

## Hypothyroïdie et thérapie de remplacement de la thyroïde

### T4 vs T4/T3 vs DTE

Public Education Webinar  
Thyroid Foundation of Canada

Hernan Franco Lopez  
Endocrinology Fellow, Western University  
London, Ontario, Canada



Se souvenir de Phyllis



L'histoire de Laz



Les yeux l'ont - mais pas toujours





*Fondatrice*  
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  
2021-2022

Président  
Laz Bouros, Ottawa ON

Ancienne présidente  
Mabel Miller, Gander NL

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

Trésorier  
Jean Sébastien Michel, Toronto ON

Directrice, Éducation et publications  
Tracy Hey, St. Margaret's Bay NS

Directrice, Relations publiques  
Tatyana Medvedyeva, Mississauga ON

Directrice, Recherche  
Hanista Premachandran

Directrice, Recrutement et développement  
des bénévoles  
Lauri Martin, Strome AB

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

800.267.8822 info@thyroid.ca  
www.thyroid.ca

Organisme de bienfaisance enregistré:  
BN# 11926 4422 RR0001

facebook

Contenu	Numéro de page
Message du président	3
42ème Assemblée générale annuelle / Appel à candidatures 2022-2023	4
Se Souvenir de Phyllis	5
Les yeux l'ont - mais pas toujours	6
Hypothyroïdie et traitement de substitution de la thyroïde	7
Diagnostic et prise en charge des troubles thyroïdiens par échographie	7
Demandez au médecin	8
L'histoire de Laz	10
Nouvelle étude de recherche pour explorer la norme de soins de la thyroïde	11
Critique de livre : Immune - Un voyage dans le mystérieux système qui vous maintient en vie	11



Du 25 au 31 mai 2022

Le sujet de cette année : **Thyroïde et communication**

Avis Important: Les renseignements contenu à l'intérieur sont à titre d'information générale et conséquemment personne ne doit les considérer comme conseils médicaux. Pour traitement ou diagnostique individuelle veuillez consulter votre médecin.

## MESSAGE DU PRÉSIDENT



Chers membres,

Il y a quelques mois, nous avons reçu un e-mail d'un patient atteint de la thyroïde nous demandant des informations sur le travail de plaidoyer que nous effectuons. Nous avons d'abord établi un plan de plaidoyer en 2018. Le plaidoyer est un processus utilisé pour accroître la sensibilisation et pour influencer et effectuer des changements positifs. Ces changements pourraient concerner l'attitude, les politiques et les pratiques du gouvernement, des entreprises et de la perception du grand public.

Notre plan a trois objectifs :

1. Améliorer les soins aux patients thyroïdiens grâce à un plaidoyer auprès des principales parties prenantes des soins de santé ;
2. Établir des alliances stratégiques avec d'autres organismes de bienfaisance pour partager de l'information et des pratiques exemplaires et collaborer à des projets d'intérêt mutuel au profit des patients atteints de thyroïde au Canada; et
3. Établir des projets de recherche sur les soins aux patients et les statistiques sur la thyroïde et tirer parti des résultats pour soutenir les initiatives de plaidoyer et d'établissement de relations.

TFC a été fondée à la fois par des médecins spécialistes de la thyroïde et des patients et nous continuons à travailler avec la communauté médicale pour améliorer les soins aux patients thyroïdiens. Nous avons un conseiller médical qui répond régulièrement aux questions des patients sur une variété de problèmes de thyroïde.

Au cours des dernières années, nous avons établi une bonne relation de travail avec la Société canadienne d'endocrinologie et métabolisme (SCEM). Nous avons actuellement un accord avec eux pour gérer nos subventions de recherche annuelles de 50 000 \$ pour la recherche qui a un impact direct sur les patients atteints de thyroïde. Nous avons annoncé notre premier prix l'automne dernier. En 2019, nous avons fait pression contre la recommandation de Choisir avec soin Canada (CWC) de limiter les tests thyroïdiens initiaux à la TSH. Nous avons réussi à faire en sorte que le CSEM et le CWC conviennent que les tests T4/T3 pourraient être effectués si le patient et les médecins étaient tous les deux d'accord (un succès partiel).

Nous entretenons de bonnes relations avec la Fédération internationale de la thyroïde (TFI), qui représente 37 organisations nationales de la thyroïde. Cette relation nous permet de

permettre de promouvoir de nouvelles procédures thyroïdiennes du monde entier, telles que l'ablation des nodules thyroïdiens, auprès de notre communauté canadienne par le biais de webinaires et de documents imprimés. Nos propres webinaires éducatifs sont soutenus par des conférenciers de la communauté médicale et leur fournissent d'importants commentaires des patients de la part des participants aux webinaires.

