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 ANNALES VASCULAIRES 2012, 65, 3, p. 49-52

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLEBOLOGIE

Analyse publiée dans le Bulletin de la Société Française de Phlébologie, n° 1, janvier-mars 1951.

Analysis published in the Bulletin of the French Society of Phlebology, n° 1, january-march 1951.

par Tournay R. et Wallois P.

Les Phlébites, Phlébographies, Clinique et thérapeutique de la maladie thrombo-embolique

Leger Lucien et Frileux Claude

À la lumière de la phlébographie et grâce aux recherches et aux travaux que lui ont consacrés des auteurs de plus en plus nombreux, le concept de la classique *phlegmatia alba dolens* avec son arrêt de stricte immobilisation a vécu.

Il a été disséqué, démantelé et rebâti, sur des bases nouvelles ; lui a succédé un ensemble beaucoup mieux compris : la maladie thrombo-embolique dont les composants sont autant de formes cliniques, autant de maladies différentes, à chacune desquelles peut être opposée une thérapeutique active particulière.

C'est cette maladie thrombo-embolique qui est magistralement étudiée par **Léger** et **Frileux** dans l'ouvrage qu'ils proposent à notre lecture.

De nombreuses observations cliniques, une technique rigoureuse et une grande habitude de la phlébographie, des contrôles opératoires, des contrôles nécrosiques ont permis aux auteurs d'arriver à des conclusions pathogéniques, cliniques et thérapeutiques très précises qu'ils nous exposent dans leur détail avec une clarté didactique extrêmement agréable.

Après un chapitre de pathogénie et d'anatomie pathologique, où sont exposés le mode de formation puis d'accroissement du caillot et les différents stades évolutifs de la thrombose, phlébo-thrombose, thrombo-phlébite et intermédiaires, **la phlébographie fait l'objet de développements des plus intéressants et des plus complets**.

Sa technique, simple, doit être rigoureusement appliquée : injection dans la saphène externe rétro-malléolaire de 20 cc. de diodone à 35 %. Injection poussée lentement : au moins 50 secondes. Le cliché est pris au moment où l'on pousse le dernier centimètre cube.

Sont également précisées les techniques destinées à opacifier les veines iliaques et la veine cave, les veines pelviennes et hypogastriques.

Les auteurs donnent également les modalités de la technique de l'injection médullo-osseuse et ses résultats.

Grâce à ces techniques ont pu être établis des phlébogrammes normaux : on connaît donc mieux la physiologie du retour veineux aux membres inférieurs, et on sait préciser les limites supérieure et inférieure des thromboses, leur siège de début et les limites de leur extension.

La phlébographie prouve ainsi la quasi constance du début sural ou pédieux, la fréquence de la bilatéralité et la rareté des autres sièges initiaux : veines du système de la fémorale profonde ou de l'hypogastrique ou encore axe fémoro-poplité lui-même.

Grâce à des phlébographies, faites au moindre soupçon chez leurs opérés, le diagnostic de phlébite a pu être porté précocement : une plus grande connaissance ***clinique*** fut ainsi acquise ; et certains signes jusque-là passés inaperçus, mal ou insuffisamment interprétés, ont pris toute leur valeur symptomatologique.

C'est ainsi que les auteurs nous proposent quelques conclusions cliniques très intéressantes.

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 non-retour à 37°, ou au-dessous, de la température post-opératoire et sa persistance, en plateau à petites oscillations, en l'absence d'une suppuration pariétale ou profonde reconnue, constitue un des éléments – le plus constant sans doute – qui doit faire redouter l'apparition d'une thrombose ».

Les crampes d'apparition brusque, une pesanteur, une sensation de tension des masses musculaires, une douleur sourde, des fourmillements provoqués par le mouvement, les troubles des réservoirs (dans les phlébites pelviennes), doivent donner l'alarme.

L'angoisse, accompagnée ou non de troubles du rythme cardiaque, de dyspnée, de crises angineuses ou de lipothymies, est un syndrome fréquent au cours des thromboses veineuses. Elle serait, d'après les auteurs, déterminée par des micro-embolies pulmonaires à répétition. Ils la considèrent comme un avertissement grave, et l'indication majeure à intervention.

Les auteurs étudient successivement les différentes formes topographiques des thromboses : thrombose à début distal, thrombose à début proximal ; la thrombose variqueuse isolée, les thromboses des veines iliaques primitives et de la veine cave inférieure.

