

STEPHEN M. KORAL, D.M.D.

31 mai 2004

Au Directeur, Journal dentaire de Québec

L'article paru dans le Journal Mai-Juin 2004, *Revue de littérature sur le Biocalex*, par Silbert et Nguyen, était un mélange curieux. L'exposition de l'histoire et les arguments en faveur du Biocalex sont complets et bien présentés. Mais les arguments contre le Biocalex représentent l'ancienne liste des idées préconçues et conclusions insupportées par l'évidence.

Bien sûr, l'évidence scientifique sur le Biocalex est maigre. Cette situation est en grande partie la faute de **l'ordre établi scientifique de l'endodontie**, où on ne s'intéressait guère aux questions suggérées par la technique ocalexique, sauf pour les dénigrer. Il est certain que la plupart des conclusions contre le Biocalex énumérées par les auteurs sont contredites par les expériences des dentistes qui persistent à l'utiliser.

Particulièrement :

1) Le produit chimique des réactions du Biocalex avec les fluides biologiques n'est pas l'hydroxide de calcium, mais le carbonate de calcium. Celui-ci est insoluble dans les fluides à pH physiologique des tissus. Un traitement complet de la racine dentaire est entièrement endurci, et demeure comme ça pour longtemps.

2) **La vérité de la controverse sur l'expansion du Biocalex est toute différente que les experts ont peur.** *In vitro*, toutes les racines traitées avec Biocalex se sont cassées lorsqu'elles ont séchées. Une chambre d'humidité peut améliorer cette condition quelque peu. *In vivo*, les racines traitées ne se fracturent jamais. Je peux le dire avec seulement dix ans d'expérience. Mes collègues au Québec ont jusqu'à trente ans d'expérience. Cette contradiction est une question qui **mérite vraiment un cours de recherche.**

3) Le problème de radiolucidité est en train d'être résolu par le fabricant de Endocal, le produit actuellement sur la marché.

4) S'il faudrait tuer toutes les bactéries, y compris toutes les **enterocoques**, dans la racine et dans tous les tubulis, pour faire d'un traitement endodontique un succès, toutes les méthodes maintenant établies seraient des échecs. La technique normale, dans laquelle nous faisons l'irrigation avec du NaOCl, n'accomplit un effet antibactérien que

dans le premier 100 µm des tubulis. Malgré le fait que le Biocalex n'est pas un désinfectant parfait, c'est un désinfectant actif qui s'étend dans tous les tubulis.

Je souhaite que les experts qui font des déclarations similaires à celles de l'article précédemment cité échangent quelques peu avec nous, les cliniciens, qui possédons une expérience actuelle de cette technique. Pourquoi aurions-nous continué cette pratique plusieurs années si les résultats cliniques n'étaient pas toujours bons ?

Stephen M. Koral, DMD