

# THYROID CANADA THYROÏDE CANADA

***"Some uncertainties about thyroid cancer  
and its treatment"***

***"Incertitudes sur le cancer de la thyroïde  
et sur son traitement"***

**Al Driedger, M.D., PhD, FRCPC, FACP, FACPE  
Professor of Nuclear Medicine/Oncology,  
Professeur de médecine nucléaire et d'oncologie,  
University of Western Ontario  
London, Ontario**

## In this Issue

- \* Editorial comment
- \* "Some uncertainties about thyroid cancer and its treatment"
- \* Journal Article Annotation: JCEM, Vol. 88, #4, 2003  
*Mazzaferri, et al. A Consensus Report of the Role of Serum Thyroglobulin as a Monitoring Method for Low-Risk Patients with Papillary Thyroid Carcinoma*
- \* A Note on Thyrogen® Reimbursement
- \* Thyroid Cancer Resources
- \* Offer - Complimentary CD Rom:  
*"Thyroid Cancer: Therapy and Monitoring Current and Future Approaches"*
- \* Theramed requests your participation ...
- \* 5<sup>th</sup> Biennial Course on the Management of Thyroid Nodular Disease and Cancer,  
*Mount Sinai Hospital, University of Toronto*

## Dans cette édition

- \* Commentaire éditorial
- \* "Incertitudes sur le cancer de la thyroïde et sur son traitement"
- \* Article annoté du journal JCEM, Vol. 88, #4, 2003  
*Mazzaferri et al. «Rapport consensuel sur le rôle de la thyroglobuline sérique en tant que mesure de contrôle chez les patients à faibles risques de récurrence ou de cancer papillaire thyroïdien »*
- \* Un mot sur le remboursement des coûts du Thyrogen®
- \* Sources d'information sur le cancer de la thyroïde
- \* Offre - CD Rom gratuit:  
*"Thyroid Cancer: Therapy and Monitoring Current and Future Approaches"*  
(seulement disponible en anglais)
- \* Theramed vous invite à participer ...
- \* 5<sup>e</sup> Cours biennal « sur la gestion thérapeutique pour l'affection nodulaire et le cancer de la thyroïde » *Hôpital Mount Sinai, Université de Toronto*

PUBLISHED WITH AN EDUCATIONAL GRANT FROM / PUBLIÉ AVEC UNE BOURSE ÉDUCATIVE DE

**THERAMED**  
CORPORATION



## **Editorial Comment**

By Robert Volpé, O.C., M.D., FRCP(C), MACP

Dr. Driedger has emphasized the role of recombinant TSH ("Thyrogen") in the management of thyroid carcinoma. From the viewpoint of determining the need for further radio-active iodine treatment, or for the purpose of stimulating the thyroid without the need to stop Thyroxine for six weeks, he has carefully outlined the rationale and reasons for using this new agent. It certainly is a great advance to be able to use such a medication for the purposes outlined in his paper. Unfortunately, it is a very expensive drug thus far, which will certainly slow its rate of acceptability amongst Endocrinologists. However, undoubtedly this fiscal difficulty will improve, and there is little doubt that this agent will find its proper role in the future treatment of thyroid carcinoma amongst a much wider population.



## **Commentaire Éditorial**

Par Robert Volpé, O.C., M.D., FRCP(C), MACP

Le docteur Driedger a souligné l'importance de la TSH recombinante («Thyrogen») dans une thérapie du cancer thyroïdien. Qu'il s'agisse d'établir un recours à une thérapie subséquente à l'iode radioactif, ou de la stimulation de la thyroïde sans arrêt de l'apport de thyroxine pendant six semaines, le docteur Driedger a soigneusement fait un exposé raisonné sur l'usage de ce nouvel agent. C'est sans aucun doute un grand pas en avant que de pouvoir utiliser un tel médicament dans le but qu'il a élaboré dans son article. Malheureusement, le coût présent élevé de ce médicament le rend moins attrayant aux endocrinologues. Toutefois, ce contretemps n'est que temporaire et il n'y a aucun doute que cet agent jouera, à l'avenir, un rôle dans la thérapie du cancer thyroïdien pour un nombre croissant de la population.