Nous essayons de promouvoir l'utilisation de l'ablation des nodules thyroïdiens au Canada. Nous avons demandé l'appui du CSEM pour une lettre que nous prévoyons envoyer à Santé Canada pour promouvoir l'adoption de ce traitement qui offre une alternative à la chirurgie. Le CSEM s'est engagé à faire un bilan de ce traitement. En février, nous avons fourni une lettre de soutien pour une nouvelle étude de recherche proposée par la Dre Sana Ghaznavi et son groupe de recherche pour explorer les soins aux patients thyroïdiens (voir l'article dans ce numéro à la page 11).

Il y a beaucoup de travail à faire avec les endocrinologues mais encore plus avec les médecins de famille. Selon l'Association médicale canadienne, il y a environ 86 000 médecins au Canada, dont la moitié sont des médecins de famille et 600 endocrinologues pour l'ensemble du Canada. Pour les patients atteints de thyroïde, ce dernier nombre est encore réduit car de nombreux endocrinologues se sont spécialisés dans les soins de santé liés au diabète ou dans d'autres domaines endocriniens. La plupart des patients atteints de thyroïde obtiennent leurs soins de santé de médecins de famille et ne voient même jamais un endocrinologue. Ainsi, se concentrer uniquement sur les endocrinologues n'est peut-être pas la meilleure stratégie.

Pour l'avenir, nous devons veiller à ce que les endocrinologues et les médecins de famille introduisent de nouvelles recherches sur la thyroïde et les meilleures pratiques dans leurs domaines de pratique. Nos projets de recherche parrainés doivent inclure un plan de mise en œuvre pour s'assurer que la nouvelle recherche est adoptée par les endocrinologues et les médecins de famille.

Nous devons mieux comprendre les voies et les processus de communication qui existent actuellement dans notre communauté médicale. Ensuite, nous pourrions plaider en faveur de l'adoption de nouvelles recherches et de pratiques exemplaires pour améliorer les options de diagnostic et de traitement pour les patients atteints de thyroïde partout au Canada.

Laz Bouros,  
Président

## 42ÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

11 juin 2022

De plus amples renseignements seront affichés sur notre site Web et envoyés par courriel. Les membres de la Fondation canadienne de la thyroïde sont invités à y participer.



### Mise à jour sur la subvention de recherche de TFC Par Paul Stewardson

Lors de notre assemblée générale annuelle, nous recevrons une mise à jour sur les progrès de la récente subvention de recherche de TFC. Cette subvention a été accordée au Dr Ralf Paschke pour sa recherche sur la classification des tumeurs thyroïdiennes. Paul Stewardson, un candidat au doctorat qui travaille sur ce projet de recherche, fera une présentation sur les derniers développements. L'objectif du projet proposé est d'améliorer les stratégies de diagnostic des tumeurs du cancer de la thyroïde tout en limitant les interventions chirurgicales diagnostiques inutiles pour les patients. Nous sommes impatients d'en apprendre davantage sur les progrès réalisés par le Dr Paschke dans la recherche sur le cancer de la thyroïde.

## LA FONDATION CANADIENNE DE LA THYROÏDE APPEL À CANDIDATURES 2022-2023

Le Conseil d'administration national accepte les candidatures aux postes du Conseil pour l'année 2022-2023.

Conformément aux Statuts, article 17 (a) a. Nombre d'administrateurs. Le Conseil d'administration est 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 servir. Si des postes sont vacants au sein du conseil, celui-ci peut nommer des administrateurs jusqu'à concurrence d'un tiers du conseil. Le mandat de tout administrateur nommé expire à la clôture de l'assemblée générale suivante.

Si vous êtes intéressé ou connaissez quelqu'un qui pourrait l'être, veuillez contacter le président du comité des candidatures à l'adresse suivante : [nominations@thyroid.ca](mailto:nominations@thyroid.ca) ou au numéro 1-800-267-8822. La date de clôture sera annoncée ultérieurement.

Kim McNally, présidente du comité des nominations 2022-2023

## SE SOUVENIR DE PHYLLIS

Par Kim McNally

Les membres et amis de la Fondation canadienne de la thyroïde ont été profondément attristés d'apprendre le décès récent de Phyllis Mackey (31 janvier 2022). Pour ceux qui ne la connaissaient pas, Phyllis était membre fondateur de la Fondation canadienne de la thyroïde, membre du conseil national et archiviste de la Fondation, prenant de nombreuses photos lors de nos assemblées générales annuelles et les exposant fièrement lors de divers événements.

Beaucoup d'entre nous qui ont travaillé avec Phyllis se souviennent de son dévouement inébranlable à la Fondation et de son soutien à tous les malades de la thyroïde. Comme l'a indiqué l'un de nos membres fondateurs, Phyllis était un atout pour la Fondation et a grandement contribué à sa croissance. D'autres membres partagent les mêmes réflexions sur Phyllis et se souviennent avec émotion de nombreuses années de rires et de conversations agréables avec elle lors de nos assemblées générales annuelles. Comme l'a dit l'un d'eux, elle se réjouissait de la voir chaque année.

