

L'auteur expose comment utiliser la méthode ocalexique dans le traitement caméral des dents temporaires : principes - technique opératoire - résultats.

Dent de lait ouverte et méthode ocalexique (*)

par le Dr André DUCROT
chirurgien-dentiste (74420 BOËGE)

Par « dent ouverte » nous entendons dent dont la cavité pulpaire est en communication avec la cavité buccale par suite :

- d'une carie pénétrante,
- d'une fracture,
- d'une pénétration instrumentale volontaire ou accidentelle,
- d'une combinaison de ces causes.

Vocabulaire

« Nous avons adopté le procédé de création sémantique qui consiste à former un mot... en groupant les lettres initiales ou les premières syllabes des mots d'une phrase explicite. En l'occurrence... nous voici amenés à proposer le sigle O-Cal-ex... lorsqu'il s'agit de qualifier la méthode » (Dr P.D. Bernard).

Donc Ocalex veut dire : méthode de traitement endodontique par le moyen de l'oxyde de calcium expansif. C'est un terme général, un nom commun d'où dérive

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

l'adjectif « ocalexique ». En disant cela, on ne cite aucune marque. On parle seulement d'un procédé en termes généraux.

Principe de la méthode ocalexique

C'est l'emploi de l'oxyde de calcium CaO dans une cavité endodontique non asséchée, donc en présence d'eau, selon la formule $CaO + H_2O \rightarrow Ca(OH)_2 + expansion$.

« Cette réaction explosive est atténuée par adjonction d'un freinateur, solution anhydre composée d'un « mélange de glycol, d'alcool et... de traces d'eau » (Bernard).

Actuellement après le Biocalex, l'Hexocalex ou Biocalex 6-9 sont des spécialités. L'Hexocalex contient de l'oxyde de calcium lourd dont la faculté d'expansion est très supérieure à celle de CaO.

« L'action de l'ion OH... provoque la lyse totale des tissus nécrosés et des déchets organiques de l'endodonte » (Bernard).

« A l'égard des tissus vivants, l'hydroxyde se comporte comme une substance essentiellement biophile, comme un facteur... de guérison et de cicatrisation » (Bernard).

Nous ajouterons que l'important est que l'action lytique se poursuit non seulement dans les cavités endodontiques larges mais dans les plus infimes détails micro-morphologiques et dans les canalicules dentinaires, et cela de manière « imperturbable » et exhaustive.

Aspects anatomiques, physiologiques et pathologiques particuliers à la dent de lait, dans notre propos

Anatomiquement, la dent de lait présente un volume caméral important relativement au volume coronaire, des canaux plus curvilignes de section plus oblongue et aplatie et aux formes moins codifiées que ceux des dents permanentes.

Physiologiquement, la résorption radiculaire est le phénomène dominant qui dicte les précautions thérapeutiques. Elle peut modifier la morphologie radiculaire de manière imprévisible, parfois simple perturbé, parfois vaste surface de destruction latéro-radulaire. La radiographie renseigne peu ou pas sur ces subtilités morphologiques transitoires et évolutives.

Pathologiquement, les signes subjectifs de pulpopathie sont parfois absents ou frustes. La

perfectionnement

gangrène et les lésions apico-parodontales parfois fistulisées s'installent dans un silence relatif. Les signes cliniques de nécrose pulpaire sont parfois paradoxaux et une pulpe saignante et sensible peut coexister avec une lésion parodontale profonde.

Conséquences opératoires

Nous nous interdisons de pénétrer mécaniquement dans les canaux en l'absence de certitude sur ce que l'on risque d'atteindre, le respect du germe sous-jacent et de son environnement étant impératif et l'essaimage iatrogène étant toujours à craindre.

Nous refusons les tentatives de conservation de la pulpe camérale. Dans le cas de la dent de lait dont la durée sur l'arcade est limitée, les préventions tombent que l'on pourrait avoir contre la pulpotomie systématique. A un traitement par coiffage au niveau de la perforation camérale, il vaut mieux substituer un traitement identique au niveau des entrées canalaires. La masse réduite des tissus organiques conservés rend faible l'éventualité de dégénérescence gangréneuse et l'élimine totalement si l'on utilise un remplissage mertant en œuvre un produit spécialement voué à l'empêcher.

