

**Avertissement** : Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 10 novembre 2015  
Hôpital cantonal de Genève  
**Cancer et Thrombose**  
Dr M. Righini

Lorsqu'il n'y a pas d'explication causale à une maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) il est d'usage de suspecter une néoplasie occulte...on parle de MTEV non provoquée, soit primaire, par opposition à la MTEV « provoquée » soit secondaire...

Historiquement il serait 3 fois plus fréquent de développer une néoplasie dans l'année après un MTEV « non provoquée » par rapport à une population ne présentant pas de MTEV. (BMJ. 1994 Apr 2; 308(6933): 891–894. Deep venous thrombosis and occult malignancy: an epidemiological study. [M. Nordström](#)).

Un autre papier , plus récent : [Ann Intern Med](#). 2008 Sep 2;149(5):323-33.  
Systematic review: the Trousseau syndrome revisited: should we screen extensively for cancer in patients with venous thromboembolism ? [Carrier M](#), confirme un risque de 10% de développer une néoplasie après MTEV non provoquée contre 2,6% lorsque la MTEV est provoquée.

Parmi les cancers diagnostiqués lors de MTEV non provoquée, 6% le sont au moment de l'événement thromboembolique, et 4% dans l'année de suivi.

Dans ce papier de 2010 : The risk of cancer in patients with venous thromboembolism does not exceed that expected in the general population after the first 6 months, P. PRANDONI, Journal of Thrombosis and Haemostasis, [Volume 8, Issue 5](#), pages 1126–1127, May 2010, le risque est réévalué vers les bas soit 3,2% de cancers lors de MVTE « non provoquée » contre 2,9% chez les contrôles.  
Donc pas de différence significative...

Faut-il ou non « screener » les patients avec une MTEV « non provoquée » à la recherche d'une néoplasie occulte.

Idéalement le screening devrait permettre d'améliorer la survie, et de diminuer la morbidité, mais il y a l'anxiété créée chez le patient, les risques liés au screening si celui-ci comporte des manœuvres invasives, la découverte d'incidentalomes qui ne fera que compliquer la situation, et surtout les coûts.

Un screening de base consiste en une anamnèse, un examen, un bilan sanguin basique et une RX du thorax.

Un screening plus extensif pourrait comporter CT abdomino-pelvien, US abdomino-pelvienne, dosage des marqueurs tels PSA, CEA, CA 125... même éventuellement un PET Scan.

On sait déjà qu'avec un screening de base 80-90% des néoplasies sont détectées....donc on sait déjà aussi que ça va être difficile de faire mieux et que ça va coûter cher...

Ce papier qui est le SOMIT trial : [J Thromb Haemost.](#) 2004 Jun;2(6):884-9. Extensive screening for occult malignant disease in idiopathic venous thromboembolism: a prospective randomized clinical trial. [Piccioli A](#), compare un screening basique à un screening plus extensif, et montre que on trouve plus de néoplasies avec un screening extensif. 1% des patients ont montré une néoplasie dans le follow up lors de screening extensif au départ, contre 10% lors de screening de base, mais aucune différence de mortalité dans les 2 groupes.

Donc pas vraiment d'arguments pour encourager le screening extensif chez tous...

Dans cet autre papier : [J Thromb Haemost.](#) 2011 Jan;9(1):79-84. doi: 10.1111/j.1538-7836.2010.04101.x. Is extensive screening for cancer in idiopathic venous thromboembolism warranted? [Van Doormaal FF](#), là aussi pas de différence de mortalité entre ceux qui ont bénéficié d'un screening extensif contre ceux qui n'ont bénéficié que d'un screening de base.

Dans cette métaanalyse ([Ann Intern Med.](#) 2008 Sep 2;149(5):323-33.

Systematic review: the Trousseau syndrome revisited: should we screen extensively for cancer in patients with venous thromboembolism? [Carrier M](#)) les examens de choix pour améliorer la détection sont le CT abdomino pelvien associé à la mammographie (chez les femmes) ou le CT abdomino pelvien associé à la coloscopie.

On dit que le NNS (Number needed to screen) est de 9, pour trouver une néoplasie...

Les guidelines NICE (National Institute for Health and Care Excellence) recommande après 40 ans lors de MTEV « non provoquée » un CT abdominopelvien et une mammographie chez la femme.

L'étude SOME : Screening for Occult Cancer in Unprovoked Venous Thromboembolism

Marc Carrier N Engl J Med 2015; 373:697-704 [August 20, 2015](#), montre seuls 3.9% des patients avec MTEV « non provoquée » vont avoir une néoplasie (contrairement au 10% attendus) et qu'il n'y a pas de différence significative du taux de détection avec un screening de base par rapport à un screening extensif incluant un CT abdominopelvien.

On retiendra donc que la fréquence des néoplasies occultes après MTEV « non provoquée » est plus basse que ce que l'on pensait...et qu'un screening extensif n'apporte rien par rapport à un screening de base.

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)