Despite the voluminous literature that exists about thyroid cancer management, there remains a great deal of uncertainty about the causes of these cancers and about how they should be treated. Papillary cancers in particular are characteristically indolent and the treatment given to large numbers of patients must be documented to demonstrate small improvements in outcomes. Thus, it is difficult to document outcomes with the clarity required to support evidence-based guidelines. Inevitably, physicians feel obliged to defend their practices despite the acknowledged pros and cons of all the therapeutic options: thereby uncertainty tends to morph into controversy. The list of uncertainties certainly includes our understanding of the possible causes of most thyroid cancers, the extent of surgery that should be performed, whether/when/how radioactive iodine ablation of remnants should be performed and how the follow-up should be managed.

The incidence of thyroid cancer is increasing and the reasons for that are unknown. Papillary cancer was the most rapidly increasing solid cancer in Canada in 2000 <sup>(1)</sup>. The incidence varies by a factor of about 4-fold by region, being highest in southern Ontario and south-central Alberta. The age distribution is such that one can no longer argue strongly for a lingering effect of atmospheric fallout from atmospheric bomb tests. Evidence for an effect of diagnostic medical radiations is not strong. Environmental thyroid carcinogens have not been identified so far. While differentiated cancers have been considered to occur sporadically, a multiple cases occur in families in about 8% in our London database <sup>(2)</sup>.

The appropriate extent of surgery remains uncertain for tumours measuring less than 1 cm in diameter. A hemithyroidectomy may be adequate for these. However, Mazzaferri demonstrated that multifocal small disease carries a similar risk for recurrence to that of a 1.5 cm single lesion <sup>(3)</sup>. It also has to be acknowledged that multifocality and

Même s'il existe une panoplie de documents décrivant la lutte contre le cancer de la thyroïde, beaucoup d'incertitude persiste sur les causes et sur le traitement de choix de ces cancers. Les cancers papillaires, en particulier, sont de caractère indolore et le traitement d'un bon nombre de patients doit être documenté afin de démontrer la moindre amélioration à la longue due au protocole. Il est donc difficile d'établir de la documentation sur laquelle des protocoles fondés sur des résultats peuvent être établis. Inévitablement, les médecins se croient dans l'obligation de défendre leurs démarches en dépit des «pour» et des «contre» connus de toutes les thérapies : alors, l'incertitude a tendance à devenir controversée. Une énumération de ces incertitudes comprend certainement le degré de compréhension des causes possibles relatives à la plupart des cancers thyroïdiens, l'étendue de la chirurgie nécessaire, si, quand et comment on doit procéder à l'élimination des restes par iode radioactif et comment le suivi doit être géré.

L'incidence du cancer thyroïdien s'accroît et les raisons de cette augmentation sont inconnues. Le cancer papillaire représentait la forme la plus croissante de cancer palpable au Canada en l'an 2000 <sup>(1)</sup>. L'incidence varie d'un facteur d'environ quatre selon la région, étant la plus élevée au sud de l'Ontario et à la partie sud-centre de l'Alberta. La fourchette d'âge est telle qu'on ne peut plus citer avec certitude les effets perdurants de retombées atmosphériques reliées à des essais à la bombe atomique. Il y a peu d'évidence reliée aux effets de la radiation médicale pour fins de diagnostique. Des cancérrogènes thyroïdiens environnementaux n'ont pas encore été identifiés. Même si des cas sporadiques de cancers différenciés peuvent se produire, des cas multiples se produisent dans environ 8 % des familles se trouvant sur notre liste de données à London <sup>(2)</sup>.

Les limites nécessaires de la chirurgie sont incertaines dans le cas des tumeurs de moins d'un

bilaterality are common features in papillary cancer. For lesions of 1-1.5 cm and larger, most surgeons now routinely perform a total or near-total thyroidectomy. A total thyroidectomy certainly facilitates ablation therapy and long-term follow-up.

The choice of I-131 ablation protocol certainly remains controversial in many ways. Mazzaferri's recommendations for ablation are aggressive, whereas others, such as Hays are more conservative about indications for ablation <sup>(4)</sup>.

