

Face aux possibilités d'infection focale et à la demande fréquente par le médecin généraliste ou le spécialiste de « suppression des foyers », le praticien odonto-stomatologiste se trouve souvent confronté à un véritable cas de conscience. L'auteur étudie les différentes pathogénies qui peuvent être en cause et montre que, dans tous les cas, un bilan bucco-dentaire complet, l'échange de vues avec le médecin traitant et l'information complète du patient, sont indispensables à la décision thérapeutique.

Odontologie conservatrice et infection focale Quand peut-on conserver l'organe dentaire ?

par le Docteur R. JUANEDA

- Docteur en chirurgie dentaire,
- Docteur en Sciences odontologiques,
- Assistant U.E.R. de Marseille.

L'infection focale est un sujet mal aimé des odonto-stomatologistes. L'étiologie bucco-dentaire a été, et est encore, souvent soupçonnée pour une multitude d'affections dont on n'a pas pu trouver la cause.

Dans ce domaine, le médecin généraliste ou spécialiste va diriger son malade vers nous pour la « suppression des foyers ».

L'odontologiste sera confronté à un véritable cas de conscience. Il pratiquera des extractions souvent multiples de dents, qu'il aura parfois très correctement traitées.

Il supprimera souvent des piliers de prothèses amovibles ou fixées, parfois récentes et onéreuses. Cette attitude thérapeutique sera souvent mal perçue (on le comprend) par le patient. Mais hélas, ces avulsions ne seront pas toujours suivies du succès thérapeutique espéré.

En cas d'échec, le sacrifice d'une ou plusieurs dents qui pouvait paraître minime en regard d'une affection vitale, est alors ressenti par le malade et le praticien, comme une mutilation supplémentaire et inutile.

A une époque où l'importance de la conservation de l'organe dentaire est admise, ces graves problèmes posés par l'infection focale représentent souvent une condamnation de l'odontologie conservatrice.

Par suppression des foyers, doit-on entendre : extraction, résection apicale, radiculotomie ou soins, suivis de guérison clinique et radiographique ?

Dans quel domaine y a-t-il réelle urgence ? Dans quels cas aujourd'hui, peut-on, sans mauvaise conscience, sauver des dents chez un sujet où une origine focale est soupçonnée ?

C'est sur ces questions que nous aimerions porter un commentaire.

L'expression d'infection focale fut émise, en 1916, par BILLINGS et ROSENOW (2). Elle résultait d'une théorie purement microbienne. Très rapidement, le cadre des complications pathologiques à distance s'est élargi.

Le fameux « tableau de CLARK » sur lequel on pouvait lire « Foyers d'infections buccales, causes, effets, comment on perd la santé » est éloquent.

Aucun appareil n'y est épargné par l'étiologie dentaire.

Les U.S.A., soucieux de prévention, d'hygiène et où se développait la phobie du microbe, connurent, entre 1916 et 1923, une période d'avulsion systématique atteignant rapidement l'EUROPE. Le champ d'action de l'infection focale manifestement