

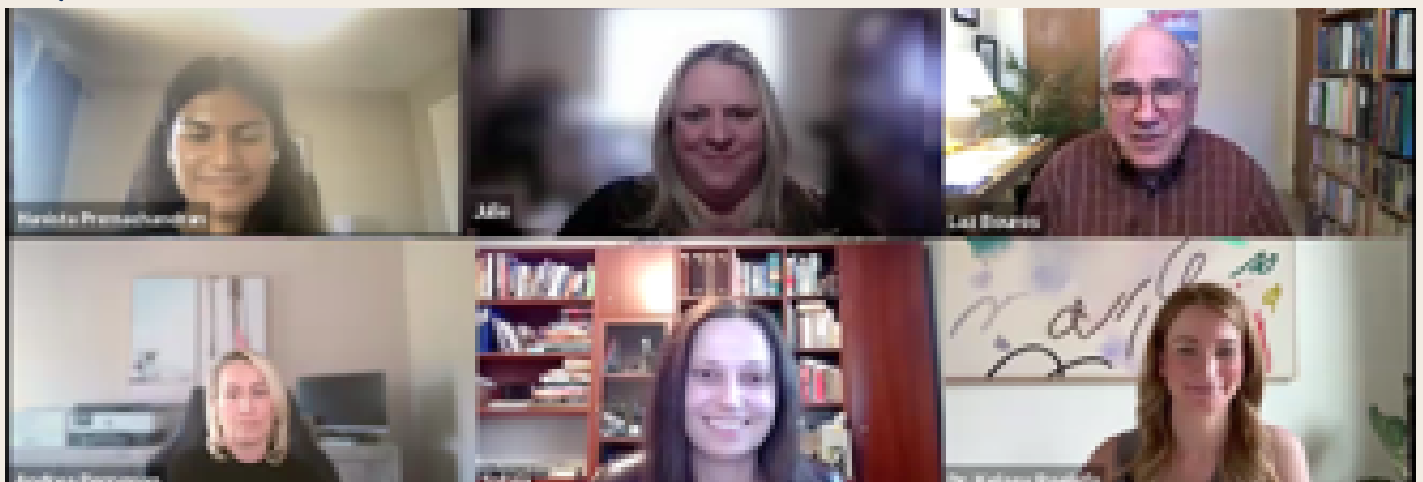
Thyrobulletin

Printemps 2025



1980 - 2025

Webinaire : Panel de patients atteints de maladies oculaires thyroïdiennes



Lire L'histoire de Sylwia



Thyroid Foundation of Canada
La Fondation canadienne de la Thyroïde



Fondatrice

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



Offrir de l'éducation, du soutien aux patients et des recherches sur la thyroïde depuis 1980

La Fondation canadienne de la Thyroïde

Conseil national d'administration 2024-2025

Président

Laz Bouros, Ottawa ON

Ancienne présidente

Mabel Miller, Gander NL

Vice présidente et Directrice, Soutien aux patients

Kim McNally, Kingston ON

Directrice Éducation

Michelle Sveistrup, Montreal QC

Directrice de la collecte de fonds

Carol Dodds, Halifax N.-É

Directrice, Recherche

Hanista Premachandran, Scarborough ON

Directrice général,

Tracy Hey, St. Margaret's Bay N.-É

Disposition du Thyrobuletin

Katherine Keen

Thyrobuletin est le bulletin officiel de la Fondation 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



facebook



Contenu	Numéro de page
Message du Président	3
Lauri Martin quitte le FCT / Assemblée générale annuelle	4
Processus d'examen non sponsorisé de la AMC	5
Une histoire incroyable de cancer de la thyroïde !	6
Ablation par radiofréquence des nodules thyroïdiens : une nouvelle approche thérapeutique	7
Demandez au médecin : (Q&R du webinaire)	8
Mon parcours avec la maladie de Basedow et la maladie oculaire thyroïdienne	10
Embolisation de l'artère thyroïdienne (ETA)	11
Nouveau guide du patient sur l'hypoparathyroïdie	12
Notes de recherche	14
Comprendre les maladies thyroïdiennes et comment prendre la lévothyroxine	15

Quoi de neuf sur thyroid.ca?

Consultez régulièrement notre site web pour vous tenir informé(e) des actualités et événements liés à la thyroïde.

thyroid.ca

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 juin, nous célébrons notre 45e anniversaire ! C'est incroyable à quel point tout a changé depuis. De 1988 à 1990, lorsque j'étais bénévole à la section d'Ottawa, tout le monde se rencontrait en personne et nos activités de sensibilisation du public se tenaient dans la salle bleue de l'Hôpital Civic d'Ottawa. Nous avons connu une forte participation à ces activités éducatives, avec café, thé et biscuits offerts aux participants. À cette époque, la section d'Ottawa comptait 24 sections au Canada et un bureau physique à Kingston ! Aujourd'hui, nous fonctionnons virtuellement, sans section ni bureau physique. Tant bien que mal, nous avons réussi à survivre à tous les hauts et les bas, aux récessions et à la COVID-19, et nous voici 45 ans plus tard. En juin, nous tenons de nouveau une assemblée générale annuelle en personne à Toronto !

Cette année, pour célébrer notre anniversaire, nous avons notre propre chanson sur les maladies thyroïdiennes sur YouTube afin de sensibiliser le public aux problèmes de thyroïde. Consultez la section « Travailler sur la ligne thyroïdienne » et nous lançons une nouvelle section sur notre site web intitulée « Pionniers de TFC ! » Cette section mettra en valeur tous les bénévoles dont la contribution a contribué au succès de TFC ! Si vous connaissez des acteurs clés, comme les présidents nationaux, les présidents de chapitre et autres, veuillez nous faire parvenir votre texte de 200 à 300 mots à info@thyroid.ca et nous l'ajouterons à cette section. Les photos sont également une bonne idée !

Sensibilisation/Éducation

En novembre dernier, nous nous sommes associés à Celiac Canada pour présenter un webinaire éducatif sur les maladies thyroïdiennes auto-immunes et la maladie cœliaque. Le 25 avril, Donna Miniely a présenté un excellent aperçu de la thyroïde au groupe social des aînés de l'équipe de santé familiale Queen Square à Brampton, en Ontario. Le 27 avril, nous avons également organisé un webinaire très réussi avec la Dre Kelsey Roelofs, destiné à un panel de patients atteints de maladies oculaires thyroïdiennes. Malheureusement, la présentation des résultats de la bourse de recherche de mai, avec la Dre Sana Ghaznavi, sera reportée. Grâce à une subvention de Pendopharm, nous avons créé un nouveau guide de santé sur l'hypoparathyroïdie afin de soutenir un petit groupe de patients ayant subi une thyroïdectomie.

Récemment, nous avons établi un partenariat éducatif avec la Société canadienne d'endocrinologie et de métabolisme (SCEM) pour coparrainer des webinaires éducatifs afin que les membres de la SCEM et de la TFC ainsi que le grand public puissent assister à ces événements éducatifs.

Défense des intérêts

L'année dernière, nos efforts de défense des intérêts ont véritablement pris leur essor. L'automne dernier, nous avons réalisé notre première évaluation des technologies de la santé avec le soutien d'un organisme de conseil en santé.

Récemment, la Société canadienne du cancer (SCC) nous a contactés et nous avons accepté de soutenir ses demandes d'ETS concernant le cancer de la thyroïde. Nous sommes devenus membres de CanCertainty pour améliorer l'accessibilité et l'abordabilité des traitements contre le cancer, de l'Organisation canadienne des maladies rares (CORD) pour soutenir les patients atteints de maladies oculaires thyroïdiennes et d'hypoparathyroïdie, et du groupe CATALIS au Québec pour soutenir les essais cliniques de médicaments liés à la thyroïde au Québec. L'Agence canadienne des médicaments (ACD) nous a contactés pour l'une de ses évaluations non commanditées afin de trouver un clinicien spécialisé en cancer de la thyroïde ayant de l'expérience avec le dabrafénib-tramétinib pour le cancer de la thyroïde anaplasique à mutation BRAF V600E, ainsi qu'un patient ayant une expérience vécue.

Soutien

Nous continuons d'offrir du soutien aux patients grâce à notre ligne d'assistance gratuite et à nos courriels. Nous avons commencé à orienter les patients atteints d'un cancer de la thyroïde de notre ligne d'assistance qui ont besoin d'un soutien personnalisé supplémentaire vers CancerConnection de la Société canadienne du cancer. Il s'agit d'un espace sûr où vous pouvez échanger, apprendre et partager votre expérience avec des personnes vivant une expérience similaire avec le cancer.

Recherche

En novembre 2024, la bourse de 50 000 \$ de la Fondation canadienne de la thyroïde (FCT) pour la recherche sur la thyroïde a été remise à la Dre Anna Sawka lors de l'assemblée générale annuelle de la SCEM à Halifax. En mars dernier, la FCT a remis une lettre d'appui aux Dre Sana Ghaznavi et Caitlin Yeo, qui ont présenté une demande de bourse de recherche par l'intermédiaire du fonds « Pathway to Success » (PTS) du Département de chirurgie de l'Université de Calgary. La date limite de soumission des demandes de bourse de recherche pour l'année prochaine a été reportée au 30 avril 2025, à la SCEM, afin de laisser plus de temps pour les soumissions de recherche. Pour plus de détails, consultez la page [Thyroid Foundation - CSEM The Canadian Society of Endocrinology and Metabolism](#).

Pour faire du bénévolat, faire un don ou obtenir de l'aide pour un problème de thyroïde, veuillez nous contacter au 1-800-267-8822 ou par courriel à : info@thyroid.ca.

Je vous souhaite à tous un été heureux et en toute sécurité !

Laz Bouros,
Président

LAURI MARTIN QUITTE LE FCT



Nous regrettons profondément que Lauri Martin, membre de longue date de notre conseil d'administration, ait démissionné de son poste et de toutes ses activités au sein du TFC. Lauri a connu de nombreux changements dans sa vie familiale au cours de la dernière année et a récemment déménagé dans le sud de l'Alberta. Elle prodigue désormais davantage de soins et de soutien à sa famille et se retrouve avec peu de temps libre pour le TFC.

Lauri a commencé à faire du bénévolat pour TFC en janvier 2018. Elle est directrice du recrutement et du développement des bénévoles depuis de nombreuses années et est un membre actif de l'équipe d'assistance téléphonique, du comité de nomination, de l'équipe de

soutien aux webinaires et Équipe des médias sociaux. Elle a géré notre recrutement de bénévoles de manière exemplaire, nous a prodigué des conseils pour améliorer nos services, a répondu rapidement aux courriels et a été la première à répondre aux appels de la ligne d'assistance.

Elle nous manquera beaucoup à tous. Nous l'avons remerciée pour ses années de soutien et l'avons invitée à assister à notre assemblée générale annuelle en juin afin de lui témoigner notre reconnaissance.



**ASSEMBLÉE
GÉNÉRALE
ANNUELLE**

**SAMEDI 21 JUIN 2025
09H00 - 11H00 HE**

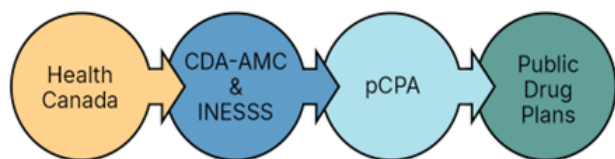
**FOUR POINTS BY
SHERATON TORONTO
AIRPORT**

Bienvenue à tous.
Les membres du FCT ont le droit de vote.

Veuillez vous inscrire: info@thyroid.ca

PROCESSUS D'EXAMEN NON SPONSORISÉ DE L'AMC

L'Agence des médicaments du Canada est un organisme sans but lucratif chargé de fournir aux décideurs du secteur de la santé des données probantes objectives pour les aider à prendre des décisions éclairées sur l'utilisation optimale des technologies de la santé, notamment les médicaments, les tests diagnostiques, les dispositifs et les interventions médicaux, dentaires et chirurgicaux. Outre les données probantes, elle fournit également des conseils, des recommandations et des outils. Elle ne prend pas de décisions de financement et ne mène pas d'essais cliniques. Elle recueille, examine, évalue et résume les données probantes disponibles pour les décideurs. Les projets lui sont soumis par les administrations provinciales, territoriales ou fédérales, les autorités sanitaires, les hôpitaux ou les sociétés pharmaceutiques, ou elle les lance. L'Agence canadienne des médicaments (ACD) a récemment demandé au TFC de participer à son processus d'évaluation non commanditée du dabrafénib-tramétinib pour le traitement du cancer anaplasique de la thyroïde porteur d'une mutation BRAF V600E. Contrairement aux évaluations de remboursement commanditées, où les médicaments doivent avoir des indications approuvées par Santé Canada, une évaluation non commanditée peut prendre en compte des indications hors indication si les cliniciens et les programmes d'assurance médicaments le déterminent afin de répondre à un besoin non satisfait. La CDA donnera la priorité aux examens de remboursement non sponsorisés en fonction de la priorité du comité consultatif, de la disponibilité des preuves et de la capacité.



Aperçu du processus canadien de remboursement des médicaments

1. Santé Canada évalue l'innocuité, l'efficacité et la qualité des médicaments avant d'en autoriser la vente au Canada. Cette autorisation donne lieu à un avis de conformité (AC).
2. L'AMC et l'INESSS formulent une recommandation aux régimes publics d'assurance médicaments quant au remboursement ou non d'un médicament par le secteur public.
3. L'APP s'appuie sur les recommandations de l'ACD et de l'INESSS, ainsi que sur d'autres facteurs, pour déterminer si elle entamera ou non une négociation concernant un médicament. Suite à une négociation fructueuse, La pCPA émettra une lettre d'intention qui définit les termes de l'accord entre la pCPA et le fabricant du médicament.

4. Les régimes publics d'assurance-médicaments prennent la décision finale de financer un médicament une fois qu'une négociation a été menée à bien et concluent un accord d'inscription de produit avec le fabricant du médicament.

