

Uprovokeret venøs tromboemboli: Skal vi være på udkig efter kræft?

Venøs tromboemboli (VTE), dyb venøs trombose (DVT) og lungeemboli (LE) er alvorlige tilstande med en høj dødelighed, og mindst én ud af et tusinde voksne rammes årligt af VTE.

Nye resultater fra et dansk kohortestudie indikerer betydelige forskelle i dødelighed hos patienter med LE og patienter med DVT [1], specielt inden for de første 30 dage (hhv. 31% og 3%). Ifølge danske retningslinjer fra Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin bør patienter med VTE tilbydes mindst tre måneders behandling; varigheden er afhængig af, om VTE-tilfældet opstod i forbindelse med en provokerende faktor eller ej. Sådanne provokerende faktorer ses hos ca. halvdelen af alle VTE-patienter i Danmark [1]. Indtil i dag har det været almindelig praksis at give tre eller seks måneders behandling for førstegangs-DVT samt seks og 12 måneders behandling for LE (henholdsvis provokeret og uprovokeret).

Det har siden *Trousseau's* tid været kendt, at der er en sammenhæng mellem trombose og cancer, og VTE hos cancerpatienter har endvidere en betydelig negativ effekt på overlevelsen. Således er det i et dansk kohortestudie påvist, at etårsoverlevelsen var 12% hos patienter, der på tidspunktet for cancerdiagnosen også havde et tilfælde af VTE, sammenlignet med 36% hos patienter, der fik en cancerdiagnose og ikke havde VTE [2]. Lungecancer og kolorektal cancer er blandt de hyppigste cancerformer hos både mænd og kvinder og udgør omkring 20% af alle cancerformer. Man har i flere studier sammenlignet incidensen af cancer hos henholdsvis patienter med idiopatisk VTE og patienter med en oplagt forklaring på deres VTE-tilfælde. Disse studier har vist, at patienter med cancer er overrepræsenteret blandt patienter med idiopatiske VTE-tilfælde. I et stort dansk studie er det således påvist, at incidensen af cancer hos patienter med idiopatisk VTE er mere end firedoblet inden for det første år [3].

Ovenstående observationer kan således føre til overvejelser om, hvorvidt man bør screene for cancer hos patienter med VTE, specielt når der ikke foreligger nogen forklaring på trombosen. Andre vigtige forhold er omfanget og prædiktionsværdien af de valgte screeningsmetoder, de potentielle fordele, der ligger i tidlig påvisning, og de psykologiske og fysiske belastninger, som man udsætter patienterne for ved at søge efter en okkult cancer. Disse og andre forhold sættes der fokus

på i en artikel af *Holt et al* i dette nummer af Ugeskrift for Læger (side 2295). Der synes umiddelbart ikke at være nogen fordel forbundet med at opdage en okkult metastatisk cancer, for hvilken der ikke findes nogen behandling. På den anden side kan flere typer af kræft påvises med noninvasive metoder samt en grundig klinisk undersøgelse, og flere kræftformer kan helbredes, når de behandles i tide, hvilket kan være særlig relevant for yngre og i øvrigt raske patienter. En såkaldt beslutningsanalyse af screening for okkult cancer hos patienter med idiopatisk DVT afslørede potentielle gevinster i den forventede levetid [4], men kun ved prospektive studier vil man kunne afgøre, om det er en god ide at indføre generel screening i Danmark. I et åbent, randomiseret forsøg fra Canada har man netop undersøgt, om en screening for okkult kræft hos patienter med førstegangs uprovokeret VTE var hensigtsmæssig, men man fandt kun kræft hos knap 4% af patienterne [5].

Om man skal være mere opmærksom på cancer hos patienter, der har VTE og er over 60 år, kan man i sagens natur ikke være uenig med *Holt et al*, men om de skal have en særlig opmærksomhed i forhold til yngre patienter, der har VTE uden oplagte risikofaktorer og uden familiær forekomst, er en anden sag. I min egen klinik har jeg indtil flere gange fundet okkult cancer hos yngre patienter med VTE, f.eks. testeseminomer hos unge mænd og kolorektal cancer hos begge køn, og når man samtidig tager i betragtning, at prognosen generelt er god for disse patienter, kan en ekstra udredning nogle gange være umagen værd. Som med alt andet i vores medicinske hverdag, kommer man langt med sund fornuft, og *Holt et al* skal have *credit* for at sætte fokus på området og bidrage til en øget forståelse af sammenhængen mellem cancer og venøs trombose.

LITTERATUR

1. Søgaard KK, Schmidt M, Pedersen L et al. 30-year mortality after venous thromboembolism: a population-based cohort study. *Circulation* 2014; 130:829-36.
2. Sørensen HT, Møllekjær L, Olsen JH et al. Prognosis of cancers associated with venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2000;343:1846-50.
3. Sørensen HT, Møllekjær L, Steffensen FH et al. The risk of a diagnosis of cancer after primary deep venous thrombosis or pulmonary embolism. *N Engl J Med* 1998;338:1169-73.
4. Barosi G, Marchetti M, Dazzi L et al. Testing for occult cancer in patients with idiopathic deep vein thrombosis – a decision analysis. *Thromb Haemostasis* 1997;78:1319-26.
5. Carrier M, Lazo-Langner A, Shivakumar S et al. Screening for occult cancer in unprovoked venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2015;373:697-704.

LEDER

Torben Bjerregaard
Larsen

Ugeskr Læger
2015;177:V67480

KORRESPONDANCE:

Torben Bjerregaard Larsen,
Kardiologisk Afdeling,
Trombosecenter Aalborg,
Aalborg Universitets-
hospital.
E-mail: tobl@rn.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk