette époque. En repensant à cette période, je peux comprendre à quel point cela m'a vraiment transformé en appréciant les petites choses que je tenais définitivement pour acquises à 29 et 30 ans et que je me retrouve maintenant à 40 ans en aidant des personnes beaucoup plus âgées que moi à prendre du recul dans la vie. .

C'est donc formidable de pouvoir, espérons-le, apporter un peu de tranquillité d'esprit aux autres et/ou simplement partager cela, vous savez, la vie est toujours très remplie et elle fait toujours partie de vous, mais peut-être pas si mal. Merci donc de m'avoir permis de partager mon histoire.

Dre Ghaznavi : Melissa, honnêtement, je ne sais pas si je peux donner suite à ça, c'était magnifique. C'était vraiment sympa, vous savez, c'est la partie que je préfère de tout mon travail, je me sens très reconnaissant d'être dans une carrière que je trouve vraiment épanouissante,



mais la partie de loin la plus enrichissante de mon travail, ce sont des conversations comme celle-ci. J'en aurai sur une base hebdomadaire ou bihebdomadaire avec des patients qui reçoivent un diagnostic ou qui ont 10 ans de retard dans leur parcours ou à la fin de leur parcours ou quoi que ce soit et c'est vraiment, vraiment sympa. Dre Ghaznavi : Melissa, honnêtement, je ne sais pas si je peux donner suite à ça, c'était magnifique. C'était vraiment sympa, vous savez, c'est la partie que je préfère de tout mon travail, je me sens très reconnaissant d'être dans une carrière que je trouve vraiment épanouissante, mais la partie de loin la plus enrichissante de mon travail, ce sont des conversations comme celle-ci. J'en aurai sur une base hebdomadaire ou bihebdomadaire avec des patients qui reçoivent un diagnostic ou qui ont 10 ans de retard dans leur parcours ou à la fin de leur parcours ou quoi que ce soit et c'est vraiment, vraiment sympa.

Nous en avons parlé avant la mise en ligne du webinaire, du fait que beaucoup de patients intègrent des remèdes ou des traitements naturopathiques ou ce genre de choses dans le monde de l'oncologie en particulier et que pour moi, je ne vois pas cela comme quelque chose qui a être un soit ou une chose. Ce n'est pas comme si vous preniez mon traitement, si vous faisiez tout ce que je dis dans la médecine conventionnelle et les essais contrôlés randomisés, ou si vous faisiez autre chose. Je pense que ce à quoi nous devrions travailler, c'est que tous les membres de l'équipe de soins travaillent réellement ensemble à la guérison du droit individuel. J'aimerais donc voir une plus grande intégration de cela, même dans notre centre de cancérologie, car je pense que c'est ce que font les patients et c'est ce qu'ils veulent, c'est une combinaison de médecine conventionnelle et de médecine naturopathique et deuxièmement, je pense qu'il y a absolument des choses à apprendre des deux côtés. Cela devrait donc certainement être quelque chose sur lequel nous pouvons travailler en tant que modèle de soins plus intégrés.

(suite à la page 10)

Donc, quelques points médicaux que je vais commenter. Premièrement, vous avez beaucoup parlé de votre parcours avec le régime pauvre en iode et la stimulation de la thyrogène, puis la deuxième fois, ils ne pensaient pas que vous devriez vous préparer avec de la thyrogène, mais vous devriez plutôt vous préparer en retirant votre hormone thyroïdienne et c'est parce qu'au Canada, par Santé Canada ainsi que par la FDA, le thyrogène n'est pas approuvé pour l'indication du traitement du cancer métastatique de la thyroïde, donc quand vous allez administrer de l'iode radioactif dans le paramètre métastatique, il n'est pas techniquement approuvé. Je dirai que probablement 95 % des centres et des cliniciens continueront à traiter les patients avec de la thyrogène et c'est parce que même si l'essai n'a jamais été réalisé, de nombreuses données réelles ont été publiées, ce qui signifie que nous avons traité un grand nombre de personnes. En utilisant du thyrogène, cela a toujours fonctionné et nous les avons préparés de manière appropriée et nous avons pu obtenir de l'iode radioactif pour traiter les tumeurs métastatiques dont ils souffrent, puis, finalement, celles-ci ont été publiées et rapportées et nous avons donc beaucoup de données du monde réel, pas beaucoup de données d'essai. La plupart d'entre nous maintenant, à cause de la façon dont cela est décrit, de l'énergie et des défis, du fait que vous n'êtes pas autorisé à conduire par exemple, tout cela, c'est tout simplement très désagréable d'être retiré de votre hormone thyroïdienne et délibérément avoir une TSH supérieure à 90, je ne peux pas imaginer, la plupart d'entre nous traitent désormais avec du thyrogène.