Lorsque les promoteurs d'un médicament de marque refusent de déposer une demande auprès de l'ACD, l'ACD envisagera d'examiner un médicament dans le cadre du processus d'examen du remboursement pour les indications cliniques pour lesquelles un fabricant pharmaceutique n'a pas demandé d'avis de conformité à Santé Canada (c.-à-d. utilisation hors indication), lorsqu'il existe des preuves de l'utilisation du médicament pour l'affection en question dans la pratique clinique canadienne (p. ex., intégration du médicament aux lignes directrices de pratique clinique, consultations avec des cliniciens spécialistes). Si une demande est présentée auprès des régimes publics d'assurance médicaments, les médicaments seront admissibles lorsqu'au moins une des circonstances suivantes s'applique :

- des données cliniques sont disponibles pour l'indication d'intérêt, afin de permettre à l'ACD et aux comités d'experts d'évaluer l'efficacité du médicament ;
- l'approbation de l'utilisation du médicament pour l'indication d'intérêt a été délivrée par d'autres autorités réglementaires (par exemple, la FDA américaine ou l'Agence européenne des médicaments) ; ou
- Il existe des recommandations internationales en matière d'évaluation des technologies de la santé en faveur du remboursement.

L'ACD accordera la priorité aux examens de remboursement non sponsorisés en fonction de la priorité du comité consultatif, de la disponibilité des données probantes et des capacités. Le Comité pilote d'experts en gestion des formulaires (CEGP) formule des recommandations pour les examens non commandités de médicaments uniques, les examens simplifiés des classes de médicaments et les examens thérapeutiques de l'ACD. Le comité d'experts comprend un patient expert qui dispose des mêmes droits de vote que les autres membres experts. Une personne expérimentée (patient, famille, aidant) concernant la maladie et le ou les médicaments examinés est invitée à présenter directement au comité d'experts et à répondre aux questions des membres du comité. Leurs points de vue nous aident à mieux comprendre la maladie et le paysage des soins de santé au Canada pour les personnes atteintes de cette maladie.

Un résumé de la présentation du patient contributeur est inclus dans la recommandation finale et il est remercié personnellement pour sa contribution. Une réunion de débriefing facultative est proposée après la séance d'engagement pour apporter son soutien et discuter de l'engagement. Cette décision est entièrement laissée à l'appréciation du patient et n'est pas une obligation.

UNE HISTOIRE INCROYABLE DE CANCER DE LA THYROÏDE !

L'automne dernier, l'Agence canadienne des médicaments (ACD) nous a contactés pour nous aider à réaliser une évaluation non commanditée du traitement d'un cancer de la thyroïde anaplasique mutant rare. J'ai contacté les médecins spécialistes du cancer de la thyroïde que je connaissais afin de trouver des cliniciens possédant cette expertise pour nous aider à réaliser cette évaluation. Nous avons bénéficié d'une forte collaboration et avons finalement contacté 12 cliniciens du domaine du cancer de la thyroïde. Nous en avons trouvé trois qui se sont portés volontaires pour cette évaluation ! En décembre, l'ACD a sollicité un patient ayant une expérience vécue. J'ai recontacté les mêmes personnes en janvier et nous avons pu trouver un patient atteint de cette maladie rare. Ce fut une collaboration remarquable entre le médecin, le CPT et l'ACD !

En mars, l'ACD m'a invité à participer à l'évaluation virtuelle de son Comité d'experts en gestion des formulaires (CEGP). J'ai notamment pu écouter l'entrevue audio du patient, la présentation clinique et l'évaluation du traitement. (Je n'ai pas été autorisé à assister aux discussions ultérieures du comité.)

Pour vous donner une idée de ce qu'implique cette maladie, j'ai inclus le résumé suivant tiré du projet de recommandation de l'ADC.

“Une personne ayant vécu une expérience en Ontario et sa femme ont partagé leur expérience avec le cancer anaplasique de la thyroïde après un diagnostic en 2022. Après avoir ressenti une gêne et un gonflement au cou, son état s'est rapidement détérioré, ce qui a nécessité une hospitalisation de plus d'un an. Il a subi une intervention chirurgicale d'urgence et une radiothérapie, sans grand succès. Ses symptômes s'aggravant, il a dû subir une trachéotomie et une sonde gastrique pour se nourrir. Les médecins lui donnaient initialement trois mois à vivre, mais des tests génétiques ont révélé qu'il était porteur de la mutation BRAF V600E, ce qui a conduit à l'instauration d'un traitement par dabrafenib et trametinib. En quelques semaines, son gonflement a diminué, sa mobilité a augmenté et ils ont constaté une amélioration significative de leur qualité de vie par rapport à la chimiothérapie. Il poursuit son traitement sans sonde gastrique et, hormis de la fatigue et une légère douleur, il présente peu d'effets secondaires par rapport à la radiothérapie, ce qu'il décrit comme un compromis acceptable pour sa présence auprès de sa famille.”

L'ACD nous a informés vendredi que son projet de recommandation avait été publié sur son site web.

« Le Comité d'experts en gestion des formulaires (CEGP) recommande que le dabrafénib-tramétinib soit remboursé chez l'adulte pour le traitement du cancer anaplasique de la thyroïde non résécable ou métastatique porteur d'une mutation BRAF V600, sous réserve du respect de certaines conditions. »

J'ai remercié tous les médecins pour leur collaboration, qui nous a permis de réaliser cette évaluation non commanditée par l'ACD et d'avoir trouvé un patient ayant récemment vécu avec cette maladie !

Je suis très heureux que TFC ait non seulement contribué à rendre ce traitement du cancer de la thyroïde accessible, mais aussi à établir une bonne collaboration avec l'ACD !

Laz Bouros

SANTÉ CANADA APPROUVE TEPEZZA

Santé Canada a approuvé le téprotumumab (Tepezza) pour le traitement des maladies oculaires liées à la thyroïde le 17 avril 2025.

Voir [les informations sur le produit](#).



TEPEZZA d'Amgen Canada « réduit le gonflement des yeux et la vision double. Il atténue également les signes et symptômes de la maladie oculaire thyroïdienne (MOT), notamment la douleur, la rougeur et l'enflure oculaires. » L'approbation par Santé Canada est la première étape d'un processus en quatre étapes. La prochaine étape est la recommandation de remboursement par l'ACD et l'INESSS au Québec, prévue pour mai 2025. Les étapes 3 et 4 prendront 12 mois ou plus. TFC tiendra les patients atteints de MOT informés au fur et à mesure de la réalisation des étapes suivantes.

ABLATION PAR RADIOFRÉQUENCE DES NODULES THYROÏDIENS : UNE NOUVELLE APPROCHE THERAPEUTIQUE



Résumé du projet de recherche
Sana Ghaznavi, MD, FRCPC

Le problème auquel nous nous attaquons

De nombreux Canadiens développent des nodules thyroïdiens au cours de leur vie. Actuellement, les options thérapeutiques sont limitées :

- **L'ablation chirurgicale** d'une partie ou de la totalité de la glande thyroïde, qui comporte des risques de lésion des nerfs des cordes vocales et nécessite presque toujours un traitement hormonal thyroïdien à vie.
- **Le traitement à l'iode radioactif**, qui expose les patients aux radiations et nécessite souvent un traitement hormonal thyroïdien à vie.
- **La surveillance active** (observation et attente), qui nécessite des rendez-vous de suivi indéfinis et peut engendrer une anxiété importante face à une maladie non traitée.

