

# OORSPRONKELIJKE BIJDAGEN

## QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA RÉSECTION APICALE \*)

DOOR

Dr. J. POLUS.

---

L'emploi régulier de la radiographie nous a montré des lésions apicales qui ne sont pas susceptibles d'être traitées avec succès d'une manière autre que par la méthode chirurgicale c. a. d. la résection apicale.

Nous avons lu dans ces derniers temps de nombreux travaux sur ce sujet et il semble que plus l'on écrit plus l'on cherche à compliquer cette intervention.

La plupart des auteurs conseillent soit le drainage soit la suture de la plaie. D'autres insistent sur la nécessité de telle incision intéressant ou non le périoste. Beaucoup sont fortement préoccupés du rôle du lambeau muqueux qui devra être détaché avec le périoste. Le plus grand nombre conseille l'obturation des canaux après la résection. Certains décrivent une technique des plus difficile réclamant le capuchonnage du moignon radiculaire par voie externe.

Ceux qui ont suivi l'évolution des plaies de guerre & principalement des plaies de la face & de la bouche, auront été frappés de la facilité avec laquelle une plaie buccale se guérit. La pratique journalière nous avait déjà montré combien heureusement se guérissent les plaies suite d'extraction très mutilante, malgré souvent le manque d'aseptie.

---

\*) Als voordracht gehouden voor het Ned. Tandheelk. Genootschap.

Devant les résultats très satisfaisants obtenus par une technique des plus difficiles simples, employée depuis longtemps nous avons cru utile de venir vous entretenir ce soir de cette petite chirurgie méticuleuse qu'est la résection apicale.

*Limite de la résection apicale.*

Crane dans son travail „A practicable root technique”, semble avoir le mieux situé les limites exactes de la possibilité d'une résection apicale avec des chances certaines de succès.

Pour que la résection soit possible il faut que la radiographie nous montre:

- 1°. que la lésion apicale est limitée au 1/3 sup. de la racine. fig. 1.
- 2°. que la membrane périodontique soit saine et ne présente aucune lésion de pyorrhée. fig. 2.

Elle reste limitée pour nous 1° aux incisives et bicuspidés supérieures. Pour ces dernières il faut prendre très attention au sinus maxillaire.

2° Aux incisives et bicuspidés inférieures. Faire attention au niveau des bicuspidés ° la sortie du nerf dentaire inférieur.

*Traitement de la dent précédant la résection:*

Nous avons pris comme ligne de conduite d'ouvrir le canal dès la première séance et de toujours perforer l'apex. Nous laissons le canal ouvert pendant deux ou trois jours pour permettre le drainage dans le cas où il y aurait une collection purulente ou formation d'un abcès suite à l'ouverture du canal comme cela se voit assez souvent. Si l'ouverture du canal est difficile nous avons recours à la méthode du Sodium Potassium neutralisé par l'acide sulfurique. Il est évident que ces médicaments peuvent être employés sans aucun danger, la membrane périodontique étant déjà lésée.

Dès que la crainte de formation d'abcès aura disparue nous traitons le canal par pansements, fortement imbibés de tricresol pur jusqu'au moment où nous croyons avoir fait une antiseptie parfaite du canal. Nous élargissons celui-ci.

Après lavage à l'alcool nous obturons le canal au moyen d'amalgame de cuivre ou de chlororésine percha (méthode de Callahan). Il est évident que l'obturation du canal avant la résection présente l'avantage énorme de pouvoir se faire au milieu sec, de permettre une condensation parfaite et d'éviter que la matière obturatrice ne dépasse l'apex réséqué et ne soit une cause d'irritation dans la région nouvellement apérée.

Nous renvoyons le patient au lendemain en lui conseillant de se rincer la bouche à la listérine:

listérine 1 partie  
eau 10 parties

*Technique de la résection:*

Tous les soins aseptiques seront réalisés aussi parfaitement que possible l'incision de la muqueuse se fait au niveau de l'apex assez étendue pour faire, par écartement des deux lèvres, une ouverture dans table externe de l'os, suffisante que pour contrôler avec exactitude les différentes phases de l'opération. Une fois la lésion mise à nu et repérée, l'on recherche la limite exacte et on fore au moyen d'un ferêt un trou au centre de la racine et un peu en dessous de la limite de la lésion. On introduit ensuite dans le trou une fraise à fissures et par une pression latérale gauche et droite on sectionne l'extrémité apicale. Si l'orifice fait dans la table externe est suffisamment grand, l'on peut, au moyen d'une fine curette, soulever la portion radiculaire sectionnée et trouver ainsi immédiatement le plan de clivage. Au moyen de la même curette on suit ce plan de clivage et on enlève la lésion sans aucun arrachement ni aucune déchirure. Nous aurons fait de cette manière une énucléation en masse sans infecter notre plaie.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à contrôler après tamponnement l'état de notre plaie. Si l'enucléation avait été difficile et avait provoqué une rupture de la lésion, un lavage au moyen d'une solution saline est recommandé. Le lambeau



FIG. 1



FIG. 2



FIG. 3



FIG. 4



FIG. 5



FIG. 6



FIG. 7

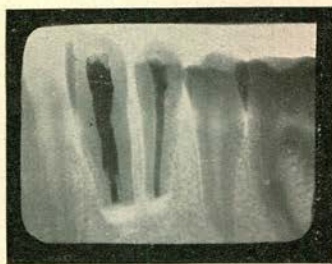


FIG. 8



FIG. 9

est ensuite remis en place *sans aucun drainage ni aucune suture.*

*Suites opératoires:*

Le caillot sanguin vient fermer immédiatement la plaie. Déjà le lendemain les bords sont joints et la guérison est obtenue dans la huitaine.

Nous n'avons jamais observer de suppuration ni de fistule.

*Conclusion:*

Nous espérons avoir pu vous intéresser ce soir en vous faisant l'exposé de ces quelques réflexions. Il n'y a dans tout ceci rien de bien neuf ni de spécial si ce n'est d'être une méthode, une technique des plus simplifiée Le but que nous nous sommes proposés, a été d'éviter toute manœuvre, toute manipulation qui eut compliqué cette petite intervention chirurgicale qui pouvait être une cause d'erreur, une faute opératoire.

La projection de quelques radiographies et de quelques cas plaideront croyons-nous en faveur de notre exposé.

- Fig. 1. Granulome sur canine, limité au  $\frac{1}{3}$  super., cas favorable à la résection.
- Fig. 2. Granulome en voie de dégénérescence kystique sur première bicuspide limité au  $\frac{1}{3}$  sup. mais accompagné de lésion du périodonte alvéolaire, cas défavorable à la résection.
- Fig. 3. Granulome sur 5 dépassant le  $\frac{1}{3}$  supérieur et s'étendant jusqu' à la  $\frac{1}{2}$  de la racine, cas défavorable.
- Fig. 4. petite lésion apicale à la suite d'application arsénicale de trop longue durée, l'intervention vient d'avoir lieu.
- Fig. 5. deux mois après, la cavité s'est comblée de tissu neoforme.

Fig. 6. Une résection a été faite à la canine inférieure il y a deux ans. Il subsiste une fistule. La quatrième est atteinte et a sa pulpe infectée.

La radiographie est faite avant la résection. Elle montre l'étendue de la lésion et une obturation à l'amalgame de la 3e et à la chloro-résine percha de la quatrième.

Fig. 7. Radiographie de la même lésion après résection.

Fig. 8. Radiographie six mois après.

Fig. 9. Radiographie d'une résection six mois après traitement guérison.