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 2011, 64, 4, p. 47-52

Communication à la Société Française de Phlébologie. Séance du 24 février 1951.

French Society of Phlebology (24th February 1951).

Le traitement des varices et des phlébites superficielles et profondes. Méthode sclérosante et compressive.

Dr Sigg K. (Binningen-Bâle, Suisse)

La slérose des varices

Le meilleur traitement des varices, quant à moi, est l'injection sclérosante. Il n'existe pas, jusqu'ici, de médication interne qui soit efficace.

Cette médication devrait pouvoir combattre le facteur constitutionnel qui cause le relâchement des tissus.

Mais, de nos jours, et pour autant que l'on puisse imaginer ce que nous réserve le proche avenir, cela nous paraît peu plausible.

C'est pourquoi, nous en sommes réduits à une thérapeutique symptomatique, à traiter les varices en les excisant ou en les injectant. Les excellents sclérosants modernes mettent de plus en plus l'injection des varices à la portée du médecin praticien, en Europe du moins.

Un bon sclérosant doit présenter les qualités suivantes :

1°) Être indolore et ne pas déclencher de spasme à l'injection.
2°) Comporter un danger de nécrose réduit à son minimum.
3°) Causer le moins possible de réaction allergique.
4°) Avoir une faible viscosité et être actif à petites doses.

Voici, brièvement décrite, la technique que j'ai adoptée en prenant particulièrement soin, lors de chaque traitement, de respecter les points suivants :

1°) N'injecter que de très petites quantités de sclérosant. La première injection ne devrait pas dépasser 1/2 cm^3 de Varsyl, 1 cm^3 de Néosclérol, 1 cm^3 de Sotradécol à 1 % ou 1/2 cm^3 de Sotradécol à 3 %. La méthode d'injection avec air-bloc, pour la première fois décrite par Orbach, rend la sclérose beaucoup plus efficace.
2°) Ne jamais employer un garrot.
3°) Employer une grosse aiguille de 1,4 mm de diamètre et une seringue très libre.
4°) N'injecter que lorsque la jambe se trouve en position horizontale.
5°) Ne pas laisser le sujet retourner à la maison sans avoir appliqué, à la jambe traitée, un pansement compressif serré.
6°) Ne jamais pratiquer les injections sur des malades alités et éviter que le patient reste étendu après le traitement.

Malgré ces précautions, des complications peuvent survenir parfois, que chaque médecin doit connaître s'il veut faire des traitements sclérosants.

Ce sont tout d'abord :

1°) Les embolies

Il n'y a pratiquement pas de danger d'embolie. Sur 53 000 injections sclérosantes, M.C. Pheeters ne signale que 4 cas d'embolies pulmonaires mortelles, soit 0,075 %. Linser, sur 75 000 injections de solutions de chlorure de sodium, a vu 4 embolies pulmonaires. Pour ma part, ayant fait jusqu'ici 40 000 injections sclérosantes, dont 22 000 de Varsyl, 6 000 de Varicocid, 7 000 de Sotradécol, et les autre de Néosclérol, de glucose, de salicylate de soude, de chlorure de sodium, d'iode (sol. Lugol), de quinine-urée, de mercure, je n'ai noté qu'une seule embolie pulmonaire, légère, non mortelle.

2°) Les nécroses

Grâce à la technique que j'emploie actuellement, je n'ai plus provoqué de nécrose dans mes 25 000 dernières injections et, pour éviter une nécrose, la technique est très importante. En outre, les dérivés d'acide oléique, dont l'affinité pour l'endoveine est spécifique, n'en provoquent que lors d'injections paraveineuses importantes.

3°) Les phénomènes allergiques

Ils peuvent se produire dans chaque cas. Leur fréquence, selon ma propre expérience, est de 0,2–0,5 % avec les préparations d'acide oléique et Sotradécol.

Ils revêtent la forme de réactions anaphylactiques locales, parfois d'urticaire généralisée.

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

Je n'ai vu jusqu'ici que 3 chocs graves, dont aucun ne fut mortel. Les nouvelles préparations antihistaminiques, telles que le Bénadryl ou le Synopène, se montrent efficaces contre les chocs, beaucoup plus que les injections d'adrénaline préconisées jusqu'ici. Il ne m'appartient pas ici de m'étendre davantage sur ce sujet, votre secrétaire, M. Tournay, ainsi que le Dr Vieville, pourront vous donner des renseignements beaucoup plus avisés.

4°) Des périveinites peuvent de produire en dépit d'une technique très soigneuse. Elles sont parfois causées par un surdosage, mais peuvent aussi apparaître lorsque d'importants œdèmes préexistaient au moment de l'injection ou lorsque l'endroit injecté n'a pas été assez fortement bandé par la suite. Ce dernier point explique pourquoi les périveinites sont plus fréquentes à la cuisse, où il est difficile de fixer un pansement compressif. Il subsiste fréquemment aussi du sang liquide dans le nodule variqueux. L'application d'un pansement compressif, avec un morceau de caoutchouc intercalé, et l'incision des hématomes intra-variqueux entraînent rapidement la guérison.