Toutes ces options présentent des inconvénients majeurs, notamment le fait que la chirurgie et l'iode radioactif entraînent généralement une hypothyroïdie, une affection nécessitant un traitement hormonal substitutif à vie. De nombreux patients présentent des symptômes persistants et une qualité de vie réduite malgré les médicaments.

Notre solution : l'ablation par radiofréquence (ARF)

L'ablation par radiofréquence est une procédure mini-invasive qui s'est imposée comme une alternative prometteuse pour le traitement des nodules thyroïdiens. Pendant l'ARF :

- A thin needle is inserted into the thyroid nodule under ultrasound guidance
- The needle delivers heat energy that destroys the nodule tissue
- The procedure can be performed as an outpatient visit without general anesthesia
- RFA preserves normal thyroid function, avoiding the need for lifelong medication

Bien que l'ARF soit de plus en plus utilisée à l'échelle internationale, elle demeure largement inaccessible au Canada. Certains centres qui la proposent le font uniquement à la charge des patients, ce qui la rend inaccessible à la plupart d'entre eux.

Notre étude

Nous proposons de mettre en place le premier programme albertain d'ablation par radiofréquence pour le traitement des nodules thyroïdiens. Notre étude portera sur 40 patients atteints de trois types différents de nodules thyroïdiens :

1. Nodules producteurs d'hormones responsables d'hyperthyroïdie
2. Nodules bénins de grande taille provoquant des symptômes comme des difficultés à avaler
3. Petits cancers de la thyroïde à faible risque qui nécessiteraient autrement une intervention chirurgicale ou une surveillance à vie

Nous évaluerons l'efficacité de l'ARF pour chaque groupe, suivrons les complications et mesurerons l'évolution de la qualité de vie. Les patients seront suivis pendant une période maximale d'un an (plus longtemps pour les patients atteints d'un cancer de la thyroïde).

Avantages attendus

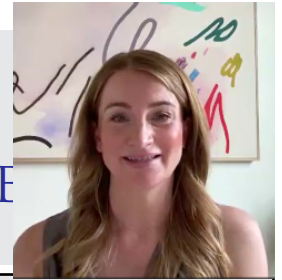
Si cette recherche est fructueuse, elle pourrait :

- Établir le premier programme d'ARF thyroïdienne en Alberta
- Offrir aux patients une option thérapeutique préservant la fonction thyroïdienne
- Éliminer le recours à des médicaments à base d'hormones thyroïdiennes à vie pour de nombreux patients
- Réduire les coûts du système de santé en diminuant la dépendance aux blocs opératoires et en éliminant les besoins de suivi à long terme
- Poser les bases d'une étude pancanadienne de plus grande envergure qui pourrait rendre cette technologie plus largement accessible au sein de notre système de santé public

Pourquoi est-ce important pour les patients ?

Pour les patients atteints de nodules thyroïdiens, l'ARF offre la possibilité d'un traitement efficace sans l'impact significatif sur la qualité de vie associé aux approches actuelles. En préservant la fonction thyroïdienne normale et en évitant les difficultés liées à la gestion du remplacement hormonal thyroïdien, l'ARF pourrait améliorer considérablement le bien-être des patients tout en offrant un traitement définitif.

Cette étude représente une première étape importante vers la mise à disposition publique de cette approche novatrice à tous les Canadiens.



DEMANDEZ AU DOCTEUR: EXTRAIT DE NOTRE WEBINAIRE SUR LES MALADIES OCULAIRES THYROÏDIENNES AVEC LA DR KE ROELOFS

Q1. Je souffre de la maladie de Basedow depuis 40 ans. Mon état était stable jusqu'à il y a quatre ans, puis un œil a commencé à être plus protubérant et ma vision s'est dégradée ; la pression a également augmenté. La situation est stable maintenant, mais je me demande si c'est fréquent et quelle pourrait en être la cause ?

R1. Ce n'est pas courant, c'est plutôt rare. Je suppose ici qu'il y a eu une véritable réactivation de la maladie oculaire thyroïdienne avec aggravation de l'exophtalmie, mais la réactivation de la maladie oculaire thyroïdienne est assez rare. J'informe mes patients que le risque que cela se produise une fois la phase inactive terminée, une fois que nous avons terminé tout le travail de rééducation, est d'environ 3 %. C'est légèrement plus fréquent chez les fumeurs ; donc, aucune personne atteinte de maladie oculaire thyroïdienne ne devrait fumer ; c'est le facteur de risque modifiable le plus important. Ensuite, je pense que le point potentiellement inquiétant que vous avez mentionné concerne la modification de la vision. Cela doit absolument être examiné par un ophtalmologue ou un chirurgien oculoplastique. Nous avons une hiérarchie de choses que nous priorisons dans toutes nos vies personnelles et dans toutes ces différentes conditions médicales que nous gérons en tant que médecins, elles sont toutes importantes, mais la vision est super importante et parfois il y a une fenêtre de temps limitée où nous pouvons traiter les problèmes qui causent des problèmes de vision, et donc je dirais que d'après toute cette histoire, c'est rare, mais si vous avez une maladie oculaire thyroïdienne et que vous remarquez des changements de vision, c'est une visite urgente chez votre ophtalmologiste car il doit vérifier et voir exactement ce qui se passe et, si quelque chose doit être fait de toute urgence, le gérer.

Q2. Ma maladie oculaire de Graves est actuellement stable, mais je suis constamment fatigué, douloureux et extrêmement sensible à la lumière. Mes yeux ne fonctionnent souvent pas ensemble et je perds ma capacité de mise au point. J'ai souvent du mal à distinguer les visages, surtout si la personne est plus grande que moi. Est-ce que cela restera ainsi ou y a-t-il quelque chose que je puisse faire pour atténuer ces symptômes ?

R2. Le message que je souhaite vous transmettre est que je ne crois pas que les choses resteront éternellement ainsi. Je pense qu'il y a toujours de petites choses que l'on peut faire pour améliorer les choses, même si on ne peut pas tout effacer. Les symptômes sont assez courants chez les personnes atteintes de ce qu'on appelle une maladie oculaire thyroïdienne inactive ou stable : irritation, fatigue et une légère photosensibilité. Tout dépend de la situation individuelle et du traitement le plus adapté. Je pense qu'il existe de nombreuses différences d'approche entre les médecins et les chirurgiens face à la maladie oculaire thyroïdienne, et tout dépend de l'impact des symptômes, de l'intérêt de subir une intervention pour changer les choses. J'ai pratiqué de nombreuses décompressions sur des personnes présentant une exophtalmie de 1 ou 2 mm, qui ont radicalement changé leur vie, car elles ont probablement amélioré la congestion orbitaire, l'exposition de la surface oculaire, ce qui a amélioré la photosensibilité, la sécheresse oculaire et la sensation de sable dans l'œil. Je pense donc que la clé est d'être évalué par quelqu'un qui connaît l'arsenal thérapeutique pour lequel vous pourriez être candidat, puis d'essayer de personnaliser l'approche, en ne se basant pas tant sur les chiffres ou l'apparence objective, mais plutôt sur l'évolution par rapport à la situation initiale. Je demande toujours à mes patients d'apporter de vieilles photos d'eux-mêmes avant leur maladie oculaire thyroïdienne, car je suis sûr que tous ceux qui en souffrent ont déjà eu un indice de Hertel. La normale pour une personne caucasienne est inférieure à 21, mais j'ai des patients dont l'indice varie de 15 à 24, et ils sont tous normaux, ce qui est crucial. Il est donc important de vous aider à retrouver votre état initial, et non à revenir à la normale. Donc, oui, ce ne sera pas toujours le cas. Je suis sûr qu'il existe des solutions, qu'il s'agisse d'une chirurgie orbitaire, musculaire, des paupières, d'une prise en charge médicale, tout dépend de chaque situation. Il est important de consulter quelqu'un qui connaît l'ensemble des possibilités.

