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



*Phlébologie 2009, 62, 2. p. 75-78*

# L'histoire de la sclérose des varices

Wallois P.

## I - Introduction

L'intérêt porté à la suppression de l'anomalie que constituait la présence de varices est retrouvé depuis la plus ancienne antiquité.

• **Hippocrate** pratiquait des « ponctions » en de multiples endroits des veines « congestionnées ».

• Tout le monde connaît l'aventure, relatée par **Plutarque**, du **Consul Caïus Marius**, qui après s'être fait « extirper » ses varices dans un premier temps sur une jambe, se garda bien de confier l'autre jambe au chirurgien.
Toutes les tentatives de traitement retrouvées dans l'histoire sont des gestes chirurgicaux .

• Il faut attendre les premières utilisations de la seringue de **Pravaz** (1851), en réalité la fin du 19e Siècle, pour retrouver l'idée d'injecter un liquide dans les varices à des fins thérapeutiques. Le résultat fut d'abord interprété comme un phénomène de coagulation.

• **Delore** en 1894 montra qu'au contraire c'était l'action agressive du produit sur la paroi qui produisait par réaction une cicatrisation, une sclérose.

A partir de cette époque de nombreuses tentatives marquées surtout par la variété des produits utilisés et bientôt abandonnés.

• Seule la *solution iodo-iodurée (lugol)* préconisée par **B. Schiassi de Bologne** (1906) garda tout son intérêt. Elle fut modifiée par **Lutier** en 1931 qui remplaça *l' iodure de potassium* par de *l' iodure de sodium* ; elle continue d'être utilisée de nos jours tamponnée et connue sous le nom de *« Variglobin »*.

## II - 1920/1948 : la phase d'installation, les premières publications

**• L'histoire du traitement des varices par la méthode sclérosante ne commence réellement qu'en 1920.**

La constatation de l'effet destructeur sur les veines du bras de l'injection de *novarsenobenzol*, très répandue dans le traitement de la syphilis, donna l'idée d'en utiliser le principe pour le traitement des varices. D'autres produits furent proposés à cet effet : certains connus, comme le *carbonate de soude*, bien vite abandonné à cause de son action dangereusement escarrifiante à la moindre goutte en dehors du vaisseau, *le salicylate de soude*, lui, au contraire, vite adopté, à cause de sa gamme d'utilisation, fonction de sa grande variété de concentration (12% à 60%).

Cette souplesse permettait de l'adapter à la sensibilité de l'endoveine, constatée très variable d'un sujet à l'autre, notion dont on eut vite conscience et dont il faut toujours tenir compte.

• C'est fort de ces nouvelles armes et des premiers résultats constatés que se créèrent des consultations spécialisées dans le traitement des varices et des ulcères de jambes, complication alors beaucoup plus fréquentes qu'actuellement : parmi elles, la consultation créée par le **Professeur Jean Sicard**, qui sera le foyer majeur de développement de la méthode sclérosante, grâce à la présence de médecins dynamiques dont le **Docteur Raymond Tournay.**

Alors apparaissent, dans de nombreuses revues médicales en France et à l'étranger, des publications qui permettent aux auteurs de se frotter aux expériences des uns et des autres, de mieux se connaître, d'échanger des résultats qui s'avèrent concordants et encourageants.

En 1929, **Raymond Tournay** publie aux éditions Maloine un livre « Les Varices, Pratique des Injections Sclérosantes » qui fait déjà le tour des connaissances de l'époque, avec une mise au point très détaillée de la technique et des précautions qui rendent le traitement sans danger. Ouvrage qui témoigne déjà de la maturité de la méthode.

On assiste à cette époque à l'extension des indications de la sclérose. La maîtrise de la sclérose des varices permet d'étendre la méthode à d'autres terrains, en utilisant des liquides adaptés, tel le *chlorhydrate double de quinine et d' urée, solution de 5% à 30%*. On traite ainsi les hémorroïdes, les kystes synoviaux, kystes du cordon, varicocèles,... Les indications se sont précisées depuis, mais les bienfaits de tels traitements sont toujours d'actualité.