Phyllis a gardé le contact avec les nombreux amis qu'elle s'était faits par l'intermédiaire des chapitres national et de Kingston, après avoir pris sa retraite de son travail bénévole au sein de TFC. Habitant à Kingston, je voyais souvent Phyllis dans la communauté, où elle me régala d'histoires sur les événements les plus récents de sa vie. Elle avait un sourire contagieux et était toujours gentille avec ceux qu'elle rencontrait. Sa notice nécrologique fait état d'une vie bien remplie et charitable, notamment en tant que membre de la chorale de l'église unie Cataraqui pendant plus de 40 ans, membre des Sweet Adelines de Kingston, représentante Avon pendant 25 ans, membre fondateur de la Fondation canadienne de la thyroïde et archiviste pendant 18 ans. Elle a travaillé au Collège d'état-major de l'Armée canadienne comme photographe et dessinatrice pendant 18 ans et à l'Université Queen's au Centre des arts visuels comme photographe et dessinatrice pendant 18 ans. Ceux qui l'ont connue se souviendront d'elle avec tendresse et la regretteront à jamais.



Phyllis avec Joe Boyce (Ancien président) et Nathalie Gifford (Ancienne présidente)



Phyllis avec (G-D) Diana Abramsky, (Fondatrice), Dr. Robert Volpe (Conseiller médical), Joe Boyce (Past Président)



Phyllis avec Dr. Jack R. Wall (Conseiller médical) et Rhoda Boyce (Secretary)

## LES YEUX L'ONT - MAIS PAS TOUJOURS

Par Jack R. Wall

L'exposition au soleil endommage non seulement la peau mais aussi la surface des yeux et, d'après l'expérience de l'auteur, la grande majorité des femmes australiennes présentent des modifications inflammatoires légères de l'œil, y compris une ptérygie bilatérale, dues à une exposition chronique au soleil, alors que cela est beaucoup moins fréquent chez les Canadiennes qui ne sont confrontées au soleil qu'en faisant du ski de fond au printemps ou en passant des vacances en Floride ou en Arizona. Il en va de même pour les hommes, mais comme les maladies thyroïdiennes sont environ 8 fois plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, ce n'est pas un problème de diagnostic chez le sexe le moins beau. Une légère rougeur, un gonflement et une larmolement des yeux dus à un coup de soleil conjonctival peuvent facilement être interprétés à tort comme un début d'ophtalmopathie chez les femmes à la peau claire atteintes d'hyperthyroïdie de Graves et vivant dans des pays chauds.

L'ophtalmopathie de Graves (GO) se caractérise par des modifications inflammatoires et congestives des conjonctives, des tissus périorbitaires, des paupières et des muscles oculaires. Bien qu'il n'y ait pas de signes ou de symptômes spécifiques de la GO, la proptose (yeux en forme de coq), la vision double et la réduction des mouvements oculaires vers le haut et vers l'extérieur sont les anomalies les plus reconnaissables. Le dysfonctionnement des muscles oculaires s'accompagne généralement d'une augmentation du volume des muscles oculaires, comme le montre l'imagerie orbitaire. Si la plupart des patients atteints d'ophtalmopathie présentent une hyperthyroïdie de Graves, 3 % ont une thyroïdite de Hashimoto



et une petite proportion ne présente pas de maladie thyroïdienne manifeste.

Le nom le plus approprié pour ce trouble oculaire et orbital est l'ophtalmopathie/orbitopathie associée à la thyroïde (TAO).

Parmi les divers anticorps sériques qui ont été associés à l'OAT, ceux qui ciblent la protéine de liaison au calcium, la calsequestrine, qui est exprimée 5 fois plus dans le muscle oculaire que dans les autres muscles squelettiques, sont les meilleurs marqueurs de la composante musculaire oculaire de la maladie de Graves. D'autres anticorps ont été identifiés chez les patients atteints de la maladie de Basedow, notamment ceux qui ciblent le récepteur de la TSH, le récepteur de l'IgF-1 et la protéine du tissu conjonctif orbitaire et des fibroblastes, le collagène de type XIII.

La mesure de la calsequestrine sérique et des anticorps du collagène de type XIII peut aider au diagnostic différentiel des changements inflammatoires légers des yeux chez les femmes vivant dans des climats chauds qui, avec le réchauffement climatique, pourraient éventuellement inclure le Canada.

Prof. Jack R Wall MD, PhD, FRACP  
Professeur honoraire de médecine, Département  
des sciences de la santé, Université Macquarie  
Sydney, NSW, Australie



Ne manquez pas notre prochain webinaire TFC

### La maladie oculaire thyroïdienne

Dimanche 24 avril 2022

Dr Kelsey Roelofs, ophtalmologue

Le Dr Kelsey Roelofs a fait ses études de médecine et sa résidence à l'université d'Alberta à Edmonton, au Canada. Elle a ensuite suivi une formation d'un an en oncologie oculaire au Moorfields Eye Hospital. Elle effectue actuellement un stage de l'American Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery à l'université de Californie, à Los Angeles. Elle a publié plus de 40 articles dans des revues à comité de lecture, 19 chapitres de manuels et a reçu en 2021 le prix de recherche Bartley R. Frueh.