Ils consacrent à celles-ci une étude clinique très détaillée, inspirée des travaux de Martorell, où sont soulignés : l'importance de l'œdème qui remonte sur la racine des cuisses, les lombes et la paroi abdominale jusqu'à l'ombilic ; les troubles de la miction et de la défécation ; la gravité des escarres, d'installation rapide, et vite creusantes ; la relative fréquence de la gangrène des membres inférieurs, exceptionnelle dans les autres formes de phlébite.

Parmi les formes étiologiques, les auteurs montrent la fréquence et l'intérêt des formes post-traumatiques et post-fracturaires: y sont réunis tous les éléments favorables à l'éclosion d'une phlébite : attrition des parties molles avec libération de thromboplastine, immobilisation, séjour au lit. C'est l'indication majeure de l'intervention veineuse chirurgicale à titré curatif et même à titre prophylactique.

Le *traitement* de la phlébite a été considérablement modifié.

À l'immobilisation stricte, néfaste dans ses conséquences, qui était et reste encore pour beaucoup le traitement classique, les auteurs opposent des méthodes beaucoup moins expectatives : méthodes médicales : mobilisation active, lever précoce dès la 48e heure, lutte contre la stase circulatoire, traitement vaso-dilatateur... et surtout méthodes chirurgicales sur lesquelles les auteurs s'étendent longuement et dont ils exposent indications et techniques avec tous les détails pratiques nécessaires.

Selon eux, le meilleur traitement chirurgical des phlébites est la ligature veineuse après thrombectomie d'aval.

Dans les thromboses jambières, la ligature portera sur la fémorale superficielle, au ras de l'abouchement avec la fémorale profonde, de façon à éviter tout recessus susceptible d'être le point de départ d'un nouveau processus thrombogène.

Dès qu'il existe des signes cliniques à la cuisse, mieux vaut chercher d'emblée à opérer en zone saine sur les iliaques et mieux sur la veine cave inférieure ; l'intervention sur la veine-cave constituant, disent les auteurs, un acte chirurgical simple, sans conséquence en lui-même, et d'efficacité certaine, que l'on doit toujours préférer aux interventions plus limitées s'il existe un doute sur le siège et l'étendue de la thrombose.

Quant aux *anticoagulants*, ils constituent la base du traitement.

L'intervention veineuse leur sera associée si on ne peut mobiliser le malade, ou s'il existe un long caillot flottant.

L'héparine sera toujours préférée. Le Dicoumarol lui sera parfois associé pour prolonger la durée du traitement, mais avec prudence.

Dans un dernier chapitre, les auteurs étudient la maladie post-phlébitique, constituée cliniquement par les trois éléments bien connus : l'œdème, l'induration, l'ulcère.

Ici encore, la phlébographie a permis de mieux connaître l'étiologie de ces différents troubles : la plupart des auteurs les attribuaient jusqu'à présent à la seule non-reperméabilisation des troncs veineux thrombosés, associée à l'insuffisance des voies de suppléance.

La phlébographie a confirmé ce qu'avaient déjà avancé certains phlébologues habitués à scléroser des varices post-phlébitiques, à savoir que la reperméabilisation était très fréquente, précoce, mais imparfaite, laissant subsister une veine plus ou moins atone, sans valvules, à parois épaissies, à circulation souvent inversée.

Le rôle de cette veine pathologique dans la maladie post-phlébitique n'est pas admis par tous, cependant « ... se développe actuellement, dans le traitement de la maladie post-phlébitique, une chirurgie à tendance mécanique qui vise à améliorer les conditions hydrostatiques du retour veineux. Son but essentiel est de supprimer toutes les voies superficielles ou profondes, par lesquelles se produit un reflux de haut en bas en position debout ».

Les conclusions à tirer du travail de **Léger** et **Frileux**, c'est que « dans l'ensemble, le traitement de la maladie post-phlébitique ne saurait être que palliatif ; difficile et de résultats incertains ; il ne rendra jamais les jambes absolument normales. Des précautions devront être observées la vie durant ».

D'où l'importance capitale de la prophylaxie des thromboses et de leur diagnostic précoce, un traitement actif, tôt entrepris, empêchant leur extension au-dessus du genou et prévenant l'installation de dégâts irréparables.