5°) L'incision évacuatrice des hématomes intra-variqueux

Cette petite intervention est très importante pour le traitement des varices et des phlébites superficielles. Elle a été décrite tout d'abord par Tournay, puis par le Suisse Blanchod, par moi-même et par l'Américain Orbach.

Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de rappeler ici les éléments du diagnostic de l'hématome intra-variqueux. Je procède habituellement sans anesthésie, en incisant rapidement et résolument au moyen d'un petit scalpel pointu, et j'exprime, d'une forte pression latérale, la masse sanguine mi-liquide, mi-coagulée. L'incision n'est pas seulement importante dans les cas d'hématomes intra-variqueux mais aussi et surtout dans les phlébites aiguës des varices superficielles. Traitées ainsi, les varices sont plus rapidement réduites et se recanalisent moins facilement par la suite. Les douleurs violentes des phlébites des varices, par exemple, disparaissent presqu'instantanément à l'incision.

Après cette petite intervention, il est important d'appliquer un pansement compressif serré sur toute la jambe. On favorise ainsi l'accolement définitif des parois veineuses et diminue le risque d'un remplissage ultérieur de la varice. Dans 20 % environ des traitements que j'ai conduits, j'ai été contraint d'inciser, avant tout lorsqu'il s'agissait de varices importantes.

6°) Varices de la grossesse

Je n'ajouterai rien à ce propos à l'excellent ouvrage du Dr Tournay et du Dr Wallois, *Les varices de la grossesse*, sinon que j'estime que le pansement compressif représente un excellent complément au traitement.

Jusqu'ici, j'ai soigné 350 femmes enceintes porteuses de varices. Toutes étaient fortement menacées, les unes étant atteintes d'une maladie variqueuse prononcée ou des phlébites superficielles, les autres ayant fait auparavant une phlébite profonde. Une seule de ces malades fit une légère embolie, trois semaines après son accouchement. Elle n'avait d'ailleurs pas toujours appliqué de pansement compressif pendant sa grossesse, malgré de pressants avertissements, et l'avait négligé après l'accouchement.

7°) Récidives après oblitération de varices

Un traitement sclérosant ne peut malheureusement pas modifier la tendance constitutionnelle aux varices. La nature même de cette affection implique toujours des récidives.

Cependant, j'ai traité, il y a 5 ou 7 ans, de nombreux malades qui n'ont pas présenté de récidives. Il en existe d'autres, par contre, qui reviennent, au bout de 1 à 2 ans avec de nouveaux cordons variqueux isolés. Ceux-ci sont généralement encore peu importants et se laissent réduire en une ou deux séances. De toute façon, on est en droit d'affirmer aux patients que ces varices sont moins importantes et moins nombreuses que si aucun traitement n'avait été appliqué auparavant.

Quand il s'agit de nodules ou de cordons variqueux isolés, subsistant sans modification depuis plusieurs années, la guérison est habituellement définitive, et particulièrement s'il n'y pas de grossesse intervenant. Il n'existe pas de procédé qui donne des résultats supérieurs.

L'extirpation chirurgicale, si radicale qu'elle soit, peut aussi être suivie de récidives, exactement comme la méthode sclérosante. On range aussi très souvent au nombre des récidives des varices qui ont été incomplètement obturées.

C'est pourquoi il est important de contrôler le résultat du traitement au bout de 6 mois. Il arrive aussi que des cordons qui étaient durs immédiatement après l'injection ne soient pas définitivement sclérosés et redeviennent perméables par la suite, surtout s'il se produit un hématome intra-variqueux. L'incision de ces hématomes diminue sensiblement la fréquence des récidives.

L'argument principal de ceux qui s'opposent à la sclérose des varices est précisément la proportion élevée des récidives. Tous les entretiens que j'ai eus avec les chirurgiens américains me l'ont confirmé. Garber, par exemple, en arrive à conclure: *« The benefit, if any derived from sclerosing injections is at best temporary nature »*.

C'est la raison pour laquelle on pratique relativement peu, aux États-Unis, la sclérose des varices, bien qu'on y ait à sa disposition un sclérogène très puissant, le Sotradécol.

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

Communication à la Société Française de Phlébologie.
Séance du 24 février 1951.

Ce traitement est réservé aux varices de moindre importance et au cas où l'excision chirurgicale ne peut être complète. À l'occasion, les sclérosants sont aussi employés en injection rétrograde, après ligature de la saphène. J'estime que 80 % de porteurs de varices sont opérés. Les médecins américains opèrent avant tout les grosses varices, car ils ne croient pas du tout à l'efficacité des sclérosants dans ces cas-là.