L'autre chose dont il faut parler est à la fois l'histoire naturelle des deux métastases pulmonaires, ce qui signifie que votre cancer de la thyroïde s'est propagé dans les poumons, ainsi que les métastases des ganglions lymphatiques, donc à la toute fin vous avez dit que ce qui se passe maintenant, c'est que vous avez un drôle de problème. Le ganglion lymphatique à l'échographie, il a cette caractéristique où il a perdu la graisse, le ruban de graisse qui traverse les ganglions lymphatiques normaux et qui le rend suspect donc ils le surveillent et donc quelques réflexions : l'une est l'histoire naturelle, alors qu'arrive-t-il à ces choses au fil du temps si vous les regardez simplement ; ce que nous voyons dans les ganglions lymphatiques, au moins environ 80 % des ganglions lymphatiques sont en réalité des cancers de la thyroïde, ils ne se développent pas et ne changent pas, et donc encore une fois, cela revient à ce que j'avais dit avec l'histoire de Kim, qui c'est qu'il faut équilibrer les risques liés à l'inaction et à la surveillance, ainsi que les effets de la maladie, par rapport aux risques liés à l'action et aux effets du traitement lui-même. Par exemple, le risque de faire une deuxième dissection du cou, d'y retourner et le risque d'anesthésie générale, et le risque d'avoir des complications chirurgicales et ce genre de choses, par rapport au risque de ce qui se passerait si je surveillais simplement cela et pour les ganglions lymphatiques qui sont des cancers papillaires de la thyroïde, nous savons que chez 80 % de ces patients, cela va simplement rester là et cela ne fera pas grand-chose, donc notre principe chaque fois que nous discutons d'un cas est le suivant :

est-ce progressif. Progressif signifie que cela grandit et change ou se propage, que quelque chose change avec le temps, et si ce n'est pas progressif, alors la plupart du temps, notre recommandation est une surveillance active, vous surveillez activement et vous êtes prêt à intervenir mais vous n'interviendrez pas à moins que vous faites pencher la balance en faveur de quelque chose.

C'est donc l'histoire naturelle des ganglions lymphatiques, des métastases pulmonaires chez les jeunes, en particulier, c'est aussi assez rassurant dans le sens où la plupart des patients auront une certaine croissance initiale, puis les nodules lymphatiques ou pulmonaires ont tendance à rester coincés autour de la barre des 1 cm ou 10 millimètres et ils ont tendance à ne pas grandir beaucoup plus loin. Encore une fois, la question concernant les traitements ultérieurs est toujours de savoir si le traitement progresse, si cela change sur les tomographies au fil du temps, si la thyroglobuline augmente et ce genre de choses.

Une dernière chose que je dirai à propos de la thyroglobuline, car c'est un marqueur très objectif que vous pouvez utiliser, c'est qu'il y a toujours une certaine variabilité dans la thyroglobuline. Il est sensible à votre TSH, ce qui signifie que si votre TSH a augmenté, disons que votre médecin vient de réduire votre dose de Synthroid et que votre TSH augmente, vous pouvez vous attendre à ce que la prochaine fois que vous aurez votre prise de sang, votre thyroglobuline augmentera également un peu. un peu parce que plus la TSH augmente, plus la thyroglobuline augmente. À mesure que la TSH diminue, la thyroglobuline diminue, il existe donc une variabilité importante que vous pouvez obtenir d'un jour à l'autre dans la thyroglobuline.

La raison pour laquelle je mentionne cela est que, du moins en Alberta, nous avons quelque chose appelé Connect Care, notre système de DME, et les patients ont souvent accès aux résultats de leurs marqueurs tumoraux et même à leurs résultats de tomographie, de TEP et d'échographie avant même que je les mentionne. Je les ai vus et j'en ai discuté avec eux. Alors ils regardent ce chiffre et pensent, oh mon Dieu, c'était six avant et maintenant c'est 8,5 ou autre, et ils sont inquiets et je veux juste les avertir qu'il y a un type normal d'écart qui peut se produire et ce que je suis je recherche une augmentation constante, donc un modèle où chaque fois que je le mesure, c'est un peu plus élevé plutôt que, oui, cette personne rebondit en quelque sorte dans cette plage. Dans ce cas, je ne donne pas aux patients leur numéro de marqueur tumoral, je leur donne la plage dans laquelle ils existent. Je dis généralement aux patients que votre thyroglobuline se situe généralement entre deux et trois, puis ils le savent s'ils voient un nombre dans cette plage. , que ce n'est pas nécessairement un marqueur d'une récurrence, alors j'ai pensé que c'était une chose intéressante à aborder.

Le Dr Sana Ghaznavi est une endocrinologue universitaire dont la pratique se concentre sur la prise en charge des nodules thyroïdiens et des cancers de la thyroïde. Elle a complété ses études de médecine à l'Université de l'Alberta, une bourse de recherche en endocrinologie à l'Université de Calgary et une bourse de recherche sur le cancer de la thyroïde au Memorial Sloan Kettering Cancer Center de New York. Elle travaille maintenant comme professeure adjointe clinique au sein de la Division d'endocrinologie et du métabolisme de l'Université de Calgary, avec une nomination conjointe au Département d'oncologie.

En raison des restrictions d'espace, une seule histoire de panéliste a été présentée. Les histoires des deux autres panélistes sur le cancer lors de ce webinaire peuvent être visionnées en vidéo sur: [Thyroid Cancer Patient Panel \(youtube.com\)](https://www.youtube.com/watch?v=...).

Ce webinaire et d'autres webinaires TFC peuvent être consultés sur notre site Web : <https://thyroid.ca/resource-material/thyroid-videos/>



A VENIR
WEBINAIRES
2024



April 28, 2024

Rethinking Hypothyroidism
(Medical Version)

Dr. Antonio Bianco



May 26, 2024

Mental Health and Thyroid Disease

Dr. Jack R. Wall

L'HISTOIRE D'ANNE

On m'a diagnostiqué une hypothyroïdie il y a environ 25 ans et jusqu'en 2018, il n'y avait aucun problème. En 2016, j'ai commencé à avoir des problèmes avec mon genou gauche – un genou sur lequel j'avais déjà été opéré, et ces problèmes ont abouti à une arthroplastie totale du genou en novembre 2017. L'opération s'est bien déroulée, sans complications, mais à ma sortie de l'hôpital et à mon retour, une gestion de la douleur à domicile était nécessaire et on m'a prescrit du Tylenol avec de la codéine. Après avoir pris un seul comprimé, une réaction sévère s'est produite, entraînant une nouvelle hospitalisation.

Après ma sortie de l'hôpital, je ne me sentais tout simplement pas bien et d'étranges symptômes sont apparus, comme un froid extrême, un excès d'énergie et des difficultés à avaler. Ma personnalité me devenait également inconnue. Je suis passé de médecin de famille en médecin de famille, chacun disant qu'il y avait un problème de santé et pensait que cela pourrait être ma thyroïde, mais personne n'écoutait. Il y avait un licenciement constant de la part des médecins de famille, d'une infirmière praticienne et de divers spécialistes (endocrinologue, médecin interne et neurologues).