**• Dès cette époque, la pratique des traitements médicaux des varices se perfectionne et exige de s'y consacrer complètement :** il y faut un entraînement et une expérience qui conduisent pour quelques uns à un exercice exclusif : il y a alors des **« Phlébologues »** qui ne s'appellent pas encore comme cela.

*Accepté le 26 mars 2009.*

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



• Il faudra attendre la naissance de la **Société Française de Phlébologie,** créée par **Raymond Tournay,** pour que le terme de **« Phlébologues »** soit de notoriété publique.

• Suivront les sociétés Allemande, Bénéluxienne, Italienne : toutes ces sociétés formant le creuset où vont s'échanger les pratiques, s'affirmer les expériences, aboutissant, toujours à l'initiative de Raymond Tournay à la création de l'**Union Internationale de Phlébologie** en 1959.

## III - 1948/1960 : les trois écoles

**Se dégagent de ces réunions, trois écoles ou tendances, aux pratiques assez différentes, avec pour chef de files K. Sigg en Suisse, W. Fegan à Dublin, et Raymond en France.**

**• 1/K. Sigg. Les exposés de K. Sigg font état de cas cliniques surprenants par leur importance :** varices vraiment monstrueuses et cependant images de résultats déconcertants.

Un certain scepticisme les accueille ; mais des expériences croisées (un patient traité pour une des deux jambes à Bilingen, contraint de quitter la région, nous présente à l'examen une jambe traitée et une jambe non traitée ;on a bien été obligé de constater le résultat), et d'autre part des visites à la consultation de Sigg viennent confirmer le sérieux de la méthode.

**• Sigg propose un traitement sur 2 à 5 semaines quelle que soit l'importance du cas : une séance par semaine, avec possibilité de rapprocher les séances.**

Le produit utilisé est la *Variglobin, solution iodo-iodurée* stabilisée de 2 à 12%, ( le pourcentage étant établi en iodure), 3 à 6 injections par séance, 3 à 5 cc.de produits en tout.

**• Voici les recommandations de Sigg :**

- Ne jamais commencer un traitement avant d'avoir fait disparaître tous les oedèmes jambiers par compression.
- Utilisation de grosses aiguilles : 14/10e.
- Technique « air-bloc » qui consiste à faire précéder l'injection du produit sclérosant de _ centimètre cube d'air par injection, jusqu'à 5 centimètre cubes au total, jambe tenue en position horizontale.
- Début indifféremment par la cuisse ou par la partie inférieure de la jambe
- Et complément indispensable : bandage compressif obligatoire par bande, limitée à la zone injectée mais la débordant, et souvent généralisé à tous le membre.
- Pas d'interruption d'activité.

**• Sigg termine son article en disant qu'il ne connaissait pas de « varices chirurgicales ».**

Tout en respectant et en admirant ses résultats, vue l'importance des cas proposés, il fut très peu suivi en France.

**• Hans Bernbach,** son élève, continue la méthode de sclérothérapie de Sigg et la pratique actuellement dans sa clinique à Lugano.

**• 2/ W. G. Fegan avait une approche un peu différente :** selon lui la pompe musculaire du mollet, rôle moteur du retour veineux, voyait son fonctionnement contrarié par l'existence des perforantes incontinentes, fuites vers la circulation superficielle, origines de dilatation à ce niveau, avec des conséquences de proche en proche de plus en plus invalidantes.

