

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 8 mai 2018

Hôpital cantonal de Genève

Intérêt du dépistage d'un cancer occulte en cas de maladie thromboembolique veineuse

Pr. M. Righini

La maladie thromboembolique veineuse ce sera MTEV pour aujourd'hui...c'est plus court...

C'est d'abord à Jean Baptiste Bouillaud (1796-1881) puis à Armand Trousseau (1801-1867) que nous devons les premières observations de MTEV associées à des cas de néoplasies...



(Bouillaud)



(Trousseau)

On fera la distinction entre MTEV **provoquée** (par un alitement prolongé, une chirurgie...) et MTEV **non provoquée**...(sans facteurs déclenchants)

Dans le 1^{er} cas la prévalence de cancer est de 2.6%, alors que dans le 2^e cas elle serait de 10%. Du moins c'est ce que l'on affirmait en 2008 : Carrier M. et al. Ann. Intern.Med.2008 ; 149 :323-333.

Différentes études successives tendent à montrer que cette prévalence de cancer dans les MTEV non provoquées tend à diminuer pour se situer aux alentours de 4% actuellement...Donc que l'on est passé de 1/10 patients à 1/25 patients ...

Doit-on dépister un cancer occulte lors de MTEV ? Quand doit-on le faire ? Quel screening proposer ?

Un dépistage limité consisterait en une anamnèse, examen clinique, labo de routine et RX thorax.

Un dépistage plus extensif pourrait comprendre CT abdominopelvien, US abdominopelvien, marqueurs tumoraux (PSA, CEA, CA-125), PET Scan.

Différentes études ont comparé le dépistage limité au dépistage extensif...

L'étude **SOMIT** (Piccioli et al, J.Thromb. Haemost.2004 Jun ; 2(6) :884-9) randomise les patients après un screening limité négatif entre un groupe observation et un groupe « dépistage extensif » (US + CT abdominopelvien, OGD, colono, recherche de sang occulte, cytologie des expectos, marqueurs tumoraux, papanicolaou, mammographie).

Résultats :

Groupe observation : 9.8% de néoplasies

Groupe dépistage extensif : 13.1% de néoplasies détectées, 1% non détectées

Pas de différence dans la mortalité liée au cancer dans les 2 groupes...

Les meilleurs examens, si l'on se décide pour un dépistage extensif, seraient soit CT abdominopelvien+ , mammographie, soit CT abdominopelvien et colonoscopie...On estime le NNT aux alentours de 9 pour ces examens.

Les Guidelines américaines ne recommandent pas de dépistage particulier lors de MTEV, alors que les Guidelines britanniques recommandent un dépistage limité chez les patients de plus de 40 ans avec une MTEV non provoquée, soit un CT abdominopelvien et une mammographie chez les femmes.

Mais il faut souligner que l'on ne sait pas à l'heure actuelle si un screening extensif améliore la survie et la qualité de vie...Il ne faut pas oublier qu'un CT abdominopelvien correspond à une irradiation de 234 RX thorax...On ne connaît pas non plus l'impact clinique et financier des incidentalomes et autres faux positifs découverts lors de ces dépistages.

L'étude **Trousseau** (van Doormaal, J.Thromb.Haemost 2011 Jan ;9(1) :79-84) compare chez 640 patients avec une MTEV non provoquée un dépistage limité (anamnèse, status, labo et RX thorax) avec un dépistage extensif (CT thoraco-abdominal + mammographie).

Résultats :

Dépistage limité : 2.5% de cancer détectés, 5.3% de nouvelles néoplasies au cours du suivi (5ans)

Dépistage extensif : 3.5% de cancers détectés, 3.7% de nouvelles néoplasies au cours du suivi (5 ans)

Pas de différence de mortalité dans les 2 groupes

L'étude **SOME** (Carrier et al, NEJM, 2015 ;373 :697-704) compare chez 854 patients avec une MTEV non provoquée un dépistage limité (labo, RX thorax, dépistage sein/col utérin/prostate) avec un screening identique associé à un CT

abdominopelvien (incluant une colono virtuelle, vec examen plus attentif du foie, du pancréas, et de la vessie).

Résultat :

Dépistage limité : 4/431 cancers détectés : 0.93%

Dépistage extensif(+CT) : 5/423 cancers détectés : 1.18%

Pas de différence de mortalité...

L'ajout d'un CT abdominopelvien n'est donc pas coût/efficace dans un dépistage de cancer occulte lors de MTEV non provoquée...

L'étude **d'Acquapendente** (Piccioli, Semin.Thrombot. Hemost 2016 : 42 884-90) compare chez 195 patients avec une MTEV non provoquée un dépistage limité à un dépistage comprenant CT thoracoabdominopelvien + recherche de sang occulte dans les selles.

Résultat :

Dépistage limité : 8% de cancers occultes

Dépistage extensif : 10% de cancers occultes

2% de cancers ratés dans les 2 groupes lors du suivi de 2 ans

Pas de différence de mortalité.

L'étude MVTEP (Robin, Lancet Oncol. 2016 Feb ; 17(2) 193-9) compare chez 494 patient avec une MTEV non provoquée un dépistage limité (comme dans l'étude SOME) avec un dépistage extensif avec en plus un FDG PET/CT.

Résultats :

Dépistage limité : 2% de cancers occultes détectés, 4.7% de cancers ratés (non décelés)

Dépistage extensif (+ FDGPET/CT) : 5.6% de cancers occultes détectés, 0.5% de cancers ratés (non décelés).

Pas de différence de survie.

Bon maintenant on fait quoi alors ?

Il faudrait pouvoir identifier les patients à risque de cancer plus élevé que les autres...

Des scores ont été développés tels « [Chest](#). 2017 Mar ;151(3):564-571

Development of a Risk Prediction Score for Occult Cancer in Patients With VTE.

Jara-Palomares L » comprenant le sexe masculin, l'âge>70 ans, la présence de COPD, d'anémie, de thrombocytose, comme facteurs procancer, et des antécédents de MTEV et un état postop comme facteurs anticancers...

On retiendra que la prévalence de cancer occulte chez les patients avec une MTEV non provoquée est basse, un dépistage extensif avec CT ou PET n'est pas justifié, peut-être que dans le futur certains patients à risque plus élevé parviendront à être identifiés et que dans ce cas-là un dépistage plus intensif sera justifié.

Pour le moment on s'en tiendra à une anamnèse, un status, un labo de routine, une RX thorax et, selon l'âge et le sexe, un dépistage spécifique (col utérin, seins, prostate, colon).



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch