

Auteur présente un cas clinique où la méthode ocalexique a permis une obturation totale de l'endodontie, sans intervention instrumentale intra-canaulaire.

La molaire de Madame M.

par le Docteur André DUCROT (*)
Chirurgien-Dentiste - 74420 Boège

Ce texte n'est pas une observation. Il n'en possède ni la rigueur, ni le sérieux scientifique dans l'expression. C'est plutôt une histoire comme s'en racontent des praticiens parlant métier. Il est pourtant l'expression de la vérité clinique scrupuleuse et, à ce titre, mérite réflexion.

Madame M... est une petite obèse à souffle court qui, sans présenter de pathologie particulière, mérite quelque prudence en matière d'anesthésie. Son médecin m'a dit : « peu à la fois et le moins souvent possible ».

Elle se présente, porteuse d'une 46 qui mérite amplement la dépulpation.

Je pratique une intraseptale du côté distal.

Tout va bien jusqu'à la découverte de la corne pulpaire mésiale, qui se révèle sensible, suffisamment pour interrompre l'intervention. J'hésite à pratiquer une intrapulpaire pour les raisons susdites et je place un arsénieux sur la corne découverte.

Les suites sont bonnes. La patiente n'a pratiquement pas ressenti l'action du nécro et la pul-

potomie camérale a lieu cinq jours plus tard, sans anesthésie et sans histoires. Par contre, il subsiste une légère sensibilité à l'entrée des canaux qui, sans être exquise, interdit la pulpotomie canalaire.

Je me trouve dans une situation bien facile à résoudre par les méthodes historiques, soit par coiffage, soit par pulpotomie canalaire différée après application nécrasante et coagulante. Je préfère toutefois utiliser un procédé que j'ai banalisé pour le traitement des dents lactéales, et publié en son temps.

Je considère en effet que les similitudes sont suffisantes pour justifier ce recours, à savoir :

- présence de pulpe résiduelle dans l'endodonte,
- peu de renseignements sur l'état de vitalité du contenu endodontique,
- chambre pulpaire vidée de son contenu et donc apte à retenir une ample réserve de médicamenteusement.

Je remplis donc la chambre de Biocalex 6-9, et j'obture provisoirement.

Je revois la patiente deux semaines plus tard. Les signes subjectifs sont nuls. Je trouve la chambre pulpaire bien emplies d'un ciment dur sur lequel j'obture de manière définitive.

Environ une année plus tard, Madame M... se présente, désolée. Toute la partie linguale de la couronne s'est cassée, laissant de ce côté une sorte de large épaulement, parfaite coupe horizontale au niveau du collet.

La situation est idéale pour la confection d'un inlay-core.

Je débarrasse la chambre pulpaire de son ciment ocalexique, toujours aussi dur et intact qu'aux premiers jours, et j'aborde avec appréhension l'alésage du canal distal, qui devrait me servir à situer un tenon, mais dont je sais qu'aucun instrument n'y est jamais passé et que la pulpe y a été laissée vierge, en quelque sorte, hormis l'action incomplète du nécro.

La radio, développée entre temps, me montre, à ma stupéfaction, une obturation canalaire parfaite, d'une opacité étonnante, alors que je m'attendais plutôt à l'image d'un bouchon à l'entrée des canaux.

À y regarder de plus près, je remarque que cette obturation canalaire, d'une opacité nettement plus marquée que celle de la dentine environnante, ne présente pas de limites bien nettes entre le trait du canal et la densité de la dentine. Il y a plutôt, le long de cette limite, une sorte de flou artistique qui fait penser à un léger bougé. Par ailleurs la radio est bien nette, les trabécules osseuses sont fines et bien dessinées, le contraste de l'image de la couronne sur le noir du film est parfait. J'en conclus que ce flou péricanalaire est le résultat d'une pénétration de la matière obturatrice dans les multiples canaux secondaire, aberrants et supplémentaires, ainsi que vraisemblablement

(*) Les opinions exprimées dans cet article engagent la seule responsabilité de l'auteur.

dans les canalicules dentinaires et de cette sorte d'éponge à contenu organique que constitue la dentine et que les recherches des ocaléxistes ont largement mis en évidence.

