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

Karl Sigg aurait mérité d'inventer l'écho-Doppler !

Karl Sigg deserved to invent Doppler Ultrasound!

Creton D.

Quand on lit cet article de Karl Sigg, article qui a 60 ans, plusieurs remarques s'imposent.

Premièrement, la sclérothérapie était déjà bien maîtrisée à l'époque.

Bien sûr, aujourd'hui, la sclérothérapie à la mousse a permis de la rendre plus efficace et moins dangereuse que l'injection dite avec air block.

Beaucoup de produits existaient déjà à l'époque !

Les consignes d'injection d'alors sont encore d'actualité :

- n'injecter que des petites quantités ;
- injecter sur la jambe en position horizontale ;
- mettre un pansement compressif à la sortie du cabinet ;
- ne jamais laisser les patients alités longtemps après l'injection ;
- éviter l'apparition « d'hématomes intravariqueux » ;
- évacuer les thromboses intravariqueuses pour supprimer la douleur et favoriser l'efficacité de la sclérose.

Dans son expérience, les complications étaient rares : une seule embolie pulmonaire appelée « légère, non mortelle » sur 40 000 injections, aucune nécrose sur 25 000 injections, 0,2/0,5 % d'allergies avec le tétradécyl sulfate.

Deuxièmement, il existe un chapitre intéressant et très étonnant sur la comparaison du risque de récidive après sclérothérapie et chirurgie des varices.

À cette époque, en l'absence d'examen écho-Doppler, le sclérothérapeute avait un petit avantage sur le chirurgien.

En effet, comme l'explique Karl Sigg, l'injection du produit sclérosant 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 où le sang stagne* », tandis qu'il ne peut avoir d'action sur « *les endroits avec circulation rapide* ».

C'est pour cela aussi qu'il conseille de ne pas utiliser de garrots qui pourraient changer les « *conditions de circulation déficiente* ».

Cette idée permet de comprendre que l'injection sclérosante peut toucher des veines qui ne sont pas visibles directement sous la peau par l'opérateur.

Cette idée présente aussi de nombreux biais comme le fait que la perturbation hémodynamique soit visible surtout en position debout et que les reflux à grande vitesse, qui ne sont pas des zones stagnantes, n'en sont pas moins des zones pathologiques.

D'un autre côté, le chirurgien qui ne peut retirer que ce qu'il voit avec les doigts et les yeux, est bien sûr plus fortement handicapé.

Le plus important de cet article, c'est l'énorme impression d'absence et de manque ressenti inconsciemment par l'auteur, manque de quelque chose que ne pouvait pas connaître celui qui a écrit cet article, c'est-à-dire l'examen écho-Doppler qui permet aujourd'hui de voir un peu plus ce qui échappe aux doigts et aux yeux.

Karl Sigg aurait mérité d'inventer l'écho-Doppler !