There is debate about what is the optimal method of ablation. Induction of an elevated TSH is certainly required. Until recently the induction of hypothyroidism was the only way to achieve this and several protocols exist to achieve that endpoint. Some physicians advocate total withdrawal of T4 replacement for 4-6 weeks. Others replace T4 by T3 for several weeks before total withdrawal of thyroid hormone for 2-3 weeks. It is not certain that quality of life is different for patients between these protocols. Low iodine diets are used in some centres but not in all. Although they are not very palatable, their use is believed to improve the therapeutic effectiveness of I-131 in regions where dietary iodine levels are very high, as they are in Canada <sup>(5)</sup>.

At many centres, but not in all, it is customary to perform a diagnostic iodine uptake and scan prior to therapy. This practice has become controversial since the observation of the "stunning" phenomenon <sup>(6)</sup>. Stunning is an effect of the diagnostic dose that results in a reduced uptake of the subsequent therapeutic radioiodine. In our centre, stunning is not observed because therapy, when required, is always administered as soon as the scan has been completed. Stunning is certainly observed if the diagnostic and therapeutic procedures are separated in time by days or weeks and it may persist for as long as three months. At centres where dosimetry is done prior to therapy, the potential for stunning certainly introduces a complication into

centimètre de diamètre. Une hémithyroïdectomie pourrait suffire dans ces cas. Toutefois, Mazzaferri a démontré qu'une affection à petits foyers multiples comporte des risques de récurrence semblables à une lésion simple d'un centimètre et demi <sup>(3)</sup>. On doit aussi savoir que la multifocalité et que la bilatéralité sont communes au cancer papillaire. Dans le cas des lésions d'un centimètre à un centimètre et demi et plus, la plupart des chirurgiens font couramment une thyroïdectomie totale ou presque totale. Une thyroïdectomie totale facilite sans doute une thérapie d'élimination des restes et un suivi à long terme.

L'utilisation du protocole d'élimination par iode 131 reste, de bien des façons, un choix controversé. Mazzaferri conseille souvent l'élimination totale des restes, tandis que d'autres, tel Hays, sont plus conservateurs en ce qui concerne l'élimination <sup>(4)</sup>.

Il y a délibération sur la méthode optimale d'élimination à utiliser. L'induction d'un TSH élevé est définitivement requise. Jusqu'à récemment, l'induction de l'hypothyroïdie était le seul moyen d'y parvenir et plusieurs protocoles existent afin d'atteindre ce but. Certains médecins préconisent la suppression complète d'une thérapie T4 pendant quatre à six semaines. D'autres remplacent le T4 par le T3 pendant plusieurs semaines avant de supprimer complètement l'hormone thyroïdienne pendant deux à trois semaines. Il n'est pas prouvé que la qualité de vie des patients est différente en utilisant un protocole ou l'autre. Des régimes à faible concentration d'iode sont utilisés dans certains centres mais pas dans tous. Bien que ces régimes soient désagréables au goût, leur usage semble améliorer l'efficacité de l'iode 131 dans des endroits où les concentrations d'iode alimentaire sont très élevées, comme elles le sont au Canada <sup>(5)</sup>.

Dans plusieurs centres hospitaliers, mais pas dans tous, il est de règle avant une thérapie de faire un diagnostic d'apport d'iode suivi d'une scanographie. Cette pratique est devenue controversée

the therapeutic dose calculation. In radiobiological terms, it is difficult to interpret stunning. Possibly, it is not entirely attributable to radiation damage to DNA. One may speculate that the low energy Auger electrons emitted by I-131 are damaging enzymes involved in the synthesis of thyroid hormone or the Na-I symporter if the decay occurs when I-131 is bound at the active site or in transit through the channel respectively. With the advent of recombinant human TSH (Thyrogen), it may be possible to follow patients after the initial ablation only with stimulated Thyroglobulin assays and avoiding serial I-131 scans except in patients who have elevated anti-Tg-antibody titres <sup>(7)</sup>.

A further point of variation in the ablation procedure relates to the selection of I-131 dose. Historically the "30mCi" limit for out-patient therapy was not based on consideration of physiology or observation of outcomes, but was derived by nuclear safety regulators. The rule failed to take several aspects of the real world into account including the attenuating properties of the patient's body, the spatial distribution of the iodine within the patient's body or the ability of patients to follow instructions in domestic radiation safety. When these factors are taken into account, it becomes safe and permissible by the Canadian Nuclear Safety Commission to perform ablations and therapy of metastases on an outpatient basis in most patients. In the past, many centres have attempted to keep ablation patients out of hospital by limiting the therapy dose to 29.9 mCi. This low dose often fails to ablate remnants effectively and may require multiple retreatments to be performed <sup>(8)</sup>. The optimal dose of I-131 would be one that reliably ablates the remnants with a single treatment while avoiding systemic toxicity. In Canada most centres seem to use doses of about 100 mCi but without clear evidence that this is the optimal dose. Fortunately, the margin between efficacy and toxicity is reasonably wide in the case of I-131. The optimal dose undoubtedly

depuis qu'on a observé le phénomène de «sidération» <sup>(6)</sup>. La sidération est produite par la dose utilisée lors du diagnostic, résultant en une réduction de l'apport d'iode radioactif thérapeutique. Dans notre centre, le phénomène de sidération est inexistant puisque la thérapie, lorsque nécessaire, suit immédiatement la scanographie. On constate, bien sûr, le phénomène de sidération lorsqu'il y a un délai de quelques jours ou de quelques semaines entre le diagnostic et la thérapie, et la sidération peut durer jusqu'à trois mois. Dans les centres où la dosimétrie précède la thérapie, le risque de sidération complique le calcul de la dose thérapeutique. En termes radiobiologiques, la sidération est difficile à évaluer. Il est possible que ce phénomène ne soit pas tout à fait attribuable à des radiolésions de l'ADN. L'on spécule que les électrons d'Auger à faible énergie émis par l'iode 131 dégradent les enzymes impliqués dans la synthèse des hormones thyroïdiennes ou du symport Na-I s'il y a diminution lorsque l'iode 131 est lié au site actif ou lié lorsqu'il circule à travers un canal. Avec l'arrivée de la TSH (Thyrogen®) recombinante humaine, il se peut qu'il soit maintenant possible de faire le suivi des patients, après l'élimination initiale des restes, par dosage de thyroglobuline stimulée et d'éviter l'usage de scanographies par iode 131 sérique sauf chez les patients dont le titre d'anticorps anti-Tg est élevé <sup>(7)</sup>.

Une autre variation sur la méthode d'élimination se rapporte au choix de la dose d'iode 131. Par le passé, la dose thérapeutique limite de 30 mCi pour les patients ambulants ne s'appuyait pas sur la physiologie ni sur la détermination des résultats mais était une limite établie par des régulateurs de sécurité nucléaire. Cette limite n'a pas tenu compte de plusieurs aspects réels tels que les capacités atténuantes du corps du patient, la distribution spatiale de l'iode dans le corps du patient ou la capacité du patient à suivre les instructions relatives à la radioprotection. Lorsqu'on tient compte de ces facteurs, il est alors

varies from patient to patient according to regional dietary iodine content, patient size, renal function status, size of remnants and other factors. It seems that the iodine kinetics of euthyroid patients are different from those of hypothyroidism and that doses will have to be reconsidered if Thyrogen® comes to be used widely in support of ablation and metastatic disease therapy.

If we are to make improvements on our current practices, we will need to maintain a better level of surveillance of treated patients than we have done to now. We should endeavor to support common protocols, develop databases and institutional commitment to follow-up that will transcend the careers of individual physicians, however committed and excellent their care for patients may be.

### References / Références

1. Cancer Surveillance On-Line, April 2001, [Http://cythera.ic.gc.ca/dsol/cancer/c\\_prv\\_e.html](http://cythera.ic.gc.ca/dsol/cancer/c_prv_e.html)
2. McDonald TJ, Garcia BM, Killinger DW, Ryan GA & Driedger AA. Familial Aggregates of Papillary Thyroid Carcinoma. The Endocrine Society, Sept 2002, Abs.
3. Mazzaferri EL & Jhiang SM. Long-term impact of initial surgical and medical therapy on papillary and follicular thyroid cancer. *Am J Med* 1994 Nov 97; (5):418-28
4. Hay ID, McConahey WM & Goellner JR. Managing patients with papillary thyroid carcinoma: insights gained from the Mayo Clinic's experience of treating 2,512 consecutive patients during 1940 through 2000. *Trans Am Clin Climatol Assoc* 2002; 113: 241-60.
5. Delange F. Iodine deficiency in Europe and its consequences: an update. *Eur J Nucl Med* 2002; 29 (Suppl. 2): S404-16.
6. Park H-M. The stunning effect in radioiodine therapy of thyroid cancer. *Nuclear Medicine Annual* 2001. Pg 49-67.
7. Pacini F. Follow-up of differentiated thyroid cancer. *Eur J Nucl Med* 2002;29 (Suppl.2): S492-6
8. Comtois R, Theriault C & Del Vecchio P. Assessment of the efficacy of Iodine I-131 for thyroid ablation. *J Nucl Med* 1993; 34:1927-30.