Q3. Si Tepezza est approuvé au Canada, son prix sera-t-il très élevé ? J'ai entendu dire que le prix pouvait atteindre 100 000 \$. Quels sont également les effets secondaires ?

R3. J'ai une excellente nouvelle. J'ai appris d'Amgen, l'entreprise qui commercialise et vend Tepezza, que Santé Canada l'a approuvé la semaine dernière et qu'il sera donc disponible au Canada. De nombreuses étapes restent à franchir et je ne prétends pas être un expert du processus d'approbation des médicaments, mais il sera disponible. À mon avis, ce n'est pas un médicament adapté à tous et je pense, ou du moins j'espère, que sa mise en œuvre au Canada sera un peu plus réglementée. J'ai exercé aux États-Unis de 2020 à 2024 et j'ai constaté un changement radical au cours de ces quatre années dans la façon dont il était prescrit et dans son utilisation et je pense donc que l'avantage de son arrivée au Canada, après une plus grande expérience concrète, est que nous

savons mieux à qui s'adresse ce traitement. Il y a des personnes pour qui c'est absolument essentiel, et en tant que chirurgien, je suis ravi de pouvoir le proposer à nouveau. Mais ce n'est certainement pas pour tout le monde, et là encore, tout est une question de personnalisation. Vous avez posé une excellente question sur les prix ; encore une fois, je ne suis pas un expert, le prix sera certainement différent de celui des États-Unis, la façon dont il sera administré sera différente de celle des États-Unis, la façon dont il sera administré sera différente de celle des États-Unis, la façon dont il sera administré sera différente de celle des États-Unis. Les États-Unis sont un système à but lucratif, je ne connais donc pas précisément les schémas de prescription actuels, mais au début, tout le monde prescrivait Tepezza, qu'il y ait ou non un suivi adéquat de la maladie oculaire. J'espère que la prescription et la réglementation seront plus responsables et qu'il sera utilisé pour un groupe plus restreint de personnes pour lesquelles il est réellement bénéfique. Je pense également que le laboratoire pharmaceutique – j'ai une excellente expérience avec lui et je suis optimiste – pourra financer directement certains cas de personnes ayant un besoin urgent du médicament, par exemple une personne souffrant d'une perte de vision due à une maladie oculaire thyroïdienne, afin d'éviter tout retard dans le traitement par les autorités. Je pense donc que de nombreux détails restent à régler, mais je suis très enthousiaste à l'idée que ce médicament soit disponible. Nous devons simplement réfléchir à la meilleure façon d'utiliser le médicament de manière responsable et à la personnalisation des traitements pour les maladies oculaires thyroïdiennes. C'est l'avenir de la médecine. La personnalisation de tous les aspects nous aide à mieux adapter les traitements et les résultats pour les patients.

Q4. J'ai subi une hémithyroïdectomie il y a deux ans pour un cancer papillaire. Depuis, mes paupières sont gonflées et remplies de liquide. J'ai consulté un chirurgien esthétique, mais il a estimé que la chirurgie ne serait d'aucune utilité et qu'il s'agissait d'un problème sous-jacent. Mon endocrinologue n'en a aucune idée. Quelles seraient mes prochaines étapes, car cela a vraiment changé mon apparence ?

R4. Je ne veux pas vous poser de questions médicales lors d'un webinaire, mais il existe de nombreuses raisons d'avoir des poches ou un gonflement des paupières. Il serait atypique si vous aviez un cancer papillaire de la thyroïde pour que cela soit entièrement expliqué par une maladie oculaire thyroïdienne par la physiopathologie et les mécanismes et l'interaction des anticorps que nous comprenons actuellement. Je pense donc honnêtement qu'il est conseillé de faire un suivi même avec quelqu'un comme votre médecin de famille, en lui demandant de s'assurer que votre cœur et vos reins traitent correctement les liquides parfois lorsque vous avez une rétention corporelle généralisée. Je l'ai certainement vu se présenter à de nombreuses reprises où les paupières sont le premier ou même le seul signe de cela parce que la peau des paupières est très fine, environ un millimètre d'épaisseur, c'est la plus fine du corps et donc lorsque vous avez un surplus net d'eau libre dans votre corps, c'est peut-être le seul endroit qui est gonflé, surtout si c'est pire le matin au réveil, car la nuit, vous avez été allongé et la gravité a en quelque sorte aidé l'eau à migrer dans ces tissus très fins, donc ce n'est peut-être pas une maladie oculaire thyroïdienne. lié à une maladie. Je vous conseille vivement de consulter votre médecin pour un bilan complet afin de déterminer d'autres symptômes.

Q5. Je prends du tapazole pour traiter la maladie de Graves depuis trois ans et je présente maintenant plusieurs des symptômes de la dysplasie thoracique (TED), comme des douleurs orbitaires, une vision double et une vision centrale d'un seul œil en raison d'un autre problème. La diplopie a gravement altéré la vision, rendant le travail sur ordinateur très difficile. Je n'ai pas réussi à trouver de spécialiste spécialisé dans la dysplasie thoracique (TED) dans ma province. Ma première question est : y a-t-il des personnes au Canada qui abordent cette maladie sous l'angle auto-immun ?

R5. Vous n'êtes pas seul à trouver la vision double vraiment invalidante. Parmi tous les patients que je vois, ceux qui ont une vision double sont ceux qui se sentent le plus gênés dans leurs activités quotidiennes, y compris le travail, surtout sur écran. Je crois que Laz a mentionné que la Société canadienne des chirurgiens oculoplastiques a un site web et un répertoire des chirurgiens oculoplastiques de chaque province. Tous les chirurgiens oculoplastiques ne s'intéressent pas à la dysplasie thoracique, mais tous ont au moins la capacité fonctionnelle de gérer et de prendre en charge vos problèmes liés à la dysplasie thoracique, ou du moins de les évaluer. Je commencerais donc par demander à votre médecin de famille de vous orienter vers un chirurgien oculoplastique, puis de vérifier si des recherches sont menées sur le lien entre les anticorps. De nombreuses recherches sont menées au sein de TED. La communauté canadienne est évidemment beaucoup plus petite que la communauté américaine, qui compte de nombreux Canadiens qui y participent activement. Une session entière de notre congrès annuel est consacrée à TED. Nous examinons donc de nombreuses études cliniques, mais aussi des études de sciences fondamentales qui étudient les anticorps et les voies tissulaires responsables de problèmes invalidants comme la diplopie. C'est donc un domaine de recherche actif. Je sais que les maladies oculaires thyroïdiennes sont relativement rares, mais ce n'est pas le cas pour les chirurgiens oculoplastiques. C'est donc un domaine de recherche permanent au sein de notre communauté.