- Tout son examen, inspection, palpation, repérage en position debout, redécouverte en position horizontale ou semi-horizontale, consistait essentiellement à mettre en évidence ces perforantes insuffisantes pour pouvoir les détruire.
- Il préconisait donc l'injection de liquide sclérosant du *tétradécylsulfate de sodium* in situ au niveau de la source du reflux ou à proximité dans la veine qui en était issue ; plusieurs par séance, une séance par semaine suivi chaque fois d'un bandage bien adapté : « bandaging is the most important part of the technique » .
- Selon **Fegan,** les veines dilatées et tortueuses retrouvaient leur diamètre normal et leur tonus ; certaines valvules incontinentes pouvant voir se rétablir leur fonction normale, et les voies saphéniennes retrouver leur rôle.

**• Fegan** trouva en son élève **Mary Henry** une continuatrice convaincue.

A cette époque **Glauco Bassi** avait une conception plus multidisciplinaire du traitement. Dans sa clinique de Trieste, il en assumait lui-même la partie médicale et chirurgicale : ablation au crochet des perforantes perçues, sclérose ou chirurgie suivant les cas cliniques. Son élève **Lorenzo Tessari** fut le digne héritier de ses conceptions qu'il continue de développer.

**• 3/ Raymond Tournay. Très tôt, on l'a vu, Raymond Tournay avait décrit sa méthode.** On peut trouver dans le numéro du Concours Médical du 24 Juin 1928 une description très détaillée de sa technique que ses élèves ont retrouvé assez peu modifiée, au moment de la création de la **Société Française de Phlébologie** en 1947.

- Des conseils généraux, dont la notion de variabilité de la sensibilité du sujet à l'action de sclérosant qui oblige impérativement à tâter cette sensibilité en n'augmentant que progressivement la dose injectée, la dose efficace étant cependant atteinte assez rapidement.
- La quantité de produit injectée (sauf pour le Glucose à 66%) doit être limitée à 5 à 6 $cm^3$.

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



- **Le traitement sera conduit du bas vers le haut,** règle justifiée par la fréquence des ulcères de jambe, qui dans certaines consultations voisinait les 50% de consultants. Il fallait établir une barrière au reflux immédiatement sus-jacent, et étendre progressivement le traitement vers le haut. Le bienfait de cette pratique resta pendant longtemps un dogme applicable à tous les cas de varices.

*« Il faut scléroser toutes les varices en remontant vers la racine du membre jusqu'à la crosse de la saphène, et non seulement toutes les dilatations visibles, mais encore tout le trajet, même non ampullaire…simplement dilaté…Il faudra explorer tout le long de la face interne de la cuisse, de la jambe, derrière le mollet… ; c'est l'exploration du membre par le palper beaucoup plus que par l'inspection qui permet de déceler les trajets variqueux. Il ne faudra pas craindre de scléroser jusqu'à la crosse de la saphène. Il faudra également, avant de déclarer la cure terminée, bien s'assurer que les petites varices du pied notamment, que l'on avait négligées au début dans l'espérance que la sclérose des troncs sus-jacents suffirait à les soulager, sont bien réellement disparues, sinon il faudra…les scléroser à leur tour définitivement » (R Tournay).*

- **Les produits utilisés :** d'abord le *salicylate de soude*, le cheval de bataille de Raymond Tournay jusqu'à la fin de sa carrière (solution de 12 à 40%) ; outre son efficacité et l'étendue de sa gamme utilisable, il avait l'avantage de provoquer une douleur vive à la moindre goutte en dehors du vaisseau.

D'autres produits sont mentionnés, beaucoup tombés dans l'oubli, mais certains encore utilisables, comme la *quinine-uréthane solution à 15%*, mais limitée en quantité : pas plus de 3cm³ par séance. Pas de trace du *lugol* : il sera utilisé beaucoup plus tard.

- Aiguille de 15 5/10ᵉ et 4/10ᵉ, courtes 15mm.
- Injection de préférence en position semi-assise.
- Pas de bandage systématique, sauf en cas d'ulcère où il est impératif.
- Marche immédiate, pas d'immobilisation.