Au cours du processus, on m'a également diagnostiqué à tort une maladie neurologique inhabituelle. J'ai suivi des cours de médecine alternative - un médecin fonctionnel (promis un diagnostic dans les deux semaines si une série de tests devait être effectué - le coût était de plus 20 000 \$) et deux naturopathes (l'un était motivé par les suppléments et la technique Bowen, l'autre par les teintures et un diagnostic de « toxicité métallique »). Il y a eu de nombreuses visites aux laboratoires pour des analyses de sang, des tomodensitogrammes et des IRM, mais malheureusement pour des raisons incorrectes. En même temps, j'ai décidé de participer à la Marche du rein sur 100 km - j'étais comme une machine à marcher car je n'ai jamais été athlétique - je savais que cela faisait 100 km en 3 jours, alors marcher avec mon chien Yukon est devenu ma vie, la fatigue n'est jamais entrée en scène.

Avec une aide minimale du système médical, j'ai décidé de me renseigner sur la santé de la thyroïde et j'ai rejoint la Fondation Thyroïdienne du Canada (TFC). J'ai rejoint le groupe car je savais que le contenu de leur site Web était digne de confiance par rapport à l'ensemble de l'Internet. Leur site Web m'a présenté des webinaires accessibles sur divers sujets liés à la santé de la thyroïde et une ligne d'AIDE.

J'ai élargi ma base de connaissances grâce à ces webinaires.

La ligne HELP a été consultée à plusieurs reprises pour diverses raisons. Étant constamment ignoré (« il n'y a rien de mal avec votre thyroïde »), aucune lumière n'est apparue à l'horizon jusqu'à ce qu'un dimanche, alors que je mangeais des spaghettis, un morceau de spaghetti s'est coincé dans ma gorge.

Finalement, mon médecin de famille a pris des mesures au début de 2022 et m'a envoyé passer une échographie. Tout a alors commencé à bouger rapidement : un nodule thyroïdien extrêmement élargi a été découvert. Une biopsie a dû être pratiquée. En attendant la biopsie, j'ai été invité par le président du TFC, Laz Bouros, à me porter volontaire comme sujet de test pour la conférence professionnelle du CSEM à Calgary en novembre 2022. J'ai sauté sur l'occasion : mon nodule thyroïdien hypertrophié offrirait une excellente expérience d'apprentissage à tout le monde. .

Personne sur cette terre ne devrait vivre la misère que j'ai vécue ces 6 dernières années. La biopsie a été effectuée, heureusement le nodule n'était pas cancéreux. J'ai ensuite été référé à un endocrinologue par mon médecin de famille et à un deuxième endocrinologue, à contrecœur, par le spécialiste de médecine interne. En raison de sa taille et de sa nature de « nodule toxique », les deux endocrinologues ont convenu que la seule option qui s'offrait à moi était l'ablation chirurgicale. J'ai subi une ablation complète de la thyroïde (les deux lobes par mesure de précaution) en novembre 2023. Le chirurgien a été incroyable, ajustant ma posologie selon les besoins et oui, j'ai un nouveau médecin de famille qui m'aide à retrouver une bonne santé. Merci à la Fondation canadienne de la thyroïde de m'avoir aidé à retrouver ma vie.



Quelle est votre histoire ?

Avez-vous une histoire sur la thyroïde que vous pourriez partager avec nous ? Nos lecteurs trouvent que les expériences des autres sont très utiles dans leur propre lutte contre la maladie thyroïdienne. Veuillez envoyer votre histoire de 500 à 1 000 mots et quelques photos à : info@thyroid.ca

DÉCLARATION DE CONSENSUS DU CSEM – SOINS DE SUIVI POUR LES PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER DE LA THYROÏDE À FAIBLE RISQUE DE RÉCIDIVE AU CANADA

Par Michelle Svestrup

Au cours des derniers mois, j'ai participé à l'élaboration d'une déclaration de consensus concernant les soins de suivi des patients atteints d'un cancer de la thyroïde à faible risque de récurrence au Canada. Cet effort découle de l'observation selon laquelle les lignes directrices existantes et les recommandations spécifiques dans la littérature publiée sont insuffisantes pour le suivi à long terme des patients atteints d'un cancer de la thyroïde à faible risque. Cela laisse malheureusement les prestataires de soins de santé aux prises avec la meilleure approche pour surveiller ces patients après le traitement.

