



## CASE REPORT

# When thrombosis reveals cancer: Trousseau's syndrome as the initial manifestation of cholangiocarcinoma

Amine RAHOU, Saliha BOUKHEMACHA

**ABSTRACT**

Venous thromboembolic disease (VTE) can be an initial manifestation of occult cancer, thereby defining Trousseau's syndrome. We report the case of a 65-year-old patient with bilateral deep vein thrombosis of the lower limbs, accompanied by general deterioration in condition and non-specific digestive symptoms. Etiological investigation revealed significant elevation of tumor markers and a peri-hilar hepatic mass on imaging, suggesting cholangiocarcinoma, which was confirmed by liver biopsies. This case highlights the importance of a thorough etiological diagnostic approach when faced with any unexplained VTE with or without other associated clinical signs. A targeted clinical approach can help reduce the risk of diagnostic delays and optimize patient management.

**Keywords:** Venous thromboembolic disease, Trousseau's syndrome, Cholangiocarcinoma, Occult cancer, Paraneoplastic syndrome.

Faculté de Médecine de l'Université Oran 1 Ahmed Ben Bella. Service de Médecine Interne, EHU 1er Novembre 1954, Oran, Algérie.

**Received:** 27 Feb 2026

**Accepted:** 13 May 2026

**Correspondance to:** Amine RAHOU

E-mail: [dr.rahouamine@hotmail.com](mailto:dr.rahouamine@hotmail.com)

## 1. INTRODUCTION

L'association entre la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) et le cancer, initialement décrite par Armand Trousseau en 1865, concernait principalement les tumeurs déjà diagnostiquées, en particulier à des stades avancés ou métastatiques (1). Désormais, une MTEV idiopathique peut révéler précocement un cancer au stade infraclinique, constituant ainsi le syndrome de Trousseau (2). L'incidence annuelle de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est estimée entre 1 et 2 cas pour 1000 habitants dans la population générale, mais cette incidence est multipliée par 4 à 7 en présence d'un cancer (environ 1 cas pour 200-250 patients) (3); inversement, environ 5 à 10 % des MTEV initialement considérées comme idiopathiques sont secondairement associées à la découverte d'un cancer au cours de l'année suivante.

Nous rapportons ici le cas d'une MTEV révélatrice d'un cholangiocarcinome intrahépatique dans sa forme infraclinique.

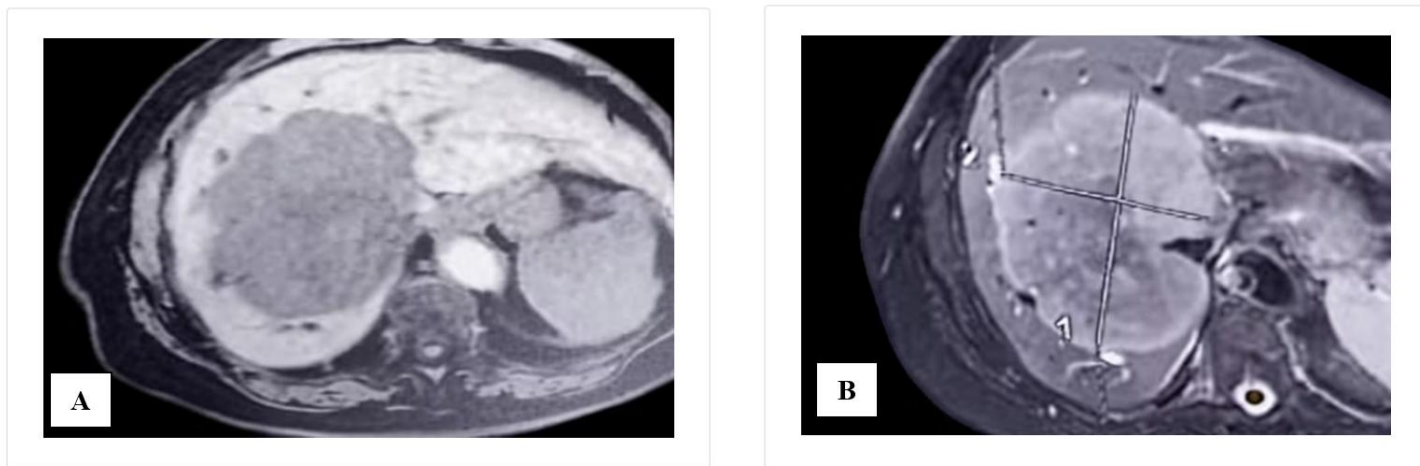
## 2. OBSERVATION

M. C.A., âgé de 65 ans, non-fumeur, aux antécédents de cholécystectomie (2012) et de diabète de type 2 diagnostiqué en 2017 (HbA1c 8,2% sous metformine), ainsi que des antécédents familiaux de néoplasies, avec un cancer de l'endomètre chez sa mère et un cancer de la thyroïde chez son père.