• **Ce sont ces indications que suivirent fidèlement et avec efficacité Raymond Tournay et ses élèves.**

Les réunions de sociétés et les congrès permirent de nombreuses confrontations et des ébauches de modifications qui ne virent vraiment le jour qu'aux abords des années 60.

• Echanges des pratiques en particulier avec les chirurgiens qui permirent d'établir les limites de la méthode, échange aussi des priorités : les chirurgiens étant axés avant tout sur les saphènes et en proposant la suppression avec de multiples variantes : stripping court, crossectomie élargie, stripping systématique des quatre saphènes à titre préventif.

**• 4/Vers les années 60, on prit conscience des faiblesses de la méthode sclérosante telle qu'elle avait été pratiquée jusque là :** la technique qui consistait à débuter par le bas visait directement soit les complications (les ulcères), soit ce qui avait motivé la consultation : douleur au niveau des jambes, aspect inesthétique des jambes variqueuses. Cependant, il s'est avéré avec le recul de l'expérience que cela engendrait des traitements parfois longs : il n'était pas rare qu'il faille une quinzaine de séances pour obtenir un résultat « satisfaisant » ; d'autre part les récidives pouvaient être relativement fréquentes, importantes et même précoces. Selon les maîtres de la méthode, elles étaient dues au fait qu'une certaine lassitude du patient ou une fausse appréciation du résultat conduisait à abandonner prématurément le traitement.

• L'enseignement des chirurgiens pour qui l'essentiel était au niveau des saphènes, attira avec insistance l'attention sur les reflux longs, ceux qui, justement, n'avait pas pu être atteints par la sclérose ascendante ; d'où l'idée d'inverser le processus, de commencer par la fin, de commencer par ce qui avait échappé au traitement.

**• 5/ A partir des années 60, la priorité attribuée aux saphènes devint systématique pour nous, quand l'examen révélait qu'elles étaient en cause.**

Les résultats vinrent rapidement confirmer le bien fondé de cette façon de procéder : traitements plus courts : il n'était pas rare de pouvoir terminer en 5 à 6 séances (moyenne, compte tenu de la variabilité des cas) ; résultats parfois spectaculaires, comme cette observation de grosses plaques de varicosités situées à la face interne du genou, ayant résistées à plus de dix séances de sclérose, s'effacer complètement dès la première séance où la sclérose de la saphène interne avait été obtenue ; moins de récidives autant qu'on pouvait en juger avec un recul encore insuffisant.

C'est à Essen, en 1966, que furent exposés les principes et les résultats de cette méthode. Elle fut d'abord accueillie avec un certain scepticisme. Restait à prouver son intérêt pour la pratique quotidienne.

## IV - 1966/1996 : les modernes

• La confirmation du bien-fondé de cette façon de concevoir le traitement s'établit progressivement dans les années qui suivirent.

• **Une grande rigueur était exigée dans l'établissement des protocoles et dans le suivi des traitements. Et**

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



**d'abord l'examen clinique : il peut paraître actuellement insuffisant ; il permettait cependant une lisibilité suffisante des dégâts et de leur cause.**

- Inspection en **position debout, palpation** qui permettait, en particulier à la cuisse de percevoir les trajets saphéniens dilatés, sous pression, invisibles à l'œil ; leur marquage sur la peau et dans un deuxième temps leur **transmission en position semi-assise** (jambes reposant sur le plan de la table, dos appuyé à 60°) retrouvés par la palpation. Il s'agissait bien de parvenir à présenter à l'aiguille la veine à piquer, d'en donner une *« visibilité tactile »*, de la « tenir » avec le troisième doigt de la main gauche, de la rendre présente tout le temps de l'opération.
- **Une petite astuce supplémentaire ajoutait encore à la sécurité :** le geste consistait à traverser la veine d'un seul coup de part en part, à incliner le corps de la seringue vers l'horizontale, à comprimer la face profonde de la veine avec l'aiguille vers la surface de façon qu'en la retirant légèrement en maintenant la pression, le passage de la pointe à l'intérieure de la veine libérant la pression, produise une sensation de ressaut perceptible par l'opérateur qui aspire en même temps le sang veineux qui vient franchement dans la seringue. Le ressaut plus l'issue de sang confirmait à coup sur la bonne position de l'aiguille. Il n'y avait plus qu'à injecter attentivement.
- **Les produits les plus couramment utilisés étaient le salicylate de soude, le trombovar, l'iode et plus récemment l'Aetoxisclérol.**