Nous refusons l'introduction dans la chambre pulpaire de substances médicamenteuses cytotoxiques dont l'action est incontrôlable dans ses effets immédiats comme dans sa pérennité. Nous rejetons également l'emploi de solvants qui agressent chimiquement les tissus sains résiduels et hypothèquent leur survie.

Nous adoptons la méthode ocalexique pour son caractère sélectif subtil, son action lytique sur ce qui doit disparaître et parallèlement biophile sur ce qui doit subsister.

Méfiance pré-opératoire

Toute pulpe camérale exposée nous semble suspecte,

- parce que toute effraction entraîne en principe lésion ou dilacération traumatique et contamination bactérienne,
- parce que l'effraction par instrument stérile nous semble une vue de l'esprit au fond d'une carie toujours infectée et dans une cavité buccale toujours plus ou moins septique,
- parce que, dans la quasi totalité des cas ce sont les signes cliniques qui décident de l'acte opératoire et que la certitude de pulpopathie, au moins potentielle, est établie au départ.

Attitude envers les antiseptiques et l'instrumentation endodontique

Nous posons en principe que :

- l'action d'un antiseptique est irritante et cytotoxique donc génératrice de troubles tissulaires aboutissant souvent à des lésions parodonto-apicales,
- l'action des antiseptiques in situ est impossible à évaluer dans son efficacité, ni dans son intensité, ni dans sa pérennité. On ignore dans quelle mesure les tissus nécrosés sont imprégnés et pour combien de temps,
- dans les cas heureux où les tissus nécrosés sont réduits à l'inactivité septique par imprégnation médicamenteuse non contrôlée, ils demeurent néanmoins en place, prêts à redevenir toxiques lorsque l'action antiseptique déclinera,
- sachant ou pressentant cela, qui constitue l'éventail des causes d'échec en endodontie, à moyen ou long terme, les auteurs classiques ont tendance à en « remettre », cherchant à créer des médicaments de plus en plus efficaces et des méthodes

d'obturation de plus en plus complexes, sans parvenir à se libérer de l'hypothèque antiseptique et sans comprendre que rien ne sert de multiplier des techniques mal aiguillées parce que situées à un niveau différent de ce qu'elles cherchent à traiter,

- en effet, à un problème d'ordre tissulaire, donc cellulaire, et de même bactérien, il faut adopter une solution d'ordre chimique, donc moléculaire et ionique, ce qui n'est pas le cas par simple juxtaposition. Tout changement d'ordre à ce niveau opératoire, notamment l'emploi d'instruments macroscopiques pour intervenir sur le microscopique, est un non-sens qui ignore la réalité clinique et oublie la logique mathématique. C'est ici que l'expression « histoire chimique », de Bernard, prend tout son sens,

- la conséquence des obturations endodontiques antiseptiques peu fiables est la méfiance historique qui entoure l'endodontie classique, soupçonnée d'inefficacité à long terme par les généralistes conduits à éliminer tout foyer septique potentiel dans le traitement de certains syndromes, notamment endocardiques et valvulaires.

Nous remarquons que toutes les méthodes endodontiques classiques se ressemblent en ce qu'elles introduisent dans les cavités camérales et canalaires larges des substances médicamenteuses violemment antiseptiques, souvent après désinfection extemporanée. Cette attitude craintive était légitime eu égard à l'insécurité régnante du moment où l'on n'était sûr ni de la pénétration ni de l'élimination des tissus nécrosés et qu'on n'ambitionnait, au mieux, que leur imprégnation plus ou moins hypothétique. Elle était en même temps génératrice de lésions parodonto-apicales par agression médicamenteuse.

La méthode ocalexique respecte l'impératif de la désinfection ex-

perfectionnement

temporaneé en introduisant CA-(OH)₂ dont l'action immédiate est avant tout stérilisante puisque « l'hydroxyde de calcium qui est formé par le processus ocalexique a pour effet essentiel de provoquer la lyse des ... corps microbiens » (Bernard). Elle garantit en même temps la non-agression des tissus vitaux dont elle exalte les possibilités de cicatrisation. Toute désinfection per-opératoire, toute antiseptie à demeure, sont désormais à réfuter parce que coagulantes, cytotoxiques, irritantes et sans objet.