## HYPOTHYROÏDIE ET TRAITEMENT DE SUBSTITUTION DE LA THYROÏDE

### Webinaire d'éducation publique de la FCT Hypothyroïdie et traitement de substitution de la thyroïde

Le 27 février 2022, nous avons organisé un webinaire très réussi sur l'hypothyroïdie et la thérapie de remplacement de la thyroïde (T4 vs T3 et thyroïde desséchée). Notre conférencier invité était le Dr Hernan Franco Lopez, qui est boursier en endocrinologie à l'Université Western de London, en Ontario. Il a fait ses études de médecine à l'Université d'Ottawa et sa formation en médecine interne à l'Université McMaster à Hamilton (Ontario). Il s'intéresse à l'endocrinologie générale, en particulier aux maladies thyroïdiennes et surrénales. Il s'intéresse également à l'éducation médicale et à la défense de la santé, qui sont importantes dans un domaine de maladies chroniques comme l'endocrinologie.

Une fois la présentation terminée, le Dr Franco Lopez a répondu aux nombreuses questions du public. Un échantillon des questions et réponses de ce webinaire est fourni à la page 8. Katherine Keen, notre administratrice, a fait office de productrice pour ce webinaire. Certains de nos administrateurs ont également apporté leur concours. Hanista Premachandran s'est occupée de la section questions-réponses. Lauri Martin a apporté son aide dans la salle de chat. Cet événement a été enregistré et peut être visionné à ce lien :

[Hypothyroidism and Thyroid Replacement Therapy Webinar - YouTube](#)



Dr. Hernan Franco Lopez

Notre prochain webinaire aura lieu le 24 avril. Le Dr Kelsey Roelofs parlera de la "maladie oculaire thyroïdienne". Veuillez marquer vos calendriers pour cette présentation intéressante.

## DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES THYROÏDIENS PAR ÉCHOGRAPHIE

Par Hanista Premachandran

Un article récent du Dr Jack Wall et de ses collègues (2021) explique comment l'échographie thyroïdienne est utilisée par les endocrinologues dans le diagnostic et la prise en charge des troubles thyroïdiens et parathyroïdiens. Les endocrinologues utilisent une machine à ultrasons portable pour échographier des images avec des résultats cliniques et des tests sanguins. Voici quelques exemples de différents troubles thyroïdiens et leurs caractéristiques échographiques caractéristiques :

- Les nodules bénins (ou « colloïdes ») sont caractérisés par des vaisseaux sanguins comprimés, qui apparaissent sous la forme d'un anneau large et noir à l'échographie ;
- Les nodules folliculaires ont également un anneau noir entourant leur structure et apparaissent plus solides et de couleur blanche ;
- Les nodules chauds (ou toxiques) partagent des caractéristiques similaires aux nodules colloïdes et peuvent contenir du liquide lors de la biopsie ;
- Les kystes thyroïdiens partagent des caractéristiques similaires avec les nodules chauds mais ont tendance à être plus gros et plus ronds ;
- La calcification dans les nodules, qui ne se trouve pas dans

les glandes thyroïdiennes normales, pourrait être bénigne, cependant, s'il y a des ruptures dans la paroi d'un nodule calcifié, cela peut indiquer un cancer ;

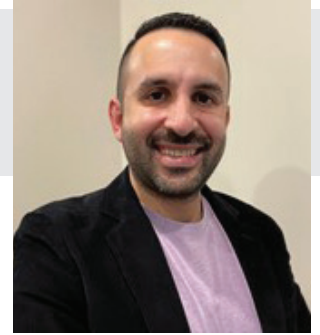
- La calcification peut apparaître sous forme de taches ou de feuillettes dans toute la glande thyroïde. La calcification peut également être présente dans la maladie de Grave et la thyroïdite de Hashimoto ;
- L'hyperthyroïdie de Grave se caractérise par une hypertrophie de la glande avec une vascularisation accrue et la texture de la glande est considérée comme « inégale ». Après un traitement à l'iode radioactif, une augmentation du tissu cicatriciel sera observée.

Dans l'ensemble, l'échographie est devenue un outil courant et très utile pour le diagnostic et la prise en charge des troubles thyroïdiens. Il est important de noter que de nouvelles méthodes d'échographie sont actuellement en cours de développement, telles que l'élastographie par ondes de cisaillement (qui mesure la rigidité des tissus), pour faciliter l'identification des nodules nécessitant des biopsies.

L'article complet du Dr Wall, peut être trouvé à : <https://thyroid.ca/wp-content/uploads/2022/03/E.12.C-Real-Time-Ultrasonography-J.-Wall.pdf>

## DEMANDEZ AU MÉDECIN

Dr. Hernan Franco Lopez



Extrait du webinaire du 27 février, Hypothyroïdie et traitement de substitution de la thyroïde

1 - Si quelqu'un a une faible tsh mais des niveaux de t3 et t4 normaux, doit-il augmenter son dose de thyroxine ?

