Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

PHLÉBITES SUPERFICIELLES

PAR RAYMOND TOURNAY (†)

LECTURE FAITE LORS DE LA PREMIÈRE RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ BENELUXIENNE DE PHLÉBOLOGIE LE 16 NOVEMBRE 1957

Mesdames, Messieurs,

J'ai à vous parler de « Phlébites superficielles ».

Voilà un sujet qui peut sembler au premier abord extrêmement simple et parfaitement connu : combien de fois n'a-t-il pas été traité – plus ou moins récemment – dans la littérature médicale ?

Était-il valablement indiqué de le choisir et de vous en entretenir au cours de cette première réunion de la Société Bénéluxienne de Phlébologie ? Je l'ai pensé pourtant. Car en effet il ne se passe pas de semaine, sinon de jour, sans que nous soyons obligés, mes Collègues spécialisés et moi-même, de nous rendre compte à quel point la thérapeutique de ces phlébites appliquée par les médecins traitants des patients va, dans l'immense majorité des cas, à l'encontre de la logique, du bon sens et – conséquence naturelle – à l'encontre de l'intérêt du malade.

Pas plus tard que la semaine dernière, trois exemples nouveaux sont venus confirmer cette constatation.

Premier cas : un homme de 33 ans – qui présentait depuis la vingtième année un état variqueux léger – reçoit un choc violent sur la face interne de la cuisse. S'ensuit une phlébite en cordon de la saphène interne. Son médecin lui prescrit le repos complet au lit, lui fait une dizaine d'injections intramusculaires de pénicillinne ; en plus, pendant 3 jours, 4 intraveineuses quotidiennes d'héparine, et en plus, bien sûr ! Tromexane® buccal qu'on continuera pendant plus de trois semaines, son administration n'étant arrêtée qu'en raison de la survenue de sang dans les urines. Dans l'intervalle – environ 15 jours après le début – et grâce à ces thérapeutiques – le patient a fait une propagation de sa phlébite aux veines profondes... Et c'est pour des séquelles de cette phlébite profonde que, trois ans plus tard, il viendra me trouver.

Deuxième cas : une jeune femme, 36 ans, 2 enfants, est à nouveau enceinte et développe, au cours de cette troisième grossesse des varices importantes ; au 8ème mois, phlébite d'un gros paquet variqueux de la jambe ; on la met au lit qu'elle ne quittera que pour la table d'accouchement et pour s'y remettre aussitôt pour trois semaines encore. Pendant toute cette période ante et post-partum : antibiose et anticoagulants sans désemparer. L'avant-veille du jour où l'on avait tout de même décidé qu'il conviendrait de la lever : embolie pulmonaire, heureusement sans gravité. Trois mois plus tard je vois la patiente avec un membre inférieur très oedématié. A noter également que son enfant est venu au monde avec de formidables bosses séro-sanguines, dont il n'est resté trace d'ailleurs, mais qui vraisemblablement n'étaient pas sans rapport avec le traitement anticoagulant de la mère.

Troisième cas : il m'est présenté au dispensaire Furtado-Heine par un de mes collaborateurs, le Dr Saglio : homme d'âge moyen qui était traité par lui, pour des varices importantes, par des injections sclérosantes. Consécutivement à l'une des séances de traitement se produit (ce qui est banal) une réaction inflammatoire marquée au niveau d'une cuisse qui devient rouge, sensible, œdématiée. Le patient s'inquiète, fait venir son médecin habituel : celui-ci diagnostique une « phlébite » et avertit des « graves dangers qui menacent » : il le met au lit, sans bouger, pendant un mois avec héparine, Tromexane®, etc. Coût : une cinquantaine de mille francs de médicaments et de soins et un arrêt de travail de plus d'un mois. Inutile d'insister sur les conséquences sociales.

