

## Faut-il rechercher un cancer en cas de thrombose veineuse idiopathique?

Depuis Trousseau, on connaît le lien entre thrombose veineuse et cancer. Plusieurs études ont montré que la survenue d'une maladie thrombo-embolique (MTE) avec thrombose veineuse profonde (TVP) ou embolie pulmonaire (EP) pouvait précéder le cancer. Mais quel est le taux de cancer chez les patients avec MTE, quels types de cancers rencontre-t-on? Et surtout peut-on et doit-on dépister ces cancers, ce dépistage est-il utile? Les études étaient jusqu'ici de taille réduite<sup>1</sup> et parfois contradictoires. Deux grandes études de cohorte scandinaves viennent d'être publiées<sup>2,3</sup>. L'ensemble permet de mieux répondre à ces questions.

Parmi les petites études, **Prandoni**<sup>1</sup> avait suivi pendant 2 ans 250 patients atteints de TVP, et constaté 11 cas de cancers parmi les 145 TVP idiopathiques et 2 cas pour les 105 TVP secondaires, avec ainsi un risque relatif (RR) de 2,3. Le RR était plus élevé (4,3) pour les TVP récidivantes, chez les sujets de moins de 60 ans, et dans la 1<sup>ère</sup> année de suivi (9 cas sur 11).

\* **Nordstrom**<sup>2</sup> avait suivi 1183 patients hospitalisés pour TVP, et constaté dans les 6 premiers mois du suivi un RR cinq fois plus élevé chez ces patients que dans la population générale, mais pas au-delà.

\* **Baron**<sup>3</sup> utilisant les registres suédois des hospitalisés et des cancers a évalué l'incidence des cancers chez 61.998 patients hospitalisés pour MTE entre 1965 et 1983. Il a comparé le taux de cancers dans la cohorte et dans la population générale et calculé le risque relatif (RR) de cancers dans la cohorte. Dans la 1<sup>ère</sup> année le RR était de 4,4 pour l'ensemble de la cohorte, de 6,7 pour les moins de 65 ans, de 8,2 pour les TVP récidivantes. Le RR était au-dessus de 6 pour les cancers de l'ovaire, du pancréas, du foie, du cerveau, les lymphomes, par ordre décroissant.

Pour le sein il n'était que de 1,8. Après la 1<sup>ère</sup> année, sur 25 ans de suivi, le RR est légèrement élevé, entre 1,1 et 1,5.

\* **Sorensen**<sup>2</sup>, utilisant les registres danois des hospitalisés et des cancers, a évalué l'incidence des cancers chez 26.653 patients hospitalisés pour MTE entre 1977 et 1992. N'ont été retenues que les TVP et les EP idiopathiques (en éliminant les patients ayant eu une intervention dans les 6 mois précédents, un cancer ou une maladie associée, une grossesse). Sur toute la durée le RR de cancer était de 1,3 pour tous les types de cancers (1737 observés contre 1372 attendus). Dans la 1<sup>ère</sup> année, le RR était de 2,3 et de 3 dans les 6 premiers mois de suivi. Le RR était plus élevé pour les cancers du pancréas, de l'ovaire, du foie et du cerveau; il n'était pas élevé pour le sein, la vessie, le rectum. Au-delà de la 1<sup>ère</sup> année le RR restait légèrement supérieur à 1, sans prédominance pour un cancer particulier. Parmi 465 cancers diagnostiqués la 1<sup>ère</sup> année, 40% étaient métastatiques, 25% avaient une extension régionale et 36% étaient localisés. Le RR pour la 1<sup>ère</sup> année était plus élevé avant 60 ans (3,6 vs 2,2) et en cas de MTE récidivante (3,2 vs 2,2).

Ces études sont largement concordantes et apportent des éléments de réponse aux questions du clinicien:  
- L'association MTE et cancer est confirmée, avec un risque accru dans la première année, surtout dans les 6 premiers mois suivant l'épisode de MTE. La légère augmentation du RR dans les années suivantes est mal expliquée. Le risque est plus élevé avant 60 ans et en cas de MTE récidivantes. L'association est plus forte pour les cancers de l'ovaire, du pancréas, du foie, du cerveau, les lymphomes.

- Faut-il rechercher un cancer chez un patient avec une MTE idiopathique? Les réponses ne sont pas actuellement argumentées de façon précise. Buller<sup>4</sup> note que 40 à 60% des cancers détectés ne sont pas métastatiques, et cite une étude d'analyse de décision qui montrerait un gain potentiel d'espérance de vie. Mais il rappelle que l'on doit prendre en compte pour chaque cancer, non seulement le RR, mais aussi l'incidence absolue, la sécurité des méthodes de dépistage, le bénéfice potentiel du diagnostic précoce, les risques psychologiques et physiques, le coût. Pour tous les auteurs il n'y a pas de données suffisantes pour un dépistage extensif de ces cancers, et il faut en rester à l'évaluation clinique, à quelques tests de routine, éventuellement à une échographie pelvienne chez la femme, et n'intensifier le bilan que sur des données issues de ce premier bilan. Reste que l'échographie pelvienne se poursuivra naturellement vers l'abdomen et que, même en l'absence de bénéfice potentiel, des cancers du pancréas et du foie pourront être dépistés. Que faire, que dire au correspondant professionnel, au patient? C'est ici, la complexité de la décision médicale.

1 - Prins MH et coll. Faut-il rechercher systématiquement un cancer devant une thrombose veineuse profonde idiopathique? JAMA Fr, 1994, 19, 296, 31-34 (traduit de Arch Int Med, 1994, 154, 1310-1312)

2 - Sorensen HT et coll. The risk of a diagnosis of cancer after primary deep venous thrombosis or pulmonary embolism. N Engl J Med, 1998, 338, 17, 1169-1173

3 - Baron JA et coll. Venous thromboembolism and cancer. Lancet, 1998, 351, 1077-1080

4 - Buller H, et al. Primary venous thromboembolism and cancer screening. N Engl J Med, 1998, 338, 17, 1221-1222

**Mots clés:** thrombose veineuse, cancer, dépistage, décision médicale

*Numéro 108 du 18 juin 1998*