Certains ajouts s'étaient avérés très utiles : quelques gouttes de salicylate dans le trombovar pour le rendre sensible dès la première goutte extravasée ; quelques gouttes de xylocaïne dans le salicylate pour diminuer l'effet de crampes.

- **Les quantités injectées sont toujours restées relativement modérées :** en moyenne pas plus de un à trois centicubes de trombovar à 3% par injection et deux injections par séance. Au-delà il convenait de renoncer à l'indication de traitement par sclérose et de passer à un autre mode de traitement.
- **Un protocole de progression avait été retenu :** dans les cas où on doutait des chances de résultat : essai sur 5 séances : 3 séances de trombovar de 1 à 3% ; 3 à 6cc au total par séance ; puis Variglobin 3cc à 4% et 6% (en iode). Au-delà il convenait de ne pas insister.
- **L'injection se pratiquait en position semi-horizontale, suivie d'un changement de position du membre dans le but de faire progresser le liquide dans la veine :** soit vers le bas en abaissant la jambe en dehors de la table, soit vers le haut dans un second temps, en la plaçant sur un repose pied, pour la vider de son contenu et favoriser le spasme consécutif.
- Habituellement pas de bandage et marche immédiate.
- Les conditions de succès de l'ensemble du traitement reposaient avant tout sur la qualité de l'examen d'une séance à l'autre : à chaque séance devait se répéter la rigueur de l'examen initial. Pratiquer la sclérose des varices exigeait une implication constante, éclairée, qui n'admettait pas le moindre amateurisme. Il n'y avait sans doute pas, à cette époque, les possibilités des investigations que l'on possède aujourd'hui, mais tout reposait sur des constations sérieuses qui permettaient de faire un point réel du progrès des résultats.
- Après obtention de la sclérose de la saphène pouvait subsister des varices jambières qui ne dépendaient pas des reflux longs. Il convenait alors de les scléroser à leur tour.
- Les traitements étaient revus après six mois ou un an selon les cas et ne nécessitaient rarement plus d'une ou deux séances de reprises.

• **Des modifications intervinrent assez rapidement.**
L'accent mis sur la nécessité d'obtenir une sclérose totale du tronc de la saphène (la fameuse sclérose des crosses) fut ébranlé par quelques accidents dramatiques dus à des erreurs de technique : au lieu d'injecter dans la saphène, on avait pénétré dans l'artère fémorale au niveau du pli de l'aine.

• **On préconisa alors un niveau d'injection un peu plus bas :** quatre à cinq travers de doigt au dessous du pli de l'aine, et on ne constata aucune différence quant à l'efficacité.

- Dans le même temps, les chirurgiens qui eux aussi attribuaient les récidives à une saphénectomie incomplète et préconisaient la crossectomie élargie, découvraient le rôle de la valvule sous-ostiale et tendaient à respecter la crosse elle-même, lieu de convergence de veines secondaires.

• **Dans les années 90, d'autres innovations seront proposées dont parleront les auteurs suivants.**

## V - Conclusions

• **Il convient d'insister sur le service irremplaçable que constituera toujours la palpation :** elle permet de conforter toute autre investigation, de confirmer un examen ou de mettre en doute ses conclusions par un **Echo-Doppler**.

• Concordante la **palpation** constituera une assurance indispensable pour la conduite d'un traitement qui nécessitera toujours une attention de tous les instants.