Cependant, je crois pouvoir affirmer, d'après ce que j'ai observé aux États-Unis, qu'on voit tout autant de récidives après les extirpations chirurgicales qu'après des injections sclérosantes bien conduites. Si un opérateur prétend ne jamais voir de récidives, comprenons que c'est sur des veines extirpées qu'il n'en voit pas ! Cependant, selon la constitution et la profession du patient, il est possible que de nouvelles varices réapparaissent, très rapidement. J'en ai d'ailleurs observé 9 mois après une extirpation chirurgicale, exactement en dessous de la cicatrice de l'extirpation radicale – le soi-disant « stripping » – varices même plus grosses que les précédentes.

Et si on veut constater, après les traitements sclérosants, des récidives plus nombreuses qu'après les opérations, cela provient de la technique d'injection. Presque toujours, on injecte le sclérosant alors que le patient est debout, trop souvent aussi on n'incise pas l'hématome qui se forme, et l'on applique trop rarement un pansement compressif.

Mais il n'y a pas de risque de récidive après un traitement sclérosant bien conduit qu'après une intervention chirurgicale, la première méthode étant même plus physiologique que l'autre.

Elle permet d'atteindre sélectivement le segment veineux dans lequel la circulation est déficiente, parce que le sclérosant séjourne plus longtemps là où la circulation est mauvaise et agit sur les veines malades présentant une stagnation du sang, tandis qu'il ne peut avoir d'action sur les endroits avec circulation rapide. Pour cette raison, elle agit plus profondément et plus sélectivement sur les veines malades que ne le ferait une opération, fût-elle conduite par le meilleur et le plus expérimenté des chirurgiens.

L'opération, en effet, n'est qu'une méthode assez grossière, elle ne permet d'enlever que le cordon qui se signale de l'extérieur par son aspect variqueux. Beaucoup d'autres veines, qui peuvent aussi être en mauvais état et dans lesquelles le sang circule mal, mais qui ne peuvent pas être aperçues pendant une opération, ne sont pas traitées par l'opération, elles se dilatent et forment très vite de nouvelles varices. Si la technique de l'injection sclérosante est exactement appliquée, il est possible de réduire aussi les petites varices.

Dans les cas de maladie variqueuse étendue, il est à peine possible, chirurgicalement, d'atteindre toutes les varices ; le chirurgien se voit presque toujours contraint de recourir au traitement sclérosant pour celles qui restent.

Afin d'obtenir de bons résultats, il est nécessaire d'employer un bon sclérosant et, avant tout, une technique excellente.

Il est faux, et contre-indiqué, de fixer un garrot lors de l'injection comme cela se fait encore en bien des endroits. On ne fait ainsi que changer les conditions de circulation déficiente et on empêche le sclérosant de développer sélectivement son action dans le secteur veineux précis où la circulation est défectueuse. C'est là qu'il doit demeurer le plus longtemps possible, tandis que son effet doit être nul, dans les veines intactes.

Toute influence extérieure sur la circulation, le garrot par exemple, qu'il soit placé au-dessus ou au-dessous de l'endroit à traiter, diminue cette action sélective et, par conséquent, est une erreur.

Lorsque l'on fait l'injection en tenant compte de ces observations, on atteint des régions où le chirurgien ne peut arriver.

C'est pourquoi je suis d'avis qu'une injection bien faite peut donner un résultat meilleur et plus durable qu'une opération. Et en outre, j'approuve pleinement Tournay lorsqu'il dit : « Combien de fois n'avons-nous pas eu à intervenir chez un sujet opéré 1 an, 2 ans, 10 ans auparavant. On ne m'enlèvera pas de l'idée qu'il est plus aisé de guérir à nouveau ces malades par quelques injections que de réintervenir chirurgicalement. »

Afin de confirmer cette affirmation et de retour d'Amérique, j'ai pris le soin de contrôler une centaine de patients après traitement effectué de 1 à 8 ans auparavant. De ces malades contrôlés, tous ont eu des varices de gros calibre et un grand nombre a eu, en plus des varices, des phlébites, des ulcérations, des œdèmes et des eczémas.

De cette centaine de malade :

– 35 % n'ont montré aucune récidive ;
– 38 % ont eu des récidives très légères qui n'ont même pas nécessité un traitement ou qui ont été de nouveau traitées et ont fini en une à deux séances ;
– 17 % ont eu des récidives à peu près de la moitié de l'état antérieur au traitement ;
– 10 % seulement ont eu, de nouveau, des récidives de même ampleur qu'avant le traitement.

Mais pas un seul de ces malades ne m'a dit ne pas avoir eu une grande amélioration subjective après le traitement. Et aucun ne s'est opposé à se traiter une seconde fois, s'il était nécessaire.

Les observations de Salomon sont identiques. Sur 60 patients qu'il avait traité à la quinine-uréthane, il a pu en revoir 15 au bout de 13 ans. Chez 6 d'entre eux seulement, il fallut un nouveau traitement.