MON PARCOURS AVEC LA MALADIE DE BASEDOW ET LA MALADIE OCULAIRE THYROÏDIENNE

Par Sylwia Sajdyk

Ma mère a été la première à remarquer que quelque chose n'allait pas dans mon apparence en février 2020. Connaissant bien mon visage, elle a tiré la sonnette d'alarme et, heureusement, j'ai réagi rapidement. J'ai consulté mon médecin de famille et on m'a diagnostiqué une maladie de Basedow peu de temps après.

Malgré un diagnostic rapide et le début immédiat du méthimazole, j'ai trouvé le système médical extrêmement complexe dès le début. Il a fallu des mois pour obtenir un rendez-vous avec un endocrinologue. Entre-temps, personne ne surveillait mes taux de thyroïde. Mon médecin de famille m'a prescrit une posologie, mais aucune instruction sur les examens de suivi, ce qui m'a conduit à une hypothyroïdie sévère et à une prise de 9 kilos en peu de temps.

Le manque de conseils sur les traitements, les échéances et les attentes a persisté pendant un certain temps. Mon endocrinologue, bien que visiblement à bout de souffle, n'était souvent disponible que quelques minutes au téléphone, et au début, j'avais du mal à comprendre à quoi m'attendre. Chaque rendez-vous ou examen était un casse-tête. J'ai alterné entre confusion, frustration et moments de désespoir. Est-ce que je surmonterais un jour cette épreuve ? Est-ce que je reconnaîtrais un jour mes yeux ?

On m'a orientée vers deux chirurgiens oculoplastiques différents. Tous deux m'ont annoncé la même triste nouvelle : je devrais attendre que mon TED devienne inactif avant d'envisager une intervention chirurgicale, et même dans ce cas, les résultats pourraient varier. Certains patients, ont-ils averti, pourraient ne pas constater l'amélioration espérée. C'était une réalité qui a fait réfléchir.

Pendant un certain temps, je me suis sentie perdue, incertaine de la marche à suivre. Mais j'ai progressivement commencé à y voir plus clair grâce à un mélange de soins médicaux fiables et de ma propre initiative. Les groupes de soutien en ligne sont devenus un complément utile, me mettant en contact avec d'autres personnes dans la même situation et me permettant de partager leurs expériences. Grâce à eux, j'ai découvert des traitements comme les anticorps monoclonaux, en particulier le téprotumumab (marque déposée : Tepezza), qui, malheureusement, demeurent inaccessibles aux patients au Canada.

Cette découverte a déclenché en moi une nouvelle vague de mobilisation. J'ai commencé à chercher des essais cliniques. Au

bout d'un an, j'en ai trouvé un auprès de Viridian Therapeutics à Détroit. À partir d'octobre 2024, j'ai effectué de longs trajets transfrontaliers pour recevoir des perfusions de VRDN-001. Ma dysplasie de la trompe de Fallope s'est légèrement améliorée, d'un peu moins de 1 mm grâce au médicament, et une certaine réduction s'était déjà produite naturellement à mesure que je me rapprochais de la rémission. Mon œil droit reste affecté par une rétraction de la paupière supérieure, que je prévois de traiter chirurgicalement.

Mais je suis dans une situation bien différente aujourd'hui. La dysplasie de la trompe de Fallope ne domine plus ma vie.

J'ai repris une grande partie de mes anciennes habitudes, et la maladie de Graves-Basedow est maintenant en rémission complète, avec des taux de TRAb indétectables. J'en suis reconnaissant.



Avant l'essai du médicament

Bien que le parcours n'ait pas été sans complications, je tiens à souligner le rôle crucial joué par mon endocrinologue pour m'aider à atteindre ce stade. La prise en charge de la maladie de Graves-Basedow est complexe, et je sais à quel point ce domaine est exigeant. Vos conseils, même lorsque le temps était compté, m'ont aidé à retrouver une santé stable.

Envisageant l'avenir, j'espère que les endocrinologues deviendront la première ligne de défense contre la maladie de Graves-Basedow, en reconnaissant les signes précoces et, lorsque des traitements comme les anticorps monoclonaux seront disponibles au Canada, en commençant les soins immédiatement plutôt que d'attendre des mois pour être orientés. Le système actuel semble fracturé, les patients étant souvent laissés à la coordination entre plusieurs spécialistes. L'idéal serait que les endocrinologues adoptent une approche plus globale et intégrée, prenant en charge à la fois la maladie de Graves-Basedow et la maladie de Graves-Basedow de manière proactive, en veillant à ce qu'aucune perte de temps ne soit constatée et qu'aucun patient ne se sente laissé pour compte.

Aux endocrinologues qui lisent ceci : merci. J'espère que mon histoire vous rappellera l'importance de vos soins, surtout lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi complexe et émotionnellement éprouvante que la maladie de Graves-Basedow. Les patients comme moi bénéficient le plus de l'expertise médicale et de la défense des droits des patients qui vont de pair. Ensemble, nous pouvons améliorer l'expérience des futurs patients.



Sylwia est chef de projet dans un cabinet d'architecture et spécialisée dans la conception résidentielle.

Sur la photo de gauche, Sylwia dans son cours d'art.

Quelle est ton histoire??

Avez-vous une histoire de thyroïde à partager avec nous ? Nos lecteurs trouvent l'expérience des autres très utile dans leur propre lutte contre les maladies thyroïdiennes. N'hésitez pas à nous envoyer votre récit de 500 à 1 000 mots et quelques photos à: info@thyroid.ca

EMBOISATION DE L'ARTÈRE THYROÏDIENNE (ETA)

À la suite d'une demande d'un appelant de notre ligne d'assistance, nous avons découvert un nouveau type de traitement pour les patients atteints de goitres thyroïdiens avec symptômes compressifs et de goitres multinodulaires, qui sera bientôt disponible au Canada. Le processus commence par une évaluation approfondie de l'état du patient, suivie d'une discussion sur les différentes options thérapeutiques. En voici une brève description.

L'embolisation artérielle thyroïdienne (ETA) est une intervention non invasive réalisée par un radiologue interventionnel (RI) pour réduire le flux sanguin vers le goitre thyroïdien et le rétrécir. Similaire à la procédure utilisée pour l'élimination des embolies artérielles cardiaques, elle consiste ici à réaliser l'opération inverse : une embolie partielle. Un cathéter est inséré dans une artère du bras et repêché jusqu'à l'artère thyroïdienne, où de petites particules sont introduites pour réduire le flux sanguin. La fluoroscopie, une technique d'imagerie radiographique en temps réel, permet aux radiologues interventionnels de visualiser

Les vaisseaux sanguins et l'emplacement du cathéter pendant l'embolisation. Ce traitement permet au patient d'être euthyroïdien (sans hypothyroïdie) et d'éviter les risques liés à la chirurgie thyroïdienne.

Notre interlocuteur nous a envoyé le lien suivant vers une courte présentation TAE donnée par le Dr Gary Tse au département de radiologie interventionnelle de l'UCLA.

Voir : [Thyroid Artery Embolization: New treatments for enlarged thyroid and thyroid nodules | UCLA Health - YouTube](#)

This treatment is very exciting! Not only is this a minimally invasive procedure with low risk but the treatment should be covered by health care!