Des exemples de cet ordre – certains beaucoup plus graves – je pourrais en citer des dizaines : ils prouvent que dans le cerveau du praticien, en général, continue à subsister la conception ancienne – si rarement exacte – de l'infection à l'origine de la phlébite, d'où recours aux antibiotiques... et celle de l'immobilisation nécessaire dès qu'elle est déclarée, comme premier geste thérapeutique. Par ailleurs, on emploie à tort et à travers une thérapeutique anticoagulante, ici inefficace et non exempte de danger.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Pour toutes ces raisons, nous ne devons pas nous lasser de redresser des erreurs trop communes et d'essayer d'éclairer nos confrères, sur le plan thérapeutique surtout. C'est ce dernier uniquement que nous allons ici envisager.

Phlébite superficielle, périphlébite : le terme de thrombose veineuse superficielle conviendrait probablement mieux ; il ne préjuge pas de l'origine de l'inflammation veineuse, origine que nous savons aujourd'hui n'être que rarement de nature infectieuse.

Cette notion a son importance car elle commande en partie la thérapeutique en ce qu'elle devrait supprimer le « réflexe » de la majorité des médecins qui est de prescrire immédiatement pénicilline ou autres antibiotiques.

Or les antibiotiques sont sans objet, puisqu'il n'y a pas de « microbe » en cause. De plus, ils sont contre-indiqués du fait de leurs propriétés thromboplastiques évidentes.

Leur prescription ne serait utile qu'en cas d'infection reconnue, lors d'une septicémie puerpérale par exemple.

Le terme de « périphlébite » par ailleurs ne doit pas être rejeté complètement car – ainsi que l'a rappelé très justement Jacques Louvel [1] – *« la périveine (tunique vasculo-nerveuse organisée en synoviale) est capable de s'enflammer seule ou la première, et d'affirmer ainsi son autonomie biologique »*. Chacun de nous connaît *« ces flambées périveineuses, thermales, humoro-endocriniennes, allergiques ou autres, qui soulignent les veines d'une traînée rouge, chaude, sensible »*.

Nous venons de parler des antibiotiques. Concernant les anticoagulants, leur action dans les phlébites superficielles s'est révélée inopérante. Pour ma part je n'y ai plus jamais recours. Je n'envisageais leur utilisation qu'en cas de propagation au réseau veineux profond.

Cette propagation aux troncs veineux profonds est-elle fréquente? Nullement : elle est même exceptionnelle. Moins exceptionnelle est la propagation jusqu'à la crosse de la saphène : là est presque toujours, quand la thrombose évolue, le point d'arrêt.

Un excellent moyen de bloquer l'ascension de la thrombose est d'ailleurs – qu'on ne crie pas au paradoxe – d'en provoquer une autre, d'ordre chimique, en pratiquant une injection sclérosante (salicylate de préférence) dans le tronc veineux sus-jacent à la zone thrombosée et enflammée : injection très légère pour commencer, car effectuée dans une veine sensibilisée, la réaction peut être brutale et effrayer le patient. Gabriel Delater, qui a préconisé cette pratique, et moi-même en avons obtenu de fort bons résultats.

Méthode infiniment préférable, à mon avis, à la ligature chirurgicale de cette même veine, ligature qui risque, par le traumatisme qu'elle constitue, de donner naissance à une thrombose en amont de la première, mais thrombose cette fois infiniment moins solide, adhérente, fixée, que celle provoquée par l'injection sclérosante.

Nous connaissons en effet quelques cas où la simple ligature de la saphène, avec ou sans crossectomie, fut suivie de la thrombose des veines du bassin. C'est ce qu'a confirmé notre collègue Maes, d'Anvers, qui ayant observé des cas où, après résection de la saphène, le processus thrombosant s'était propagé à la fémorale, en tirait la conclusion suivante : *« Quand il y un noyau de phlébite superficielle, l'intima saphénienne proximale se trouve dans un état de périphlébite sur un parcours de plusieurs centimètres ; le traumatisme chirurgical semble être le coup de fouet qui fait changer la périphlébite en thrombophlébite vraie. »* Et il ajoutait : *« dès lors, je n'ai plus mis mon bistouri dans l'aine »*.