sécuritaire et permis, selon la Commission canadienne pour la sûreté nucléaire, de procéder à l'élimination des restes et d'établir des thérapies pour des lésions métastatiques sur des patients ambulants. Dans plusieurs centres, par le passé, on a essayé de garder les patients ayant subi une élimination des restes hors de l'hôpital en limitant la dose thérapeutique à 29,9 mCi. Cette faible dose ne permet pas toujours l'élimination efficace des restes et plusieurs traitements supplémentaires pourraient s'avérer nécessaires<sup>(8)</sup>. La dose optimale d'iode 131 serait celle qui permettrait l'élimination des restes en un seul traitement tout en évitant la toxicité générale. Dans la plupart des centres du Canada, on semble utiliser des doses d'environ 100 mCi mais sans évidence concrète que ceci soit la dose optimale. Heureusement, la marge entre l'efficacité et la toxicité est suffisamment importante lorsqu'il s'agit d'iode 131. Sans doute, la dose optimale fluctue d'un patient à l'autre selon les concentrations d'iode alimentaire de la région, le poids du patient, l'activité fonctionnelle rénale, l'envergure des restes et d'autres facteurs. Il semble que les mécanismes physiologiques cinétiques de l'iode des patients euthyroïdiens diffèrent de ceux des patients souffrants d'hypothyroïdie et que les doses devront être revues si la Thyrogen® est largement utilisée comme apport suivant l'élimination des restes et pendant le traitement des lésions métastatiques.

Si on veut améliorer les pratiques courantes, nous devons, à partir de maintenant, surveiller de plus près les patients que nous traitons. Il faudra supporter les protocoles courants, le développement des bases de données et l'engagement au suivi institutionnel. Les carrières des individus sont secondaires, peu importe la détermination et l'excellence des soins que les médecins prodiguent à leurs patients.







**Question 4 :** *Un essai par titre de Tg sérique endogène stimulé par la thyrotropine (TSH) résultant d'une suppression d'hormones thyroïdiennes hypothyroïdie) est-il plus sensible qu'un essai de Tg sérique stimulé par la thyrotropine recombinante humaine (rhTSH) ?*

Il y a consensus que des titres de Tg sérique stimulé par la thyrotropine recombinante humaine (rhTSH) dans le cas de l'hypothyroïdie et de l'euthyroïdie (mesurés après 72 heures de la dernière dose de thyrotropine recombinante humaine (rhTSH)) donnent des résultats similaires dans la détection des métastases lorsqu'une démarcation de 2 µg par litre est utilisée.

**Question 5 :** *Le test de Tg sérique stimulé par la thyrotropine (TSH) est-il suffisamment sensible pour être utilisé seul dans le suivi des patients où l'on a observé un cancer thyroïdien différencié (DTC) ?*

Il y a consensus que le test de Tg sérique stimulé par la thyrotropine (TSH) seul est suffisamment sensible pour le suivi des patients à faible risque sans évidence clinique de maladie et avec des titres faibles de Tg sérique lors d'un test de suppression d'hormones thyroïdiennes (THST).

**Question 6 :** *Au cours d'un suivi à long terme, y a-t-il des cas où les titres de Tg sérique observés lors d'un test de suppression d'hormones thyroïdiennes (THST) sont suffisamment décelables afin de délaisser ou de réduire la fréquence d'autres tests ?*

Il y a consensus que les essais de titres de Tg sérique lors d'un test de suppression d'hormones thyroïdiennes sont suffisamment sensibles pour éliminer le recours à d'autres tests chez le patient à faible risque de maladie persistante ou récurrente, sans maladie identifiée en clinique, chez lequel on a observé un titre indécélable de Tg sérique (<1µg par litre) lors d'un test de suppression d'hormones thyroïdiennes (THST) et suite à un test de thyrotropine recombinante humaine (rhTSH) ou un test de retrait d'hormones thyroïdiennes (THW).