Un mois avant son hospitalisation, il a rapporté une altération progressive de l'état général avec amaigrissement de 8 kg (15 % du poids corporel), anorexie, constipation récente, syndrome dyspeptique et épisodes répétés de hoquets, associés à l'apparition d'œdèmes douloureux asymétriques des membres inférieurs. L'examen clinique objectivait une douleur à la dorsiflexion des pieds (score de Wells pour TVP : 5/9, hautement probable).

Un bilan biologique initial révélait une élévation marquée des D-dimères (4500 µg/L). L'écho-Doppler veineux des membres inférieurs confirmait une thrombose veineuse profonde poplitée bilatérale.

Devant cette TVP bilatérale idiopathique, une enquête étiologique a été réalisée, montrant une élévation significative des marqueurs tumoraux : CA 19-9 à 1250 UI/ml (N < 37) et ACE à 45 µg/L (N < 5). La TDM thoraco-abdomino-pelvienne objectivait une masse hépatique gauche (Figure 1) hypodense et hétérogène (59 mm) des segments III-IV, à rehaussement périphérique, associée à une dilatation des voies biliaires intrahépatiques et une attraction capsulaire. Il existait de multiples lésions secondaires hépatiques, dont la plus volumineuse mesurait 155 × 95 mm (segment VII) en faveur d'un cholangiocarcinome intrahépatique. Une biopsie hépatique percutanée, réalisée sous guidage échographique, concluait à un cholangiocarcinome bien différencié selon la classification OMS 2019.



**Figure 1.** Tomodensitométrie abdominale en coupes axiales chez le patient C.A. (A) Coupe montrant une volumineuse masse hépatique hétérogène à contours irréguliers, présentant un rehaussement périphérique avec centre hypodense, évocatrice d'un processus tumoral malin. (B) Coupe complémentaire confirmant l'hétérogénéité et l'extension de la lésion. Ces aspects sont compatibles avec un cholangiocarcinome intra-hépatique, en concordance avec les données cliniques, biologiques et histologiques.

Pour la prise en charge de la thrombose veineuse profonde bilatérale des membres inférieurs à l'écho-Doppler, une anticoagulation curative a été instaurée par héparine de bas poids moléculaire (énoxaparine) à la dose de 1 mg/kg toutes les 12 heures, en l'absence de contre-indication et avec une fonction rénale conservée. Des mesures associées ont été mises en œuvre, notamment la mise en place de bas de contention élastique bilatéraux. Une surveillance clinique et biologique a été assurée, incluant un contrôle hebdomadaire de la numération plaquettaire à la recherche d'une thrombopénie induite par l'héparine, sans anomalie observée.

L'évolution a été favorable, marquée par une amélioration progressive de la symptomatologie, sans complication hémorragique. La durée du traitement anticoagulant a été fixée à au moins six mois, avec indication de poursuite prolongée tant que la maladie néoplasique reste active, conformément aux recommandations en vigueur. Le patient a été présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) des cancers digestifs, puis orienté vers l'oncologie médicale pour une prise en charge spécialisée.

### 3. DISCUSSION

Cette observation correspond à une forme typique du syndrome de Trousseau entrant dans le cadre de maladies thromboemboliques associées aux cancers. Chez notre patient, la survenue d'une thrombose bilatérale, associée à une altération de l'état général et à des signes digestifs non spécifiques, a précédé le diagnostic d'un cholangiocarcinome, illustrant parfaitement le rôle de la MTEV comme mode révélateur des néoplasies occultes (4), ce qui nous invite à suivre une démarche diagnostique étiologique systématique chez les patients sans facteur de risque évident. (5)

L'augmentation de l'incidence de la MTEV au cours du cancer est particulièrement marquée quand il s'agit d'un cancer digestif, hépatobiliaire et pancréatique (6). Ces derniers sont connus pour leur fort pouvoir prothrombotique (7). Le cholangiocarcinome, bien que moins fréquent, représente l'un des cancers associés à un risque significatif de thrombose, principalement dû à l'activation de la voie de la coagulation par les cellules néoplasiques et à la réaction inflammatoire de bas grade provoquée (8).

Dans ce cas, la présence de thromboses bilatérales des membres inférieurs est compatible avec les descriptions rapportées dans la littérature où le caractère récidivant et sévère des événements thromboemboliques est souvent corrélé à l'extension loco-régionale ou métastatique de la tumeur (9). L'infiltration loco-régionale du cholangiocarcinome renforce l'hypothèse de l'existence d'une corrélation entre le risque thromboembolique et le caractère agressif de la tumeur (10).