Je suis en présence d'une véritable obturation endodontique exhaustive, au sens strict du mot.

L'alésage du canal se poursuit facilement dans une matière d'un blanc pur analogue à de la craie, que je baptise carbonate de calcium, et jusqu'à une butée franche à environ deux millimètres de la région apicale où je m'arrête.

Cette butée franche est de la dentine dure.

La situation est évidemment identique dans le canal mésio-

vestibulaire dont je n'utilise que deux millimètres.

La suite de l'opération relève de la prothèse unitaire et n'intéresse donc plus l'endodontie.

Un certain nombre de questions se posent à la suite de cette observation, auxquelles les ocaléxistes pourraient répondre, et auxquelles d'ailleurs l'un des plus éminents a répondu dans une lettre personnelle. Rien d'inattendu dans cette découverte qui n'en est pas une pour les praticiens expérimentés de la méthode. Pourtant, si ma naïveté apparente répond à un souci d'objectivité, je pense qu'il faut examiner avec soin les résultats de cette intervention et en dégager la leçon qu'elle com-

porte. Une pulpectomie exhaustive au-delà des certitudes de l'endodontie classique, suivie d'une obturation totale de toutes les arborescences de l'endodonte microscopique, et cela sans la moindre intervention instrumentale dans les canaux, n'est pas chose banale.

Je laisse bien volontiers la parole aux maîtres de la méthode ocaléxique pour les commentaires qu'ils voudraient bien apporter à ce compte rendu, persuadé que nous tenons ici l'ouverture à un concept endodontique intéressant en ce qu'il développe de nouvelles possibilités de l'application de ce procédé à des dents vivantes, là où précisément la méthode de Bernard a toujours auparavant trouvé ses limites.

Symbioses Revue de biologie humaine et animale

A paraître :

Biologie et sport (XIII) - (1984, vol. XVI, n° 3).

SOMMAIRE

Les sports acrobatiques

- J. BIAU : Le médecin et les sports acrobatiques.
D. BARRAULT : Manifestations psycho-somatiques liées à la compétition.
M. RIEU : Supports physiologiques du stress et de la vigilance.
J. SEGAL : Les méthodes de relaxation en milieu sportif.
J.F. FAVRE : La posturologie en acrobatie.

Autres articles :

X. DAUBÉ, M. PRUVOST, H. LAMENDIN et J. KLEPPING : Corrélations éventuelles entre taux d'anxiété, tabagisme, état bucco-dentaire et consommation alimentaire chez des sportifs de haut niveau.

bibliographie

- L. JEANNENOT : Incidences au niveau buccal du milieu ambiant chez le nageur de compétition.
A. SLIMANI, A. BOUHAFED et H. LAMENDIN : Note à propos de modifications histologiques parodontales chez un haltérophile.
M. DELAUNAY : L'homéopathie en milieu sportif. (1984, vol. XVI, n° 4)

SOMMAIRE

- M. FONTAINE et M. AYMARD : Gripes humaines et animales. Aspects épidémiologiques.
Ph. DESMETTRE : Apport de la biotechnique à la production de vaccins vétérinaires.
J.G. FERRAND : Les mécanismes de la vitellogenèse chez les Astérides.
R. NASSO et R. MOUTIER : Le rat diabétique B.B. insulino-dépendant.
R.M. NOSSINTCHOUK : Intérêt de la photogrammétrie pour l'étude des variations morphologiques quantitatives de la sphère crânio-faciale lors des phénomènes de crémation expérimentale. Apport de cette méthode d'investigation en médecine légale.

Prix du Numéro : 48 F.

S.B.H.A.C. - Laboratoire de biologie cellulaire - U.E.R. Sciences - Domaine Universitaire de la Source - 45046 Orléans Cédex, tél. : (38) 63.22.16 - poste 805.