

ANALYSE : L'auteur, en complément de son article paru dans le C.D.F. du 10 avril 1980, affirme de nouveau sa foi totale en la thérapie hexocalectique.

Réflexions sur une nouvelle conception thérapeutique :

L'Oxyde de Calcium Lourde en Odontologie Conservatrice!

par le Docteur Pierre FOHR (Nice) Dr. C.D. - D.S.O.

Notre propos n'est pas d'exposer cette nouvelle technique de traitement dentaire, ni la volonté de la faire appliquer à tout prix, mais les lectures de nombreuses publications récentes nous ont renforcé dans notre conviction : la restauration est certes importante en dentisterie, mais une thérapie préventive ne l'est pas moins.

Or, il faut avant tout se souvenir que 80 à 90 % des ennuis post-opératoires et des lésions chroniques sont iatrogènes (François Angelini-Marseille 1976) ; la première prévention sera donc de limiter le nombre et l'étendue des actes mécaniques endodontiques. Nous faisons nôtre l'attitude de Louis Gourgas (Montpellier 1972) qui estime que seul le lire-nerf doit précéder l'utilisation terminale du lentulo dans un canal. Ce

qui ne signifie pas une simplification absolue de nos actes et l'abandon de toutes règles classiques et de prudence ; mais bien une transposition des habitudes en fonction des buts recherchés (trempissage et atraumatisme) et des risques encourus avec les gestes quotidiens depuis des décennies.

Nous avons fait de la thérapie à l'Oxyde de Calcium lourde (Pierre-D. Bernard - Paris 1972), dite *thérapie hexocalectique, une thérapie unitaire odontique*. Nous pensons ainsi agir en thérapeute, mais également par prévention en odontologie conservateur. Résumons les actes endodontiques principaux :

1. Coiffage dentinaire :

Face à une plate dentinaire, lorsque la pulpe est peu atteinte,

un coiffage à l'OCa lourd engendrera la formation d'hydroxyde de calcium ou $\text{Ca}(\text{OH})_2$ au contact des canalicules béants. La présence d'eau est réelle ; elle est nécessaire à la réaction chimique ; elle est suffisante pour l'antiseptie que réclame la lésion. Ce fond de cavité idéal (travaux d'Hermann - Francfort 1925) évitera l'usage abusif d'antiseptiques in-situ plus nocifs qu'utiles (Pierre Fohr - in Information Dentaire 1973).

2. Coiffage pulpaire :

Face à la mise à nu par carie ou accidentelle du paquet vasculo-nerveux, lorsque celui-ci est atteint d'une façon réversible, nous opterons pour un coiffage, obligatoirement direct (ce qui évite toute suspicion et doute entre la réalité du coiffage indirect et l'atteinte pulpaire ou la mise à jour réelle). Les principes sont identiques aux principes de base du chapitre précédent. Une seule différence notable : la présence d'une circulation sanguine au voisinage entraîne du CO_2 au contact de l'OCa pour former du CO_3Ca , carbonate de calcium, corps dur. Nous obtenons ainsi un couvercle de protection pulpaire compact, sous lequel la réparation odontoblastique se fera dans les meilleures conditions. Puis interviendra la dentinogénèse réparatrice. (Voir radios 1, 2, 3, 4).

3. Coiffage canalatre (ex-pulpotomie) :

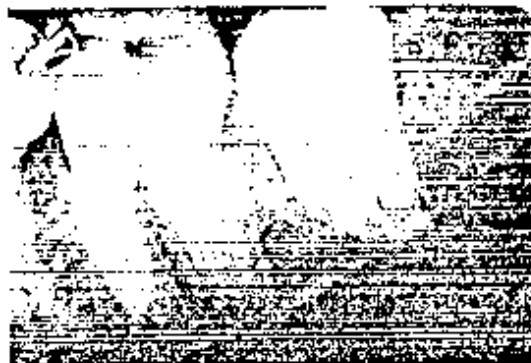
Après ectomie camérale, nous réaliserons un coiffage des moignons canalatres, dans les

perfectionnement

1^{er} cas



Radio n° 1 - Déc. 1976 : troisième molaire inférieure gauche avec ouverture de la pulpe par carie (après nettoyage).



Radio n° 2 - Déc. 1978 : mise en place d'un hexacalex semi-dur sur la pulpe.



Radio n° 3 - Mars 1979 : même dent avec amalgam, vingt huit mois après. Test pulpaire positif.



Radio n° 4 - Février 1980 : idem après trente neuf mois.

mêmes conditions que le coiffage pulpaire précédent ; il s'agit toujours de coiffages, mais à des niveaux différents. Voir radios 5, 6 et 7).

4. Coiffage apical :

Après pulpectomie « dite totale » (André Marmasse - Paris 1967) le coiffage se fera au niveau de l'invagination desmodontale, face à un moignon d'amputation identique au précédent. Notre pâte pénétrera les canalicules pariétaux déshabités, coiffera les canalicules encore emplis de matière organique. (Voir radios 8, 9 et 10).

5. Mortification :

C'est ici que la pâte trouvera son plein emploi, car en plus de l'antiseptie recherchée, le pouvoir d'expansion permettra un remplissage endodontique le plus complet possible. Cet intérêt était inutile ou secondaire dans les quatre autres chapitres. (Voir radios 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 et 18).