We are planning on hosting an educational webinar on this treatment next fall.

NOUVEAU GUIDE DU PATIENT SUR L'HYPOPARATHYROÏDIE

Qu'est-ce que l'hypoparathyroïdie ?

L'hypoparathyroïdie est une maladie caractérisée par une production insuffisante d'hormone parathyroïdienne (PTH) ou un dysfonctionnement de cette hormone. Cette hormone contribue normalement à l'équilibre calcique. Son absence ou son mauvais fonctionnement peut entraîner un faible taux de calcium, un taux élevé de phosphate et parfois un excès de calcium dans les urines. Ces changements peuvent affecter de nombreuses parties de l'organisme et potentiellement entraîner des problèmes rénaux, osseux, cardiaques et nerveux.

Quelles sont les causes de l'hypoparathyroïdie ?

La chirurgie, en particulier la thyroïdectomie ou la parathyroïdectomie, est responsable de 75 à 80 % des cas d'hypoparathyroïdie. Les causes non chirurgicales représentent 20 à 25 % des cas et incluent les maladies auto-immunes (par exemple, le syndrome polyendocrinien auto-immun de type 1), les syndromes génétiques (par exemple, le syndrome de DiGeorge et l'hypocalcémie autosomique dominante), les maladies infiltrantes (par exemple, l'hémochromatose et la maladie de Wilson) et les troubles du magnésium.

Bien qu'un grand nombre de chirurgies thyroïdiennes indiquent la présence de tissu parathyroïdien dans la pièce opératoire, la quasi-totalité de ces patients conservent des taux normaux de PTH et de calcium (Ca) et ne nécessitent aucun traitement. Le taux d'hypoparathyroïdie chirurgicale permanente après thyroïdectomie totale est de 1 à 2 %, et il est inférieur à 1 % chez les patients ayant subi une lobectomie. Bien que de petits fragments de glandes parathyroïdes puissent être retirés, notamment ceux incrustés dans la glande thyroïde elle-même, cela ne pose généralement pas de problème pour le patient.

Comment est-il diagnostiqué ?

Le diagnostic repose sur la confirmation d'un faible taux de calcium associé à un taux de PTH anormalement bas ou normal. D'autres tests marqueurs de la maladie peuvent inclure un taux élevé de phosphate sérique, un faible taux de 1,25-dihydroxyvitamine D et une calcémie élevée. Les patients qui développent une hypoparathyroïdie après une intervention chirurgicale peuvent présenter une maladie transitoire ou permanente.

What Complications Can It Cause?

Les complications de l'hypoparathyroïdie sont très variées et touchent plusieurs systèmes :

- **Reins** : Un excès de calcium dans vos urines peut entraîner des calculs rénaux, des dépôts de calcium dans les reins ou même des lésions rénales.
- **Os** : Une dysrégulation de la façon dont vos os se remodelent et se réparent peut se produire.

Cœur : Un faible taux de calcium peut entraîner des troubles du rythme cardiaque (arythmies) et d'autres problèmes cardiaques tels que la cardiomyopathie.

Système nerveux : Un faible taux de calcium peut provoquer des crampes musculaires, des spasmes, des convulsions et même des modifications cérébrales telles que des calcifications des noyaux gris centraux.

Système immunitaire : Le calcium joue un rôle dans le fonctionnement de vos cellules immunitaires, vous rendant ainsi plus vulnérable aux infections.

Comment est-il traité ?

A. Thérapie conventionnelle

Le traitement standard consiste à prendre du calcium par voie orale et des formes activées de vitamine D (par exemple, du calcitriol) pour augmenter le taux de calcium dans l'organisme. L'objectif est de maintenir la calcémie à la limite inférieure de la normale. Cette approche permet de réduire les risques tels que les calculs rénaux. Cependant, les suppléments de calcium et de vitamine D activée peuvent parfois entraîner des fluctuations du taux de calcium, la nécessité de prendre de nombreux comprimés, une hypercalcémie urinaire, une augmentation du taux de phosphate et une diminution de la qualité de vie.

B. Thérapie de remplacement de la PTH

- Le remplacement de la PTH offre une approche plus physiologique de la gestion de l'hypoparathyroïdie, réduisant le besoin de suppléments de calcium et de vitamine D et améliorant la qualité de vie.
- **PTH (1-34)** : Ce fragment actif de la PTH est efficace pour maintenir un taux de calcium normal, réduire la calcémie urinaire et peut améliorer la solidité osseuse. Cependant, comme son action est brève, il doit être administré plusieurs fois par jour ou par pompe continue. La PTH (1-34) n'est pas un traitement approuvé pour les patients atteints d'hypoparathyroïdie, mais elle est utilisée hors indication pour cette indication.
- **PTH (1-84)** : Avec une demi-vie plus longue, cette molécule dure plus longtemps que la PTH (1-34) et peut être administrée une fois par jour. Des essais cliniques ont démontré son efficacité pour réduire les besoins en calcium et en vitamine D tout en maintenant une calcémie normale. Malheureusement, la production de cette forme a été progressivement abandonnée à l'échelle mondiale depuis fin 2024 en raison de difficultés de fabrication.

- **Palopectéparatide (TransCon PTH)** : Ce nouveau traitement lie un fragment de PTH (1-34) à une autre molécule pour prolonger son action. Des études récentes ont montré qu'il maintient efficacement la calcémie, réduit la calcémie urinaire et la phosphatémie, et améliore la fonction rénale et la qualité

(Suite page 13)

(suite de la page 12)

de vie. De nombreux patients utilisant ce traitement n'ont plus besoin de traitements conventionnels. La FDA a approuvé ce traitement pour l'hypoparathyroïdie en 2024.

C. Thérapies émergentes :

Emerging treatments aim to address the limitations of conventional and current PTH replacement therapies:

- **Eneboparatide:** Eneboparatide : une PTH/PTHrP à action prolongée, actuellement en phase avancée d'essais cliniques. Les premiers résultats de ces études sont prometteurs pour le maintien de l'équilibre calcique et la santé osseuse.
- **Calcilytiques (Encaleret) :** Ces médicaments modulent le récepteur sensible au calcium pour augmenter la sécrétion de PTH. Ils font également l'objet d'essais cliniques avancés.

Résumé

La prise en charge de l'hypoparathyroïdie a considérablement évolué, les thérapies les plus récentes offrant de meilleurs résultats que les traitements conventionnels. Si la prise en charge des complications et l'optimisation des soins de longue durée restent difficiles, la recherche et l'innovation en cours ouvrent la voie à des solutions plus efficaces et centrées sur le patient.

Rédigé par Sarah Khan, MD, FRCPC, endocrinologue, Clinique de recherche et d'éducation osseuse, Oakville (Ontario), janvier 2025.

LA FONDATION CANADIENNE DE LA THYROÏDE FORMULAIRE D'ADHÉSION ET DE DON

Nom:

Adresse:

Téléphone:

Adresse e-mail:

NIVEAU D'ADHÉSION

UN AN:

DEUX ANS:

☐ Régulier \$35 ☐ Troisième Age \$30 ☐ Famille \$45

☐ Régulier \$60 ☐ Troisième Age \$50 ☐ Famille \$65

DONS ☐ \$25 ☐ \$50 ☐ \$100 ☐ Autre \$ _____

\$ **Montant Total** (Tous les frais d'adhésion et les dons sont émis des reçus fiscaux officiels)

PAIEMENT

☐ Visa ☐ MasterCard ☐ 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

Payez en ligne - www.thyroid.ca - économisez les frais de port et obtenez votre reçu fiscal automatique!