La déclaration de consensus tentera de combler ce manque de connaissances en combinant les opinions et les interprétations des experts à la lumière des preuves souvent contradictoires et limitées disponibles. Ce faisant, l'objectif est d'améliorer la compréhension et d'atténuer l'incertitude concernant les soins

prodigués aux patients atteints d'un cancer de la thyroïde à faible risque de récurrence partout au Canada.

La déclaration de consensus a été élaborée par une équipe multidisciplinaire composée de dix endocrinologues et de deux chirurgiens représentant diverses régions du Canada. En raison de mon expérience personnelle en tant que survivant du cancer de la thyroïde, on m'a demandé de participer à plusieurs réunions pour donner le point de vue du patient. Les discussions ont été incroyablement instructives, avec une attention particulière portée aux données disponibles et un examen approfondi de divers points de vue. Il était évident que chaque participant était profondément engagé à faire progresser les soins aux patients et à favoriser la collaboration dans la poursuite de meilleurs résultats pour les personnes touchées par le cancer de la thyroïde au Canada.



PRÉSENTATIONS PUBLIQUES – DONNA MINIELY

En janvier 2024, Seniors Without Walls en Saskatchewan a contacté ses membres par téléphone pour une séance d'information d'une heure sur les maladies thyroïdiennes.

Comment avons-nous fait une présentation par téléphone ?
L'organisation:

- utilisé une ligne 1-800 à laquelle tout le monde a téléphoné (y compris le haut-parleur)
- Envoi par courrier des diapositives de présentation aux participants avant l'événement
- a mis à disposition un modérateur qui a coupé la ligne pour les participants pendant la présentation et a géré la période de questions à la fin.

Après une présentation de 40 minutes, une vingtaine de personnes ont posé des questions ou fait des commentaires. Toutes les questions et commentaires ont indiqué que les participants avaient écouté attentivement la présentation qui couvrait :

- La glande thyroïde et son fonctionnement
- Diverses maladies et affections thyroïdiennes (symptômes, tests et diagnostics, traitements)
- Où aller pour plus d'informations

Les retours ont été très positifs

! Certains participants ont déclaré qu'ils l'avaient trouvé très intéressant et instructif. D'autres ont déclaré que la présentation leur avait permis de mieux comprendre certains membres de leur famille souffrant d'une maladie thyroïdienne.

Une bonne question à laquelle je n'avais pas de réponse était : « Que pouvons-nous faire, le cas échéant, pour éviter de contracter une maladie thyroïdienne, par ex. régime? mode de vie? » J'aimerais savoir si quelqu'un a la réponse à cette question !

Notre prochaine présentation est organisée sur Zoom pour un groupe à Niagara Falls en mai 2024.

Si votre organisme souhaite planifier une présentation pour votre groupe ou votre communauté, contactez info@thyroid.ca.

Donna Miniely, M.ED, est une ancienne présidente du FCT



DOCUMENTS DE RECHERCHE



Les notes de recherche suivantes sont des résumés d'articles de recherche préparés par Hanista Premachandran, directrice de l'éducation et de la recherche du TFC.

Ces résumés et d'autres peuvent être consultés sur notre site Web à l'adresse : <https://thyroid.ca/research/summaries/>

Veuillez vous référer à notre site Web pour des résumés plus préparés à l'avenir.