Thérapie hexocalexique et théories classiques :

Ces notions brièvement schématisées entraînent automati-

quement un sursaut de la part de l'endodontiste fidèle aux théories émises jusqu'à ce jour. Où sont relégués les instruments à canaux élargisseurs, nettoyeurs, racleurs, « redresseurs de courbes » (?), l'antiseptie habituellement considérée comme primordiale ? Nous répondons : Il n'y a pas de différences fondamentales entre ces techniques et la nôtre.

Que faisons-nous ? Une pénétration permanente des canaux, mais au tire-nerf à main ou monté sur Giromatic ; nous réduisons ainsi les risques de fractures d'instruments car n'utilisons que les plus souples. Nous évitons également l'alésage qui peut réduire la résistance des faces dentino-cana-

dents - bouche - maxillaires



45



64



47

2^e CAS

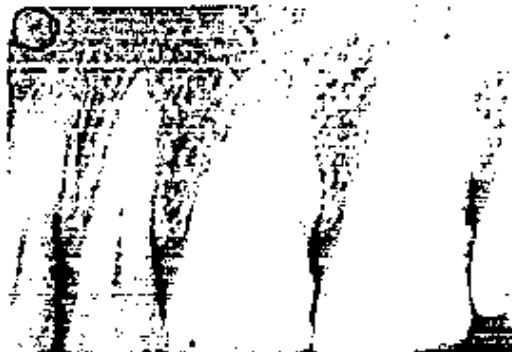
Radiographie n° 5 - Nov. 1977 : encore une dent de sagesse inférieure gauche avec grosse perte coronaire et réaction desmodontale importante.

Radiographie n° 6 - Nov. 1977 : coliffage de l'entrée des canaux après ectomie camérale.

Radiographie n° 7 - Février 1979 : après obturation coronaire au ciment pierre, la pâte a diffusé et son contraste radiographique est moins marqué. Desmodonte indolore.



48



10A



49

3^e CAS

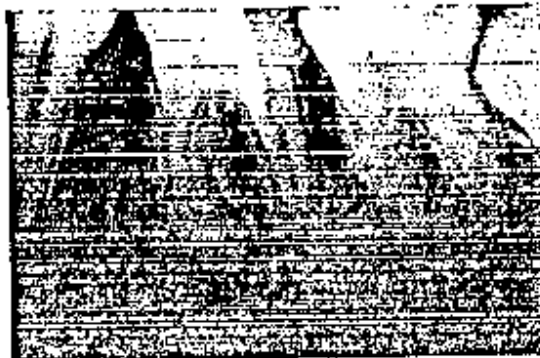
Radiographie n° 8 - Octobre 1975 : première molaire supérieure gauche avec pulpite.

Radiographie n° 9 - Octobre 1975 : dans la même séance pulpectomie et remplissage des trois canaux.

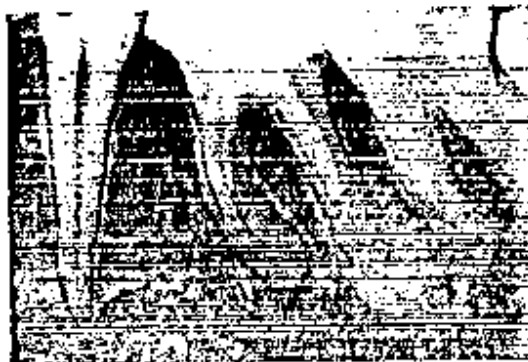
Radiographie n° 10 - Sept. 1978 : trois ans après. Aucune modification.

perfectionnement

4° cas



Radio n° 11 - Octobre 1975 : première molaire inférieure gauche traitée, avec screw-post au canal distal et granulome à l'apex mésial. Noter l'hyperostose distale (bon pronostic).



Radio n° 12 - Déc. 1975 : deux mois après obturation des canaux, réduction de l'inflammation chronique mésiale, malgré deux lentules fracturées dans les deux canaux mésiaux.



Radio n° 13 - Février 1978 : traitement de la 37. La 36 est parfaitement réhabilitée par couronne et réparation apicale : noter que la pâte a dépassé le niveau des lentules cassés mésialement.



Radio n° 14 - Février 1980 : contrôle 36 et 37 : sans aucune réaction depuis le premier jour de traitement.

laire inutilement puisque pour être sûr d'éliminer toute la dentine infiltrée on va plus loin qu'elle ; mais jusqu'où ? Rien ne permet de savoir sûrement ou nous sommes, ni la portée exacte de notre évidement. L'ablation dentinaire pariétale sera toujours supérieure au volume réel de dentine infectée ou affectée, sinon elle sera incomplète, donc inopérante. Nous disons, face à ce dilemme, qu'une dissolution des matières putrides ou simplement des déchets organiques par l'ionophore ou NaClO à 3 % sous

l'action alternative du tire-nerf est aussi efficace ; elle respecte l'intégrité radiculaire et évite les tassements, formations de bouchons intracanalaires ainsi que les injections septiques au-delà de l'apex. Nous respectons la triade.

— **pénétration** : nous venons d'en décrire les modalités ; on peut y adjoindre un chélatant en cas d'obstacle calcique.

— **désinfection** : déjà engagée par le parage cité plus avant, elle sera complétée par la valeur antiseptique propre à

l'oxyde de calcium lourd (la chaux vive sert à l'incinération des cadavres).

— **remplissage endodontique ou obturation canalaire** : se fera au lentulo d'une part et tablera sur l'expansibilité du produit d'autre part pour compléter un acte manuel toujours insuffisant.

Ainsi nul ne peut nous soupçonner de rejeter les principes de base ; notre originalité est de les assouplir en les adaptant au nouveau produit utilisé.