Si je suppose que c'est pour l'hypothyroïdie primaire, c'est un niveau de la glande thyroïde, un tsh bas signifie essentiellement que le corps ressent un peu trop d'hormones thyroïdiennes, donc dans ce cas, on diminue un peu la dose jusqu'à ce que le niveau de tsh se normalise. Cependant, si vous souffrez d'hypothyroïdie hypophysaire ou d'hypothyroïdie centrale, votre taux de tsh sera toujours bas car, encore une fois, l'hypophyse ne produit pas de tsh. Ainsi, lorsque nous le mesurons par analyse sanguine, le taux de tsh sera toujours bas, quel que soit le niveau d'hormone que nous vous donnons, Donc, si c'est le cas, nous ciblons habituellement les niveaux d'hormones libres pour nous assurer qu'ils sont dans la plage normale et ensuite nous ne nous préoccupons pas nécessairement du tsh, seulement si c'est un problème hypophysaire, si c'est juste une hypothyroïdie primaire, un tsh bas signifie que vous recevez peut-être un peu trop d'hormones thyroïdiennes et peut-être que diminuer la dose pourrait être la meilleure chose.

2 - Qu'est-ce que cela peut signifier si la tsh est élevée au-dessus de la gamme de laboratoire mais que la t4 est normale dans la gamme de laboratoire ?

Il s'agit en fait d'une entité spécifique que nous appelons hypothyroïdie subclinique. Essentiellement, cela signifie que vos hormones libres semblent se situer dans la plage normale des analyses de sang, mais que votre tsh continue d'être élevée. Il existe en fait des directives spécifiques pour le traitement de l'hypothyroïdie subclinique et, pour résumer, si votre tsh se situe entre 5 et 10, vous ne le traitez que si vous avez des symptômes d'hypothyroïdie ou si vous avez des anticorps positifs qui pourraient suggérer que vous avez les débuts de la maladie de Hashimoto, c'est-à-dire des anticorps anti-tpo et anti-thyroglobuline. Cependant, si vous êtes déjà traité pour une hypothyroïdie et que vos t4 et t3 sont dans la fourchette normale, mais que votre tsh est supérieure à la normale, cela pourrait suggérer que vous avez besoin d'un peu plus pour ramener votre taux dans la fourchette normale. Ce que nous avons tendance à faire, c'est que s'il est juste au-dessus de la limite supérieure de la normale, nous avons tendance à attendre et à répéter l'analyse de sang environ quatre à six semaines plus tard, parce que nous avons des fluctuations des niveaux de tsh, encore une fois en fonction d'autres facteurs. Ainsi, si vous revenez d'une maladie ou si vous avez une inflammation ailleurs, ou si vous savez que vous n'avez pas pris vos pilules aussi régulièrement et que vous avez recommencé à les prendre juste avant de faire l'analyse de sang, il se peut que l'analyse montre un taux normal de t3/t4 mais que votre tsh soit encore un peu à la traîne, donc cela varie en fonction de la situation.

3 - Si vous prenez de la lévothyroxine depuis de nombreuses années et que le médecin de famille dit qu'il aime les chiffres des résultats de vos analyses sanguines mais que le patient continue à ressentir des symptômes, avez-vous des suggestions pour des cas comme celui-ci ?

Oui, nous voyons cela tout le temps. Il s'agit, premièrement, de connaître votre patient et d'essayer de déterminer si le symptôme qu'il signale est vraiment dû à l'hypothyroïdie ou s'il y a quelque chose d'autre qui se passe en même temps et qui pourrait obscurcir les choses, car la dernière chose que vous voulez est de vous concentrer tellement sur votre thyroïde que vous passez à côté de quelque chose d'autre qui se passe. Deuxièmement, si nous pensons que cela est dû à une faible hormone thyroïdienne et que les chiffres semblent bons, certaines études montrent qu'il existe un sous-ensemble de patients qui ont peut-être besoin d'un peu de t3 en plus du t4 pour se sentir mieux. On pourrait alors discuter avec le médecin de famille de la possibilité d'une thérapie combinée et, s'il est à l'aise avec cette idée, on pourrait faire un essai de courte durée, de quatre à six mois, pour voir si les symptômes s'améliorent. S'il ne se sent pas à l'aise pour prescrire une thérapie combinée, c'est probablement à ce moment-là qu'un expert, comme un endocrinologue, pourra l'aider à avoir certaines de ces discussions, mais il s'agirait essentiellement d'évaluer si cela est lié à la thyroïde et, si c'est le cas, si un court essai de thérapie combinée sera efficace, puis de réévaluer la situation après cela.

4 - Existe-t-il une formule pour le dosage en fonction du poids du patient et comment les médecins décident-ils du dosage optimal ?