Séquences opératoires

1. Anesthésie locale pour toutes les dents de lait, sauf pour les molaires inférieures qui réclament souvent une régionale au trou mentonnier, cette dernière étant facilement obtenue en partant d'une locale et en glissant vers le point d'élection. L'intra-septale est à rejeter par crainte de lésion du sac péri-coronaire du germe sous-jacent qui peut être proche.

En cas de gangrène pulpaire confirmée, l'anesthésie, réputée inutile, peut s'avérer nécessaire à cause des particularités pathologiques citées plus haut.

2. Suppression des bords d'émail surplombants et parage de la cavité de carie. Elargissement de l'orifice de communication caméro-buccal.

3. Mise de dépouille de la chambre pulpaire à l'aide d'une fraise à extrémité arrondie non coupante de type « Batt » respectant l'intégrité du plancher qui peut être mince à cause des fantaisies de la résorption. Cette mise de dépouille des parois camérales est une exigence classique et respectable. Toutefois, pour ne pas affaiblir excessivement la couronne résiduelle, on peut se contenter d'une trépanation large permettant d'accéder aux entrées des canaux. La sub-

sistance de certaines portions du plafond caméral ou même de cornes emplies de tissus nécrosés ou non, n'est plus un problème du moment où l'ocalex lyse complètement ce qui est léthal ou va le devenir.

4. La pulpe camérale disparaît au cours de ce parage.

5. Affirmation, et non alésage, de l'entrée des canaux à l'aide d'une fraise conique à polir qui élimine les tissus mous sans attaquer les durs et se trouve guidée par le relief du plancher caméral.

6. Lavage au spray pour éliminer les tissus détachés résiduels.

7. Mise à l'abri de la salive par rouleaux de coton, automate ou seulement canule d'aspiration modelée.

8. Essuyage au coton de la chambre, l'humidité résiduelle étant nécessaire mais pas l'immersion.

9. Remplissage de la chambre avec Hexocalex porté par une sonde ou un bourre-pâte gros et court.

10. Dépose d'une couche de coton de protection.

11. Obturation provisoire non eugénolée.

12. Sous une semaine environ, remplacement du provisoire et du coton protecteur par un composite, de préférence à l'amalgame inesthétique et friable dans les premières heures, cette obturation ayant alors lieu sur la base de ciment dur qu'est devenu l'Hexocalex.

13. L'antibiothérapie pré ou post-opératoire est un problème de médecine générale qui répond à la présence de signes généraux. C'est une option qui n'est pas liée à une méthode particulière. Nous n'y avons recours que très exceptionnellement et sur indication stricte.

Variante d'obturation camérale

Nous cherchions depuis longtemps à ne pas utiliser Hexocalex pur pour le remplissage de chambres volumineuses appartenant à des dents manifestement vivantes où l'action lytique devenait superflue, sachant que seule une infime partie du produit, en contact avec les sections des filets canalaires, serait active dans un but de coiffage. Ce gaspillage nous amenait à songer à l'adjonction d'une charge inerte. C'est P. Fohr qui nous a apporté la solution avec sa préparation Hexocalex + ZnO en proportion variable. Cette adjonction est d'autant plus légitime qu'Hexocalex contient déjà de l'oxyde de zinc.

Le résultat est une augmentation de la radio-opacité, de la dureté du ciment final et une plus grande liberté d'appréciation pour l'opérateur qui modifie la composition selon l'aspect de ce qu'il rencontre au cours du parage caméral. De 100 % d'Hexocalex dans les cas de gangrène évidente à jamais moins de 50 % dans les cas de dents vivantes, on garde une bonne marge de sécurité.

La plaque tournante pré-opératoire

L'instant déterminant de la méthode se situe à la fin du parage caméral et de la pulpotomie. Jusque là nous avons suivi un processus classique. Depuis là la méthode ocalexique devient originale.