Merci pour votre soutien!

NOTES 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 suivante : <https://thyroid.ca/research/summaries/>

Veuillez consulter à nouveau notre site Web pour des résumés plus préparés à l'avenir.



Facteurs de risque de dysfonctionnement thyroïdien pendant la grossesse : une méta-analyse des données individuelles des participantes

Osinga et al. (2024)

Résumé : Cette étude décrit l'efficacité des facteurs de risque actuels utilisés pour le dépistage ciblé du dysfonctionnement thyroïdien gestationnel. Les recommandations internationales recommandent le dépistage de facteurs potentiels tels que l'âge maternel, l'IMC, la parité et les anticorps thyroïdiens. Cependant, la capacité discriminante de ces facteurs n'est pas bien comprise. Cette étude a utilisé les données de 65 559 participants pour évaluer des facteurs tels que l'âge, l'IMC, le tabagisme, la parité, la fécondation in vitro, la grossesse gémellaire et les anticorps thyroïdiens (TPOAb et TgAb) sur l'hypothyroïdie manifeste et infraclinique et les indications thérapeutiques (caractérisées comme hypothyroïdie manifeste, hypothyroïdie infraclinique avec thyrotropine > 10 mU/L ou hypothyroïdie infraclinique avec positivité aux TPOAb). Français Les résultats suggèrent que les facteurs de risque actuellement recommandés (âge > 30, IMC ≥ 40 et parité ≥ 2) ont donné un taux de détection de seulement 59 % pour l'hypothyroïdie manifeste et infraclinique, avec un risque global de ces affections variant de moins de 2 % selon les différents niveaux d'âge, d'IMC et de parité. Cependant, la positivité des anticorps thyroïdiens (TPOAb et TgAb) était un facteur de risque significatif, avec des risques plus élevés d'hypothyroïdie et d'indication de traitement pour les personnes testées positives aux anticorps. Enfin, la grossesse gémellaire était associée à un risque plus élevé d'hyperthyroïdie manifeste. Dans l'ensemble, les auteurs s'interrogent sur l'utilité clinique des facteurs de risque actuels pour le dépistage ciblé du dysfonctionnement thyroïdien gestationnel, et ils notent que le test des anticorps thyroïdiens semble être un indicateur pertinent.

Lire l'article : <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/thy.2023.0646>

Traitement à l'iode radioactif des patients atteints d'hyperthyroïdie de type Graves 2

Lahooti et al. (2025)

Résumé : Cette étude porte sur le traitement par iode radioactif (IRA) pour l'apparition d'une maladie oculaire chez les patients atteints d'hyperthyroïdie de Basedow. Bien qu'il ait été démontré qu'une ophtalmopathie existante peut s'aggraver après un traitement par IRA, l'apparition d'une nouvelle maladie oculaire est rare. Pour évaluer le risque, les chercheurs ont suivi 31 patients (20 sans symptômes oculaires et 11 avec ophtalmopathie existante) avant et après le traitement par IRA. Les résultats ont montré que 5 patients sur 11 (38 %) présentant une ophtalmopathie préexistante ont vu leurs symptômes s'aggraver, en particulier chez les fumeuses. Parallèlement, seuls 2 patients sur 20 (10 %) sans antécédents de maladie oculaire ont développé une ophtalmopathie légère et nouvelle après le traitement, sans atteinte des muscles extraoculaires. Les deux groupes ont présenté une augmentation des anticorps sériques anti-récepteurs de la TSH dans 50 % des cas, mais aucune modification des anticorps orbitaires n'a été constatée. Globalement, les auteurs suggèrent que l'ophtalmopathie de Graves pourrait impliquer des réponses immunitaires croisées dues aux lésions des cellules thyroïdiennes causées par l'IRA, entraînant la libération d'antigènes. Bien que l'aggravation d'une maladie préexistante puisse être prise en charge par des stéroïdes, la rareté de l'apparition d'une nouvelle maladie souligne la nécessité de poursuivre les recherches sur ce sujet afin de mieux la traiter. Les auteurs recommandent d'informer tous les patients atteints de la maladie de Graves, en particulier les fumeuses, du risque potentiel de maladie oculaire après l'IRA afin de garantir un consentement éclairé.

COMPRENDRE LES MALADIES THYROÏDIENNES ET COMMENT PRENDRE LA LÉVOTHYROXINE

DONNA MINIELY M. ED.



Depuis fin avril 2025, un groupe de femmes de Brampton sont mieux informées sur les maladies thyroïdiennes et leurs répercussions sur elles, leur famille et leurs amis. Après une présentation Zoom en direct sur la compréhension des maladies thyroïdiennes, elles ont posé des questions pour s'assurer de bien comprendre l'information. Par exemple :

- Quels sont les signes de la dépression post-partum ?
- À quoi dois-je m'attendre après une biopsie d'un nodule thyroïdien ?
- **Est-ce important quand et comment je prends mon médicament à base de lévothyroxine ?**

Les pharmaciens sont les mieux placés pour vous conseiller sur la prise de vos médicaments. Ils vous expliqueront qu'il est essentiel, pour l'absorption de la lévothyroxine, de la prendre avec de l'eau à jeun, 30 à 60 minutes avant le petit-déjeuner ou 4 heures après un repas. Il est préférable de la prendre à la même heure chaque jour. Certaines personnes qui se réveillent régulièrement au milieu de la nuit trouvent pratique de prendre leur médicament à ce moment-là. For best absorption, do not take calcium (or a dairy product), iron, or other vitamins or supplements at the same time as you take your levothyroxine pill. Avoid eating or drinking – even juice or coffee – for an hour after taking your pill.

Ces instructions s'appliquent que vous preniez de la lévothyroxine pure (Synthroid ou Eltroxin) ou de l'extrait thyroïdien desséché (ETD) issu de glandes thyroïdiennes animales.

Si vous suivez un traitement combiné et prenez du Cytomel (T3), consultez votre médecin ou votre pharmacien pour savoir quand et comment prendre votre médicament, car son absorption peut varier.

Les médicaments contre l'hypothyroïdie sont faciles à prendre, mais il est important de leur assurer les meilleures conditions d'absorption pour qu'ils puissent agir efficacement dans notre organisme.

Si votre organisation souhaite planifier une présentation de 45 minutes sur la compréhension des maladies thyroïdiennes, envoyez-nous un e-mail à : info@thyroid.ca.

Donna Miniely est titulaire d'une maîtrise et d'une maîtrise en éducation et a été présidente de TFC. Elle connaît très bien les maladies thyroïdiennes et possède une vaste expérience en éducation des adultes et en apprentissage à distance. Sa mère, Marjorie Miniely, a fondé l'une des premières sections de TFC à London, en Ontario.

Merci à nos sponsors corporatifs :



AVEZ-VOUS PENSÉ À LAISSER UN LEGS À FCT ?

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 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 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