Conseils sur l'hyperthyroïdie subclinique et l'hypothyroïdie subclinique : faisons-nous des progrès ? Wilmar M. Wiersinga

Résumé : « Bien que les preuves d'associations entre SHyper ou SHypo [S pour subclinique] et les effets néfastes sur la santé soient devenues beaucoup plus solides au cours de la dernière décennie, il manque des preuves démontrant que la restauration de l'état euthyroïdien inverse le risque d'effets néfastes sur la santé. Il n'existe aucun essai clinique randomisé à long terme démontrant que le traitement fera plus de bien que de mal [4] ... les recommandations actuelles des lignes directrices [sont] de prescrire de la lévothyroxine dans les cas d'hypothyroïdie [subclinique] avec des valeurs de TSH ≥ 10 mU/l (au moins chez les sujets ≤ 70 ans), mais d'être plus conservateur aux valeurs de TSH comprises entre 4 et 10 mU/l [2]. Ma proposition serait de subdiviser le grade I (SHypo) en grade IA (TSH $>4,0$ à <10 mU/l) et grade IB (≥ 10 mU/l).

L'enquête NHANES III basée sur la population aux États-Unis a été une étude marquante pour l'établissement de plages de référence fiables pour la TSH [12]. Dans leur « population de référence », la TSH médiane était de 1,39 mU/l avec un intervalle de référence de 0,45 à 4,12 mU/l (P2,5P97,5). Cependant, un effet clairement dépendant de l'âge sur les valeurs de TSH a été observé : les valeurs médianes de TSH et leurs plages de référence dans les tranches d'âge 20 à 29 ans, 60 à 69 ans, 70 à 79 ans et ≥ 80 ans sont de 1,26 (0,40 à 3,56), 1,67. (0,49 à 4,33), 1,76 (0,45 à 5,90) et 1,90 (0,33 à 7,50) mU/l, respectivement [12]. Compte tenu des valeurs de TSH plus élevées avec l'âge, la prévalence de SHypo peut donc être considérablement surestimée à moins qu'une fourchette de TSH spécifique à l'âge ne soit utilisée [13]. Les lignes directrices ne proposent pas de plages de référence spécifiques à l'âge (ce que j'aurais trouvé tout à fait logique), mais recommandent une attitude très conservatrice dans la prescription de lévothyroxine aux sujets atteints de SHypo de 70 ans et plus, mais basée sur d'autres considérations que la limite normale supérieure de TSH qui augmente avec l'âge [2].

Lire l'article : <https://www.eurothyroid.com/files/download/Wiersinga-EDITORIAL-ETJ-2015-4-438909.pdf>

Ligne directrice ETA 2013 : Prise en charge de l'hypothyroïdie subclinique Simon H.S. Pearce, Georg Brabant, Leonidas H. Duntas, Fabio Monzani, Robin P. Peeters, Salman Razvi, Jean-Louis Wemeau

Résumé : « Même en l'absence de symptômes, un traitement substitutif par la L-thyroxine est recommandé pour les patients plus jeunes (<65 - 70 ans) avec une TSH sérique >10 mU/l. Chez les patients plus jeunes atteints d'hypothyroïdie subclinique (TSH sérique < 10 mU/l) présentant des symptômes évocateurs d'une hypothyroïdie, un essai de traitement substitutif par la L-thyroxine doit être envisagé. Pour les patients qui ont débuté un traitement par L-thyroxine pour des symptômes attribués à SCH, la réponse au traitement doit être revue 3 ou 4 mois après avoir atteint une TSH sérique dans la plage de référence. En l'absence d'amélioration des symptômes, le traitement par la L-thyroxine doit généralement être arrêté. Des plages de référence locales spécifiques à l'âge pour la TSH sérique doivent être prises en compte afin d'établir un diagnostic de SCH chez les personnes âgées. Les sujets âgés les plus âgés (> 80 à 85 ans) présentant une TSH sérique élevée ≤ 10 mU/l doivent être soigneusement suivis avec une stratégie attentiste, en évitant généralement un traitement hormonal. Si la décision est de traiter SCH, alors la L-thyroxine orale, administrée quotidiennement, est le traitement de choix. La TSH sérique doit être revérifiée 2 mois après le début du traitement par la L-thyroxine et des ajustements posologiques doivent être effectués en conséquence. L'objectif pour la plupart des adultes devrait être d'atteindre une TSH sérique stable dans la moitié inférieure de la plage de référence (0,4 à 2,5 mU/l). Une fois que les patients atteints de SCH commencent un traitement à la L-thyroxine, la TSH sérique doit ensuite être surveillée au moins une fois par an. »