A ce moment nous nous trouvons en présence d'une chambre dépulpée qui contient :

- des résidus de tissus dilacérés, certains nécrosés, d'autres voués à la nécrose puisque détachés de leur base vitale,

- des suintements de liquides organiques,
- de l'eau instrumentale,
- peut-être de la salive,
- une multitude d'orifices de tubuli dentinaires contenant leurs tissus nécrosés ou non, voués à la nécrose ou non,
- les orifices d'éventuels canaux aberrants ou ignorés.

En résumé, nous nous trouvons en face d'un complexe de tissus minéralisés qui contiennent des tissus mous nécrosés un peu, beaucoup, passablement, pas du tout ou complètement, avec leur

population bactérienne exogène ou endogène et leurs produits sécrétoires.

Ce qui a été exposé plus haut montre comment l'obturation occlusale va opérer sur chacun de ces éléments et leur ensemble par son action sélective et en quelque sorte personnalisée.

Résultats

Le silence est de règle, si la dent était vivante ou nécrosée sans

complications cliniquement ou radiologiquement décelables. Si elle présentait des complications, la sédation est immédiate. La gencive périphérique congestionnée prend un aspect sain et la mobilité qui signalait une atteinte parodontale s'atténue progressivement suivant le cours de la reconstruction osseuse. Les fistules et poches paruliques se cicatrisent dans un délai étonnamment court. La dent redevient fonctionnelle et joue à nouveau son rôle de mainteneur d'espace.

bibliographie

Précis de prothèse adjointe

par Pierre KLEIN

Professeur de prothèse adjointe (E.O.P.)

Préfacé par le Dr Raymond SANGIULO, Doyen de la Faculté dentaire de Marseille, cet ouvrage qui fait le tour très exhaustif de la question constituera pour l'étudiant, et également pour le praticien confirmé, une base remarquable de référence pour assurer la formation prothétique du premier et pour guider les activités du second. Tous les aspects des problèmes que pose la prothèse adjointe sont étudiés attentivement.

Contenu : l'observation clinique - matériaux à empreintes - le revêtement épithélio-conjonctif - l'os, tissu de soutien - chirurgie préprothétique - phonétique et prothèse - empreintes primaires - empreintes secondaires, environnement musculaire - espace prothétique et piézographique - articulateurs, programmation - plan d'occlusion - montage des éléments dentaires antérieurs - montages postérieurs équilibrés - montage engrené - montage non engrené - matériaux de base - mise en place des prothèses et conseils aux patients - doléances des porteurs de prothèses - diététique à l'usage de l'édenté - prothèse adjointe partielle - rétention - appareillage des occlusions mixtes - implants et prothèse - passage à l'édentation totale.

284 pages, 150 illustrations, 450 notes bibliographiques, 15 x 21 cm - Editeur : P.O.S. - S.D.P.S., 25, Passage des Princes, 75002 Paris, tél. 297.57.30.

48

Métallurgie dentaire

Textes réunis et coordonnés par

P. GUIRALDENQ et J. BLANC-BENON

Cet ouvrage rassemble les principaux travaux présentés lors du Congrès International de Métallurgie dentaire, qui s'est tenu à Lyon, du 24 au 26 septembre 1980. Ce Congrès avait pour but d'établir un bilan sur la métallurgie appliquée à l'art dentaire et répondait ainsi à un double but :

- besoin pour les métallurgistes de mieux adapter leurs matériaux aux problèmes odontologiques,
- besoin pour les praticiens de l'art dentaire de mieux assimiler les bases de la métallurgie afin d'en tirer plus d'efficacité dans leurs applications.

Les principales communications retenues et présentées dans ce recueil avaient notamment pour sujets : les alliages précieux, les alliages inoxydables, les amalgames, les liaisons céramo-métalliques, les pièces coulées et la corrosion, et le but des organisateurs de ce Congrès, soutenus par M. le Pr R. VINCENT, Directeur du Centre de soins dentaires de Lyon, semble bien avoir été atteint.

482 pages abondamment illustrées. Editeur : PYC Edition, 254, rue de Vaugirard, 75740 Paris Cédex 15, tél. 532.27.19.