C'est pourquoi je ne suis pas partisan, dans ces cas, de l'intervention chirurgicale telle qu'elle a été proposée par Robineau, puis Fontaine, puis Rowden Foote et, plus récemment par C. Olivier qui, il est vrai, en limite l'indication aux formes extensives ascendantes.

Au reste, des embolies provenant, de façon certaine, d'un foyer phlébitique superficiel d'un membre inférieur, je n'en ai jamais pour ma part rencontré d'exemple. On en a cité : je suis persuadé qu'il s'agissait dans ces cas d'embolies provenant d'une phlébo-thrombose concomitante, soit du même membre, soit de l'autre et passée, comme il arrive souvent, inaperçue.

Concernant l'abstention des anticoagulants, je ferai peut-être exception pour les cas de phlébite migrante : à vrai dire, même là, mon opinion n'est pas très assise ; de toute façon, si on se décide à les utiliser, il faut le faire pendant des semaines, des mois consécutivement.

En pratique, que faire en présence d'une phlébo-périphlébite superficielle d'un membre inférieur ?

1) Ne pas immobiliser son patient

L'immobilisation ne peut que risquer d'aggraver la situation, la stase veineuse en étant favorisée et, de ce fait, la propension à la thrombose ou à son extension.

Il est parfois difficile de lutter contre les préjugés et je sais bien que le réflexe du public… et du médecin, le plus souvent, est de mettre au lit le porteur d'une phlébite ou d'une périphlébite même superficielle.

Pourtant il faut, bien au contraire, recommander à ce dernier le mouvement : il ne s'agit pas pour lui de faire des kilomètres, ni surtout de se livrer à des travaux de force, ce qui serait absurde et pourrait conduire, par la répétition des traumatismes dus aux efforts, à une aggravation de l'inflammation, mais, à de multiples reprises dans la journée, de se mouvoir, d'aller et venir, de faire fonctionner librement, mais sans à-coups, sa musculature des membres inférieurs.

Ceci d'ailleurs – pour que la douleur ressentie ne s'y oppose pas et pour que le massage physiologique spontané en soit facilité – doit être associé à l'apaisement de l'inflammation et à la contention du foyer enflammé.

2) Apaiser la réaction inflammatoire périphlébitique

Tout à fait au début, à la période aiguë, lorsqu'il y a inflammation marquée, (dolor, rubor, calor…), les antiphlogistiques sont indiqués. Le vulgaire pansement humide, chaud (pas trop), un cataplasme émollient, de

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

« buatalplasme », l'Antiphlogistine® surtout feront très bien. On pourrait se trouver parfaitement aussi de l'application d'une vessie de glace.

Mais nous avons aujourd'hui à notre disposition un antiphlogistique général de premier ordre dont notre collègue K. Sigg a bien mis en lumière les remarquables qualités, c'est la phénylbutazone : l'injection intramusculaire 3 à 6 jours de suite ou 2 suppositoires le premier jour, 1 suppositoire les 4 ou 5 jours suivants. Le résultat est le plus souvent excellent.

Dans certains cas où l'inflammation est particulièrement douloureuse, on peut se trouver fort bien d'adjoindre une ou plusieurs injections intra-artérielles (dans la fémorale) de procaïne (10 cm^3 à 1 %).

3) Assurer la contention élastique de la région atteinte

Mais à ces antiphlogistiques, il est nécessaire d'adjoindre la contention élastique de la région atteinte. Tout simplement en ajoutant par-dessus le pansement une bande caoutchoutée dont la pression sera régulière, suffisante, mais non gênante : le patient doit se sentir immédiatement soulagé.