(suite à la page 15)

« De nombreux patients atteints de SCH n'ont pas besoin de traitement, mais si la décision est prise de traiter, la L-thyroxine orale est le traitement de choix. Des essais cliniques randomisés menés auprès de patients SCH ont montré que la L-thyroxine est efficace pour ramener la biochimie d'une TSH sérique élevée dans la plage de référence [27, 29, 120-123]. Les doses de L-thyroxine utilisées dans ces essais ont varié considérablement, mais les schémas thérapeutiques typiques ont commencé avec 25 ou 50 µg par jour, suivis d'un ajustement mensuel ou bimensuel ultérieur de la dose pour maintenir la TSH sérique dans la plage de référence. En utilisant cette approche, une étude portant sur 94 patients âgés de plus de 65 ans a montré que la TSH sérique pouvait être normalisée avec une dose médiane de 50 µg (intervalle interquartile 50–75 µg) de L-thyroxine [37]. De même, deux études plus petites portant sur des patients SCH plus jeunes ont montré que des doses quotidiennes moyennes de L-thyroxine de 68 et 71 µg (plage de 50 à 125) étaient nécessaires pour ramener la TSH sérique dans la plage de référence [121, 123]. Une étude a soigneusement titré les doses de L-thyroxine chez 36 patients SCH pour atteindre des taux sériques de TSH compris entre 0,5 et 1,5 mU et a révélé que des doses quotidiennes moyennes d'environ 100 µg (plage de 94 à 109) étaient nécessaires pour y parvenir [27]. Néanmoins, une vaste étude qui a commencé à prendre tous les participants SCH à 100 µg de L-thyroxine par jour a révélé que seulement 10 % étaient surtraités, à en juger par une TSH sérique inférieure à la normale (seulement 2 % avec une FT sérique élevée 4) [29]. Ainsi, les preuves suggèrent qu'une dose quotidienne de L-thyroxine comprise entre 50 et 100 µg par jour est adéquate pour normaliser la TSH sérique chez la plupart des patients SCH. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.eurothyroid.com/files/download/ETA-Guideline-Management-of-Subclinical-Hypothyroidism.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.eurothyroid.com/files/download/ETA-Guideline-Management-of-Subclinical-Hypothyroidism.pdf)

Un cadre d'intelligence artificielle explicable pour l'analyse prédictive de l'hypo et de l'hyperthyroïdie à l'aide d'algorithmes d'apprentissage automatique Md. Bipul Hossain, Anika Shama, Apurba Adhikary, Avi Deb Raha, K. M. Aslam Uddin, Mohammad Amzad Hossain, Imtia Islam, Saydul Akbar Murad, Md. Shirajum Munir & Anupam Kumar Bairagi (2023)

Résumé : La détection et le diagnostic précoces des maladies sont importants pour de meilleurs résultats en matière de santé. Étant donné que le diagnostic clinique est considéré comme un processus difficile, cet article étudie si les modèles d'intelligence artificielle peuvent être utilisés pour prédire les maladies thyroïdiennes. Les principaux objectifs de l'article actuel sont de trouver un modèle d'apprentissage automatique qui prédit les maladies thyroïdiennes avec un nombre limité de caractéristiques et d'identifier les caractéristiques idéales pour détecter les maladies thyroïdiennes. Trois ensembles de données (hypothyroïdie, hyperthyroïdie et malade) du référentiel d'apprentissage automatique UCI ont été combinés pour cette étude. Plusieurs caractéristiques, telles que l'âge, le sexe et la médication, ont été incluses dans l'analyse. Sept algorithmes d'apprentissage automatique différents ont été comparés, notamment : le classificateur d'arbre de décision, le classificateur de forêt aléatoire, le classificateur à amplification de gradient, le classificateur Naive Bayes, le voisin le plus proche, la régression logistique et le vecteur de machine de support. Les principaux résultats suggèrent que chaque algorithme a la capacité de se surpasser selon qu'un sous-ensemble de fonctionnalités ou des fonctionnalités complètes ont été inclus. Dans l'ensemble, les auteurs ont constaté que la diminution du nombre de fonctionnalités fournies permettait à davantage d'algorithmes de prédire avec plus de précision les maladies thyroïdiennes. Ils suggèrent également que le classificateur de forêt aléatoire, le classificateur d'arbre de décision et le classificateur d'amplification de gradient ainsi que les techniques d'importance des caractéristiques ont le potentiel de prédire les maladies thyroïdiennes de manière plus fiable. Les caractéristiques les plus importantes à prendre en compte sont l'hormone thyroïdienne (TSH), l'hormone triiodothyronine (T3), l'hormone thyroxine (TT4), le taux d'utilisation de la thyroxine (T4U) et l'indice de thyroxine libre (FTI). Enfin, les auteurs discutent des limites et des biais potentiels des points de données limités utilisés dans cette étude.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s44230-023-00027-1>