Si nous supposons que votre thyroïde ne produit plus d'hormones ou très peu, nous utilisons le poids et la formule est de 1,6 microgramme par kilogramme de poids corporel et c'est ce que nous disons généralement comme étant la base de votre dose, mais ce n'est pas une formule parfaite, parfois cela peut être 1,6 microgramme par kilogramme de poids corporel maigre, ce qui peu



Extrait du webinaire du 27 février, *Hypothyroïdie et thérapie de remplacement de la thyroïde* - suite.

changer d'un individu à l'autre et certains médecins disent que nous pouvons simplement commencer avec une dose lente de 25 ou 50 microgrammes si votre niveau de TSH n'est pas trop éloigné de la plage normale. Mais si nous utilisons le poids corporel à 1,6 microgrammes par kilogramme, c'est ce que nous utilisons généralement comme dose complète.

5 - Une TSH supprimée est-elle normale lors de la prise d'ERFA Thyroid ?

Je dirais non. Donc, si nous prenons de la thyroïde desséchée ERFA, nous essayons toujours de viser une TSH dans la fourchette normale, donc si la TSH est supprimée ou complètement indétectable, alors nous donnons trop de cette hormone, soit T4 ou T3, et ce serait une indication pour revenir en arrière et la maintenir dans la fourchette normale. La raison pour laquelle nous nous préoccupons de cela est que, si vous avez des niveaux de TSH complètement supprimés pendant trop longtemps, c'est essentiellement votre corps qui vous dit que vous avez trop d'hormones thyroïdiennes dans la circulation sanguine, ce qui peut vous exposer à un risque plus élevé d'arythmie ou de battements cardiaques irréguliers, ainsi qu'à un risque plus élevé d'ostéoporose, et cela peut également conduire à des symptômes d'hyperthyroïdie ou d'excès d'hormones thyroïdiennes : vous pouvez passer de la constipation à des selles molles très fréquentes, vous pouvez commencer à avoir des palpitations, des tremblements, vous pouvez être en sueur et cela peut affecter votre sommeil. Les gens disent parfois : "Je ne peux pas dormir parce que je suis hypothyroïdien", mais vous pouvez aussi ne pas pouvoir dormir parce que vous êtes hyperthyroïdien et cela peut aussi affecter votre concentration si vous recevez trop d'hormones thyroïdiennes. Donc si la TSH est complètement supprimée, je dirais que vous en avez trop et qu'une diminution de la dose peut être justifiée.

6 - Les médecins de famille ne se sentent pas habilités à prescrire une thérapie combinée. Certains m'ont même dit qu'ils auraient des ennuis avec l'Ordre des médecins s'ils le faisaient. Pourquoi en est-il ainsi ?

Le confort et l'expérience de l'utilisation de la thérapie combinée seraient la principale raison. Pour ce qui est d'avoir des ennuis avec l'Ordre, cela dépend de la province dans laquelle ils exercent et de tout le reste. Il y a des médicaments que moi-même, en tant qu'endocrinologue, je ne me sens pas à l'aise de prescrire parce qu'ils ne font pas partie de ma spécialité. Je pense donc qu'il est tout à fait raisonnable que les médecins ne se sentent pas à l'aise de ne pas les prescrire, car je pense qu'avant de faire quoi que ce soit d'autre, nous devons nous assurer que nous faisons quelque chose qui est sûr. C'est donc probablement la raison la plus importante, le manque de confort ou d'expérience dans l'utilisation de ces thérapies combinées, et c'est là qu'une orientation vers un endocrinologue pourrait être utile. Mais je ne pourrai pas faire de commentaires sur les problèmes avec le Collège, car cela varie d'une province à l'autre.

7 . Comment pouvons-nous aborder ou parler à nos médecins des avantages de la thérapie combinée ?

En tant que patient, nous devons parfois être nos propres défenseurs. Je pense donc qu'il est bon d'avoir une discussion sincère sur le fait que la monothérapie ne fonctionne peut-être pas aussi bien et qu'il existe des données indiquant que la polythérapie peut fonctionner en toute sécurité pour un ensemble spécifique de personnes si elle est bien menée. La dernière chose que l'on souhaite, c'est de suivre une thérapie combinée et de ne pas être suivi, car c'est à ce moment-là que les choses peuvent mal tourner. C'est un sujet abordé dans la littérature et je pense que cela a à voir avec la relation que vous avez avec le patient. En fonction de la relation que vous avez avec votre médecin, vous pouvez dire "Je ne me sens pas bien avec la lévothyroxine seule, suis-je capable de faire une thérapie combinée ?". Et si ce médecin n'est pas à l'aise, il peut suggérer de vous adresser à un endocrinologue qui a peut-être un peu plus d'expérience.