Tout cela encore ne vaut pas l'application – qui supprime tout pansement antécédent, car elle a par elle-même une action antiphlogistique manifeste, et même beaucoup plus puissante – d'une bande élastique adhésive, du genre Elastoplaste®. Cette bande sera appliquée en débordant carrément la zone d'une demi-douzaine de centimètres. Si l'inflammation est limitée, on peut se contenter de couvrir la région ; si elle est plus ample, mieux vaut faire carrément le tour du membre. Le tout est de serrer exactement ce qui convient, ni trop – ce qui risquerait de gêner la circulation profonde artérielle et veineuse, de provoquer de l'œdème, et de n'être guère supporté – ni trop peu, auquel cas le résultat serait beaucoup moins bon et moins rapide.

On peut aussi, avec avantage, appliquer au préalable sous la bande adhésive un coussinet en mousse de caoutchouc (cœur périphérique, varico-rubber-Heart).

Heeters nous a appris l'usage dans les ulcères il y a déjà 23 ans, et que Sigg a récemment perfectionné : l'effet de massage de la bande en est sérieusement augmenté.

Un moyen également de bloquer l'extension de la thrombose est d'appliquer au niveau de la crosse de la saphène un « bouchon » de ce même caoutchouc mousse, lui aussi maintenu par une bande adhésive.

4) Évacuer le thrombus

Mais le meilleur moyen d'apaiser presque définitivement l'inflammation et de faire disparaître rapidement la « tumeur » veineuse, surtout quand il s'agit d'un « paquet » variqueux ou d'une grosse ampoule – comme aussi d'éviter les indurations consécutives et les pigmentation inesthétiques – c'est d'évacuer le thrombus.

J'ai proposé cette thérapeutique il y a de nombreuses années [2] : en dehors de mes collaborateurs directs, elle n'a pas été acceptée d'emblée. Depuis lors de nombreux auteurs l'ont adoptée : il est vrai qu'ils en reportent le plus souvent la paternité sur l'Américain Orbach qui l'a, en toute bonne foi, redécouverte [3].

Elle consiste essentiellement, dès que la phase suraiguë de l'inflammation est passée, à ponctionner à l'aide d'un bistouri fin bien aiguisé la poche sous tension au point le plus favorable, c'est-à-dire le plus saillant, le plus superficiel. L'amas de sang noir, plus ou moins liquide, plus ou moins coagulé, jaillit alors projeté avec une grande force si la pression latérale des doigts est maintenue ou répétée. Caillots ou sang épaissi, condensé, violacé, noirâtre, d'aspect confiture de mûres ou crème au chocolat : voilà ce qui s'évacue, beaucoup plus abondant presque toujours que ce qui était prévu.

Un très léger pansement compressif (une minuscule compresse, un emplâtre adhésif) suit, qu'on laisse en place 48 heures.

Le soulagement est immédiat.

Il se peut que, dans les jours qui suivent, tout n'ayant pu être évacué la première fois, une deuxième ponction soit utile.

En résumé, en présence d'une phlébo-périphlébite superficielle des membres inférieurs : ne pas abuser d'antibiotiques ni d'anticoagulants et ne pas immobiliser le patient, mais, tout en lui prescrivant le mouvement, apaiser la réaction inflammatoire périphlébitique, assurer la contention élastique de la région, évacuer le thrombus par ponction à l'aide d'une pointe fine de bistouri.

Dans ces conditions, il est exceptionnel – sauf pour certaines professions exigeant des efforts violents ou répétés – d'avoir à interrompre le travail ou la vie habituelle du patient.

RÉFÉRENCES

1 Louvel J : « A propos de l'article de M. R. Viéville sur les thromboses veineuses superficielles aiguës du membre inférieur. Terminologie et traitement », *« Phlébologie »*, 7e An. ; 1 : 54.

2 En particulier dans « Le Concours Médical » du 27 février 1938.

3 « Active Treatment of acute Thrombophlebitis of Varicose Veins » par Egmont Orbach, in « The Journal of the International College of Surgeons », mai-juin 1947.