Ablation thermique guidée par ultrasons des nodules thyroïdiens : que disent les experts sur qui, quoi et quand ? Jesse Pasternak (2022)

Résumé : Les progrès récents dans le traitement des nodules thyroïdiens ont conduit à des techniques chirurgicales moins invasives. Cet article traite d'une déclaration de consensus sur l'ablation thermique guidée par ultrasons par un panel international de chirurgiens, d'endocrinologues et de radiologues. Le groupe a proposé plusieurs recommandations lors de l'examen de l'ablation guidée par échographie, notamment l'utilisation de cette technique pour les nodules thyroïdiens fonctionnant de manière autonome, les goitres compressifs bénins et les petits cancers de la thyroïde dans certains cas. Une autre recommandation est d'évaluer les cordes vocales des patients et de prévenir les complications en pratiquant le traitement sur un modèle fantôme. De plus, l'ablation est recommandée pour traiter les gros nodules solides et, dans le cas de nodules kystiques récurrents, l'aspiration et l'injection d'éthanol (ETOH) dans le nodule peuvent empêcher la réaccumulation de liquide. À mesure que les technologies ablatives progressent et que davantage de données deviennent disponibles, on s'attend à ce qu'un plus grand nombre de patients préfèrent cette technique.

<https://www.liebertpub.com/doi/epdf/10.1089/ct.2022%3B34.119-122>

AVEZ-VOUS PENSÉ À LAISSER UN LEGS À TFC ?

La Fondation canadienne de la thyroïde a eu la chance de recevoir récemment plusieurs legs pour la recherche sur la thyroïde. Bien que la recherche soit importante, nous avons également un grand besoin de financement pour poursuivre et étendre nos programmes de sensibilisation et de soutien. Vous pouvez faire une différence durable et aider d'autres patients atteints de thyroïde !

En incluant le TFC dans votre testament, votre don contribuera à atteindre les objectifs suivants :

- Sensibiliser et atteindre plus de patients thyroïdiens
- Impacter la profession médicale, le gouvernement et le public
- Réaliser un diagnostic plus précoce pour les patients atteints de thyroïde et fournir une éducation sur les meilleurs traitements
- Bénéficiez d'avantages fiscaux importants pour votre patrimoine personnel



Avec ce cadeau, vous pouvez avoir un impact durable pour les personnes souffrant de troubles thyroïdiens. Apprenez-en plus sur notre site Web à : thyroid.ca/les-legs

Contactez-nous pour plus d'informations: [1-800-267-8822](tel:1-800-267-8822) ou info@thyroid.ca

Bénévole !



Avez-vous des compétences et des intérêts que vous pourriez partager avec TFC ?

Nous serions ravis de vous parler !

Contactez-nous au [1-800-267-8822](tel:1-800-267-8822) ou par courriel à info@thyroid.ca.

Dates de sensibilisation à la thyroïde

25 mai - Journée mondiale de la thyroïde

25-31 mai - Semaine internationale de sensibilisation à la thyroïde

1-30 juin - Mois de la thyroïde au Canada