Cette observation souligne l'importance cruciale d'une approche clinique holistique. Chez les patients âgés atteints de MTEV sans facteur déclenchant évident, l'apparition de signes généraux, digestifs ou biologiques inhabituels doit encourager une investigation oncologique ciblée (11). Les recommandations actuelles favorisent un dépistage du cancer réfléchi, basé sur l'examen clinique, les tests biologiques de base et l'imagerie adaptée au contexte, plutôt qu'un dépistage systématique et exhaustif (12).

La présence d'une MTEV bilatérale idiopathique chez ce patient souligne l'intérêt d'un dépistage ciblé des néoplasies, notamment digestives, en présence de facteurs d'alerte cliniques.

#### 4. CONCLUSION

Cette observation met en lumière un mode relativement rare de révélation du cholangiocarcinome par le biais de la maladie thromboembolique veineuse, soulignant ainsi l'importance potentielle de la thrombose en tant qu'indicateur préliminaire d'une néoplasie infraclinique. Dans les cas où une MTEV se manifeste sans facteur déclenchant apparent, en particulier lorsqu'elle est accompagnée de symptômes généraux ou gastro-intestinaux inexpliqués, une stratégie diagnostique, étiologique, complète et ciblée doit être envisagée. L'intégration d'une méthodologie clinique rigoureuse et interdisciplinaire est essentielle pour réduire les délais diagnostiques et améliorer les soins aux patients.

**Éthique :** Un consentement a été obtenu auprès du patient pour la publication de ses données cliniques. L'anonymat a été scrupuleusement préservé.

**Competing interests:** The authors declare that they have no competing interest.

**Funding:** This research received no external funding.

#### REFERENCES

1. Piccioli A, Falanga A, Baccaglioni U, Marchetti M, Prandoni P. Cancer and venous thromboembolism. *Semin Thromb Hemost.* 2006;32(7):694–699. doi:10.1055/s-2006-951297.
2. Falanga A, Vignoli A. Venous thromboembolism in oncology. *Exp Oncol.* 2004;26(1):11–16.
3. Mahajan A, Brunson A, White RH, Wun T. The epidemiology of cancer-associated venous thromboembolism: an update. *Semin Thromb Hemost.* 2019;45(4):321–325. doi:10.1055/s-0039-1688494.
4. Gheshmy A, Carrier M. Venous thromboembolism and occult cancer: impact on clinical practice. *Thromb Res.* 2016;140(Suppl 1):S8–S11. doi:10.1016/S0049-3848(16)30091-3.
5. Carcaterra A, Serratrice J, Righini MP, Robert-Ebadi H. Unprovoked venous thromboembolism: should we look for occult cancer? *Rev Med Suisse.* 2018;14(610):1354–1358.
6. Basu A, Khorana AA. Gastrointestinal cancers and thrombosis. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2019;2019(1):215–221. doi:10.1182/hematology.2019000031.
7. Laderman L, Sreekrishnanilayam K, Pandey RK, Handorf E, Blumenreich A, Sorice K, et al. Venous thromboembolism in metastatic pancreatic cancer. *Eur J Haematol.* 2023;110(3):250–258. doi:10.1111/ejh.13955.
8. Pfrepper C, Knödler M, Schorling RM, Seehofer D, Petros S, Lordick F. Predictors for thromboembolism in patients with cholangiocarcinoma. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2021;147(12):3611–3619. doi:10.1007/s00432-021-03794-1.
9. Gil-Ongay A, Arnáiz-García ME, Blanco-Castillo C, Pulitani I, González-Santos JM, Arnáiz-García AM. Trousseau's syndrome mimicking severe bilateral peripheral arterial disease. *Acta Med Iran.* 2018;56(9):599–602.
10. Kim JS, Paik WH, Lee SH, Lee MW, Park N, Choi JH, et al. Clinical significance of venous thromboembolism in patients with advanced cholangiocarcinoma. *Gut Liver.* 2023;17(5):748–756. doi:10.5009/gnl220477.
11. Pandit V, Kempe K, Hanna K, Baab KS, Jennings WC, Khorgami Z, et al. Venous thromboembolism as the first sign of malignancy. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2022;10(6):1422–1428. doi:10.1016/j.jvsv.2022.05.014.
12. Gales L, Paun M, Anghel R, Trifanescu O. Cancer screening: present recommendations, development of multicancer early detection tests, and the prospect of universal cancer screening. *Cancers (Basel).* 2024;16(6):1191. doi:10.3390/cancers16061191.