[Le Dr Hernan Franco est chercheur en endocrinologie à l'université Western de London, en Ontario.](#)

## L'HISTOIRE DE LAZ

Par Laz Bouros

J'aimerais vous donner quelques informations générales avant d'entrer dans tous les détails endocriniens. Tout d'abord, je suis une immigrée ! Je suis née à Athènes, en Grèce. Mon père est venu au Canada au début des années 50 pour ouvrir une entreprise de fourrure. Sa décision d'émigrer ici était fondée sur le fait que le Canada était une terre d'opportunités, sur sa réputation passée dans le domaine des fourrures et aussi pour obtenir des soins médicaux pour ma sœur qui avait contracté la polio à un âge précoce. Il s'est installé à Montréal, a ouvert un magasin de fourrures et a fait venir le reste de la famille de Grèce trois ans plus tard. (L'histoire raconte qu'il s'est d'abord rendu jusqu'à Toronto, mais qu'il est arrivé un dimanche et qu'il n'a pu obtenir un verre nulle part, alors il est revenu à Montréal).

J'ai grandi à Montréal et je parlais grec à la maison, français avec mes amis et j'ai fréquenté une école protestante anglaise. Nous avons rapidement déménagé du centre-ville pour un appartement plus grand dans les quartiers chics et j'ai fréquenté l'école secondaire Baron Byng (également connue sous le nom de Fletcher Field High School dans les livres de Mordecai Richler). Nous n'étions pas aussi mauvais que les personnages de ses livres, mais j'ai appris beaucoup d'expressions yiddish !

J'ai quitté Montréal pendant la récession de 1981-1982 pour m'installer à Ottawa où les emplois étaient encore nombreux. J'étais gestionnaire de projet à l'époque et le gouvernement fédéral avait de nombreux projets en cours. En 1987, je suis allé chez mon médecin de famille pour un examen physique et j'ai mentionné que j'avais ressenti des douleurs à la poitrine. Il m'a alors fait passer plusieurs tests sanguins, dont un test de la thyroïde. C'est là que la première anomalie s'est présentée. Le test a montré que j'avais une TSH basse, une T4 basse et une T3 basse. Il m'a envoyé chez un endocrinologue qui n'a pas cru les premiers résultats et m'a fait refaire les tests sanguins. Eh bien, de façon assez surprenante, les résultats sont revenus identiques.

Quelques semaines ont passé pendant que j'attendais de le revoir. Puis, un week-end, j'ai été prise d'une migraine extrême qui m'a conduite aux urgences de la Civic d'Ottawa. (Je n'avais pas d'antécédents de migraines). On m'a donné des médicaments psychotiques assez puissants et la migraine a disparu. Je suis retourné voir mon médecin de famille. Il m'a retiré les médicaments, affirmant qu'ils étaient très mauvais pour moi.

Au cours des semaines suivantes, j'ai sombré dans un état connu sous le nom de myxoedème (hypothyroïdie aiguë). Ma peau est devenue grise et je me sentais très fatiguée. Mes amis m'ont dit que je ressemblais à un goule. Je trébuchais souvent en montant

les escaliers. C'était un miracle que je

réussisse à continuer à travailler. J'ai appelé mon endocrinologue et lui ai expliqué ma situation. Il m'a programmé un test Triple Bolus pour évaluer ma fonction hypophysaire. Trois hormones, l'insuline et deux autres hormones de libération, ont été injectées dans ma veine pour stimuler l'hypophyse antérieure et mesurer la réponse de la glande. Le résultat a indiqué que j'avais un problème d'hypophyse.

J'ai été admis à l'hôpital Civic d'Ottawa et j'ai eu la chance d'être pris en charge par le Dr Peter Walker, qui était chef du service d'endocrinologie à l'époque. Il a demandé un scanner. L'examen a révélé une selle vide (structure osseuse à la base du cerveau qui protège l'hypophyse). Cela signifiait que je n'avais plus de glande pituitaire ! On m'a dit que je souffrais d'hypopituitarisme et on m'a immédiatement prescrit des hormones de remplacement pour mes trois maladies secondaires : hypothyroïdie, hypoadrénalisme et hypogonadisme. La transformation a été étonnante. En trois semaines, la couleur de ma peau était revenue et je me sentais à nouveau comme d'habitude.

À l'époque, j'ai décidé d'aider d'autres patients et je me suis mis à la recherche d'une association pour l'hypophyse. Il n'y en avait pas au Canada (et il n'y en a toujours pas). J'ai fini par assister à une réunion éducative de la section d'Ottawa et je suis devenue bénévole de la Fondation de la Thyroïde en 1988!



Laz en 1989 au Conseil d'administration, Rangée avant, 2ème à partir de la gauche

## NOUVELLE ÉTUDE DE RECHERCHE POUR EXPLORER STANDARD DE SOINS POUR LA THYROÏDE



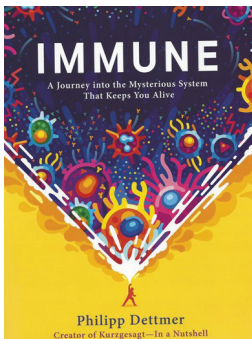
Dre Sana Ghaznavi

La Fondation canadienne de la thyroïde a fourni une lettre de soutien à une nouvelle étude proposée par la Dre Sana Ghaznavi et son groupe de recherche. Le titre complet de l'étude est "Exploring limitations in the current standard of care for thyroid hormone replacement therapy in thyroid cancer survivors". Ils ont demandé une subvention pour financer cette étude par l'intermédiaire de la fondation MSI (un organisme de financement de la recherche en santé basé en Alberta).