**Question 7 :** *Peut-on faire des recommandations sur la fréquence et le genre de test de suivi à long terme ?*

Il y a consensus que plusieurs patients n'ont pas besoin de test annuel du titre de Tg sérique stimulé par la thyrotropine (TSH). Les renseignements recueillis sur la réaction du Tg sérique à la stimulation par thyrotropine recombinante humaine (rhTSH) peuvent servir d'appui aux recommandations d'autres tests.

*Theramed tient à féliciter le groupe de soutien de la Canadian Thyroid Cancer (Thry 'vors) Inc sur le lancement de son site web.*

*Thry 'vors*

*P.O. Box 23007, 550 Eglinton Ave West*

*Toronto, Ontario M5N 3A8*

*Téléphone: 416-487-8267 (accessible de 9 h - 17 h-HNE)*

*Courriel: thryvors@sympatico.ca - Site web: www.thryvors.org*

## *A Note on Thyrogen® Reimbursement*

It has now been over one year since Thyrogen®'s approval by Health Canada, and more and more drug plans are covering the cost of this therapy. One of the tools available to assist patients in determining and obtaining coverage is the Thyrogen Reimbursement Helpline.

*The Thyrogen Reimbursement HELPLINE is open from 8:00 am until 8:00 pm EST Monday through Friday. Simply call 1-866-401-8323 and a specialist will be pleased to help you..*

The following letter to the Coordinator of the Thyrogen Reimbursement Helpline, demonstrates that even the toughest of cases can manage some measure of success.  
(Continued on page 11 )

## *Un mot sur le remboursement des coûts du Thyrogen®*

Voilà plus d'un an que le Thyrogen® a été approuvé par Santé Canada en tant que thérapie, et de plus en plus de régimes de médicaments indemnisent les coûts associés à cette thérapie. Le Service de téléassistance de remboursement des coûts du Thyrogen® (Thyrogen Reimbursement Helpline) est un des outils mis au service des patients afin de déterminer l'indemnisation et comment l'obtenir.

*Le Service de téléassistance de remboursement des coûts du Thyrogen® est accessible de 8 h à 20 h HNE du lundi au vendredi inclusivement. Vous n'avez qu'à composer le 1-866-401-8323 et un expert se fera un plaisir de vous aider.*

La lettre suivante, adressée au coordinateur du Service de téléassistance de remboursement des coûts du Thyrogen®, démontre que même les cas les plus complexes peuvent être couronnés d'un certain succès.

( suite à la page 11 )

Dear Mr. P. Brenders,

My name is [removed], a 37 year old married father of two small children, age 8 and age 3. As you are aware I was diagnosed with well-differentiated Thyroid Cancer on October 2001. A total thyroidectomy and right neck dissection in December 2001. In February 2002 I was put on a strict LID (low iodine diet) to prepare me for radioiodine therapy, I now must be on life long hormone replacement therapy. Withdrawal from thyroid hormone therapy for a whole body scan/thyroglobulin (Tg testing) leaves me weak. I experience symptoms associated with hypothyroidism such as sluggishness, muscular aches and pains, anxiety, mood swings, loss of concentration, and depression. These symptoms have been severe enough in the past to cause me to miss excessive amount of work and put a strain on my family, and social life. Thyrogen® was recommended so that I do not have to stop taking my thyroid hormone replacement therapy. I am very excited that there is a new product to help me during this very trying time.

Although I received oral notification regarding Thyrogen® coverage in March 2003, my employer (Toronto Transit Commission), Great West Life Company, (our insurance carrier) thought otherwise. Even with the proper medical letters, their medical board still declined me. My stress level associated with this new problem elevated and that is when I was introduced to Ms. Nicole Macdonald from the Thyrogen Reimbursement Centre and explained my situation. She informed me to send her all pertaining documents and contacts, and that I should not dwell on it anymore for reasons pertaining to my personal health. On June 17, 2003 I received a call from Nicole stating that I will finally be reimbursed. Her efforts and expertise came at a time when I had given up hope. I am now contacting you to inform you of the valuable service that is needed and appreciated to those of us who require the various products manufactured by your company and are unable to obtain reimbursement. I truly hope that centre remains open until we can eliminate the politics in the medical field. Again, I would like to mention that Ms. Macdonald was a blessing for our family, as this alternative therapy is not cheap.

Thank you for your attention to this matter.

Sincerely,  
Mr. G.

Cher M. P. Brenders,

Je me nomme [nom retenu]. J'ai 37 ans, je suis marié et père de deux jeunes enfants de huit et trois ans. Comme vous le savez, j'ai reçu un diagnostic de cancer de la thyroïde bien différencié au mois d'octobre 2001. J'ai subi une thyroïdectomie totale et on a opéré le cou du côté droit en décembre 2001. Au mois de février 2002, j'ai commencé un régime rigoureux LID (régime faible en iode) afin de me préparer à une thérapie à l'iode radioactif. Je dois maintenant suivre une hormonothérapie substitutive à vie. Lorsque la thérapie aux hormones thyroïdiennes doit être interrompue pour fins de scintigraphie à la thyroglobuline (épreuve Tg) je me sens faible. Je ressens des symptômes associés à l'hypothyroïdie tels la torpeur, les douleurs musculaires, l'anxiété, les sautes d'humeur, la perte de concentration et la dépression. Dans le passé, ces symptômes étaient assez sévères pour que je doive m'absenter du travail pendant très longtemps et ceci a mis des contraintes sur ma famille et mes rapports sociaux. Du Thyrogen® a été recommandée afin que je puisse poursuivre l'hormonothérapie substitutive. Je suis très heureux de découvrir qu'il existe un nouveau produit qui puisse m'aider à surmonter une situation difficile.

J'ai reçu des renseignements de vive voix concernant l'indemnisation du Thyrogen® au mois de mars 2003, mais mon employeur (la Toronto Transit Commission) et la Great West Life Company (la société d'assurance) croyaient le contraire. Même sur présentation des lettres médicales proprement dites, leur commission médicale a refusé de m'indemniser. Ce nouveau contretemps ajoutant à mon stress, c'est alors que j'ai rencontré Madame Nicole Macdonald du Centre de remboursement du Thyrogen® afin de lui parler de ma situation. Elle m'a demandé de lui faire parvenir tous les documents et les noms des personnes relatifs à ce cas et elle m'a dit de ne plus m'en faire à ce sujet qui affectait ma santé. Le 17 juin 2003 j'ai reçu un appel de Nicole m'informant qu'on allait finalement m'indemniser. Son intervention et son expertise ne pouvaient mieux tomber car j'avais perdu espoir. Je vous écris afin de vous dire que ce Service est nécessaire et apprécié par ceux d'entre nous qui doivent se servir des différents produits fabriqués par votre entreprise et qui ne peuvent compter sur une indemnisation. J'espère que ce Centre restera ouvert jusqu'à ce que la politiaillerie soit éliminée du contexte médical. Je voudrais aussi réitérer combien Madame Macdonald a été formidable pour notre famille, cette thérapie substitutive n'étant pas donnée.

Je vous remercie d'avoir donné suite à cette affaire.

Salutations distinguées,  
Monsieur G.

*Dear Doctor,*

*If you would like to submit an article to be published in this bulletin on any aspect of Thyroid disease and/or treatment, please forward your article to Theramed Corporation at the address noted below.*

*Articles submitted will be reviewed for publication by Dr. Robert Volpé, medical editor for THYROID CANADA.*

*If you have any questions, please do not hesitate to contact Rob McGuire at the following :*

*Theramed Corporation  
6891 Edwards Blvd.  
Mississauga, Ontario L5T 2T9  
Tel: 905-564-5009 or 1-800-305-4441 Ext. 530  
Fax: 905-564-4776 or 1-888-633-3644  
Email: [rmcguire@theramed.com](mailto:rmcguire@theramed.com)*

*Cher docteur,*

*Si vous désirez faire paraître un article dans le bulletin THYROID CANADA, soit au sujet des pathologies de la thyroïde ou des soins à apporter aux patients souffrant de ces pathologies, veuillez faire parvenir cet article à l'entreprise Theramed Corporation à l'adresse citée ci-dessous.*

*Les articles soumis seront évalués pour fins de publication par le Dr. Robert Volpé, rédacteur médical du bulletin THYROID CANADA.*

*Si vous avez des questions, veuillez contacter Rob McGuire au soin de:*

*Theramed Corporation  
6891 Edwards Blvd.  
Mississauga, Ontario L5T 2T9  
Téléphone: 905-564-5009 ou 1-800-305-4441 poste 530  
Télécopieur: 905-564-4776 ou 1-888-633-3644  
Courriel: [rmcguire@theramed.com](mailto:rmcguire@theramed.com)*



« **Thyroid Cancer Therapy and Monitoring:  
Current and Future Approaches** »

~~~~~

Theramed would like to offer you the opportunity to obtain a complimentary CD-Rom with excerpts from the symposium mentioned above.

Theramed aimerait vous offrir l'opportunité d'obtenir un CD-Rom avec des extraits du symposium mentionné ci-haut. Nous regrettons, que ce soit disponible en anglais seulement.

*Symposium supported by an unrestricted educational grant from Genzyme Corporation*

*Presented at the 75th Annual Meeting of the American  
Thyroid Association (ATA).  
September 18, 2003 - Palm Beach, Florida*

**Topics are as follows:**

Thyroid Cancer Therapy and Monitoring Current and Future Approaches  
Introduction with Jacob Robbins, M.D.

The Utility of Guidelines in the Management of Patients with Differentiated Thyroid Carcinoma  
Presented by: Steven I. Sherman, M.D.

Pet Imaging in Differentiated Thyroid Cancer: Where Does It Fit and How Do We Use It?  
Presented by: Richard Kloos, M.D.

rhTSH-Stimulated Radioiodine Therapy: Lessons From a Single Center Experience  
Presented by: Richard Robbins M.D.

---

***To obtain a free copy of the CD-Rom mentioned above please contact:  
Pour obtenir une copie gratuite du CD-Rom mentionné ci-haut veuillez contacter:***

**Theramed Corporation  
6891 Edwards Blvd.  
Mississauga, Ontario L5T 2T9  
Fax: 905-564-4776 or 1-888-633-3644  
Email: [theramed@theramed.com](mailto:theramed@theramed.com)**

Name: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

5<sup>TH</sup> BIENNIAL CURRENT CONCEPTS IN THE  
MANAGEMENT OF THYROID NODULAR  
DISEASE & CANCER  
JUNE 11 & 12, 2004

**Mount Sinai Hospital  
University of Toronto  
Toronto, Ontario**



**Program Highlights**

- *The Role of Pathology*
- *Surgical Management*
- *Indications for Intervention*
- *The Role of Imaging*
- *Utilization of rTSH*
- *Radiation / RAI Management*
- *Panel Discussions*
- *Debates: Total vs. Sub-Total Thyroidectomy,  
Use of Radioactive Iodine*

~~~~~

**Accreditation**

*AMA Category I and  
Royal College Maintenance of  
Certification*

~~~~~

*For further information please contact:  
Continuing Education, Faculty of Medicine  
University of Toronto  
Tel: 416-978-2719  
Fax: 416-971-2200  
Email: [ce.med@utoronto.ca](mailto:ce.med@utoronto.ca)*

**Faculty**

*Drs. Guglielmo Ardito,  
Arnold Komisar, Ernest Mazzaferri,  
Paul Odell, Gregory Randolph,  
Jatin Shah, Michael Tuttle  
John Watkinson, Edward Young, &  
University of Toronto Faculty*

~~~~~

**Course Director**

*Dr. JEREMY FREEMAN  
Temmy Latner / Dynacare Chair  
Head and Neck Oncology*

~~~~~

**Sponsored by:**

*Faculty of Medicine, University of Toronto  
Freeman Centre for Endocrine Oncology  
The Oncology Continuing Education  
Program of the University of Toronto*

**This course is sponsored in part by an educational grant from**

**THE RAMED  
CORPORATION**