L'étude porte sur l'attitude des médecins et l'expérience des patients en ce qui concerne le traitement hormonal substitutif de la thyroïde et les questions de qualité de vie. Bien que la population étudiée soit composée de patients ayant subi une thyroïdectomie et atteints d'un cancer de la thyroïde, les résultats sont également pertinents pour la population hypothyroïdienne en général. Nous entendons régulièrement des patients sur notre ligne d'assistance TFC nous dire qu'ils n'ont pas accès aux thérapies combinées pour traiter leur hypothyroïdie. Notre conseiller médical a examiné la lettre d'intention décrivant l'étude et a déclaré qu'elle semblait solide sur le plan méthodologique et conforme aux objectifs de TFC.

Cette étude sera d'un grand intérêt pour les membres de TFC et nous sommes bien placés pour y contribuer en contactant les membres intéressés à des fins de sondage et en diffusant les résultats de la recherche. Nous pensons que les questions qui seront abordées dans cette étude sont importantes et nous souhaitons au Dr Ghaznavi et à son groupe de recherche de réussir dans son développement.

La Dre Sana Ghaznavi est professeure adjointe de clinique, endocrinologie et métabolisme, Alberta Health Services, Université de l'Alberta. Elle a été la conférencière invitée à notre webinaire sur la gestion des nodules thyroïdiens en novembre 2021.



## REVUE DE LIVRES

### IMMUNE - Un voyage dans le mystérieux système qui vous maintient en vie par Philipp Dettmer

Je n'aurais jamais cru lire un jour un livre scientifique écrit dans un langage courant, rempli de métaphores humoristiques et d'anecdotes savoureuses, qui décrit un système humain compliqué et des plus étonnants. On y trouve de nombreux personnages, bons et mauvais, comme la cellule immunitaire macrophage qui communique, active d'autres cellules, tue des ennemis et provoque des inflammations.

Dans ce livre, le conflit correspond aux guerres quotidiennes et à la lutte que mène notre système immunitaire pour nous protéger des agresseurs extérieurs comme les bactéries et les virus. Pour les patients souffrant de la thyroïde, un chapitre est consacré aux maladies auto-immunes et décrit les trois étapes de la création de cette affection. Un autre chapitre décrit comment votre système

immunitaire traite le cancer. Il y a une description fascinante d'une prise de contrôle hostile par un virus de la grippe et de la façon dont le système immunitaire y réagit. Il y a même un chapitre sur la pandémie de coronavirus.

Philipp Dettmer n'est pas immunologiste mais se considère comme un "communicateur scientifique" et un "enthousiaste du système immunitaire". Il y a de magnifiques illustrations colorées de cellules immunitaires tout au long du livre (comme on le voit sur la couverture). Si vous avez toujours voulu lire un livre scientifique qui n'était pas sec, difficile à comprendre et plein de noms longs et méconnaissables, c'est celui-là ! Le livre est disponible à votre bibliothèque locale dans les formats reliés et e-book.

Laz Bouros

## 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 le public aux maladies thyroïdiennes
- Apporter un soutien moral aux patients atteints de thyroïde et à leurs familles
- Aider à la collecte de fonds pour la recherche sur les maladies thyroïdiennes
- 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](http://thyroid.ca/les-legs)

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

### FORMULAIRE D'ADHÉSION ET DE DON

Nom:		Téléphone:	
Adresse:		Adresse e-mail:	
<b>NIVEAU D'ADHÉSION</b>			
UN AN:		DEUX ANS:	
<input type="checkbox"/> Régulier \$35 <input type="checkbox"/> Troisième Age \$30 <input type="checkbox"/> Famille \$45		<input type="checkbox"/> Régulier \$60 <input type="checkbox"/> Troisième Age \$50 <input type="checkbox"/> Famille \$65	
DONS <input type="checkbox"/> \$25 <input type="checkbox"/> \$50 <input type="checkbox"/> \$100 <input type="checkbox"/> Autre \$ _____			
<b>\$ Montant Total</b> (Tous les frais d'adhésion et les dons sont émis des reçus fiscaux officiels)			
<b>PAIEMENT</b>			
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Chèque : (payable à la Fondation canadienne de la Thyroïde)			
Visa / Mastercard N°:		Date d'échéance:	CVV N°:
Envoyer à: La Fondation canadienne de la Thyroïde, C.P. 298, Bath ON K0H 1G0			
<b>Payez en ligne - <a href="http://www.thyroid.ca">www.thyroid.ca</a> - économisez les frais de port et obtenez votre reçu fiscal automatique!</b>			
<b>MERCI POUR VOTRE SOUTIEN!</b>			