

LE TRAITEMENT GÉNÉRAL

des Pyorrhées ou Parodontolyses

A. CHAPUT

Les parodontolyses ou pyorrhées alvéolo-dentaires, sont des affections dégénératrices des tissus de soutien de la dent ou parodonte, reliant la dent aux bases maxillaires.

Le parodonte comprend des éléments conjonctifs et épithéliaux ; ce sont : le ciment qui revêt la racine, le périodonte ou desmodonte, ligaments porte-vaisseaux cémento-alvéolo-gingivaux, l'os alvéolaire où s'emboîtent les racines dentaires, la fibro-muqueuse gingivale qui assure l'herméticité de l'articulation périodontale par son adhérence au collet de la dent, et revêt la périphérie de l'os alvéolaire.

La diversité tissulaire du parodonte explique la complexité de son métabolisme, qui se rapporte principalement au métabolisme du tissu conjonctif par l'os alvéolaire, le ciment, les éléments ligamentaires, et à l'intégrité de l'épithélium par la fibro-muqueuse gingivale.

Les parodontolyses se manifestent sous deux formes : les parodontoses, les parodontites.

Dans les parodontoses, l'atrophie des éléments du parodonte est parallèlement, la couronne dentaire s'allonge aux dépens de la racine qui se dénude, la radiographie montre une alvéolyse horizontale.

Dans les parodontites, l'alvéolyse est accompagnée par une migration apicale de l'insertion gingivale, dont le bord libre demeure au voisinage du collet, il s'en suit la formation d'une poche gingivo-radiculaire et parfois gingivo-alvéolo-dentaire, la radiographie montre une alvéolyse horizontale généralisée, et une alvéolyse verticale sur les dents présentant des poches, le plus souvent les molaires et les incisives. L'étiologie des parodontolyses est complexe, il s'agit de **syndrômes**, où s'intriquent :

1) **La prédisposition constitutionnelle** (prouvée par l'étude de la maladie chez les jumeaux, et les formes familiales) ;

2) **Des facteurs locaux** en particulier le tartre, la flore buccale, les troubles de l'occlusion, qu'ils soient primitifs (dysmorphies occlusales primitives), ou secondaires (dysmorphies occlusales secondaires aux accidents de dentition, à l'édentation non corrigée, aux restaurations imparfaites), les para-fonctions (bruxisme, tics, pulsions musculaires) ;

3) **Des facteurs généraux** qui aggravent l'affection mais ne la déterminent pas, comme le prouve l'étude de la denture de certains grands diabétiques qui conservent une denture indemne par exemple.

Le traitement des parodontolyses est toujours complexe. Il a pour but de faire disparaître l'infection, et dans ce premier temps de transformer la parodontite en parodontose, puis dans un deuxième temps, de favoriser la réparation et le renouvellement normal des tissus parodontaux. C'est par une série d'interventions locales adaptées à chaque cas, comprenant : extraction des dents trop atteintes, dé'artrages, curetages profonds, opération à lambeau avec ou sans greffe, orthodontie mineure, ou majeure, remplacement des dents manquantes, que l'infection et l'inflammation traumatiques sont éliminées.

La mise en œuvre parallèlement au traitement local d'une thérapeutique générale est indispensable. Le traitement général au cours des parodontolyses est symptomatique, étiologique, et réactivant.

I

TRAITEMENT GÉNÉRAL SYMPTOMATIQUE

Le traitement général symptomatique est dirigé contre l'infection bactérienne et le bruxisme.

1) L'infection bactérienne, outre les traitements locaux, relève de l'antibiothérapie au cours des poussées aiguës de gingivite, des parulies, des phlegmons perimaxillaires d'origine parodontale. D'autre part, l'antibiothérapie est indiquée pour parer aux risques de la bactériémie provoquée par toutes les interventions parodontales sans exception, en particulier chez les cardiaques endocarditiques, et les rénaux.

2) **Le bruxisme** qui est une crispation de l'occlusion à vide, diurne ou nocturne, avec ou sans grincement des dents antagonistes, s'observe chez les sujets anxieux, inaptes à la relaxation. Le bruxisme relève au point de vue thérapeutique générale de la psychotérapie simple par l'odonto-stomatologiste, de la kinésithérapie, de la relaxation, ou dans les cas les plus complexes de la psychothérapie par le spécialiste.

II

TRAITEMENT GÉNÉRAL ÉTIOLOGIQUE

Dans certains cas, exemple systématique du sujet parodontosique met en évidence un trouble général, qui peut être considéré comme cause « déclenchante » de la maladie.

L'expérience montre, en effet, que la correction de ce trouble par l'interniste ou le spécialiste, accélère et stabilise les résultats obtenus par le traitement local, espace les poussées, ralentit l'évolution. Ces faits sont observés au cours du diabète, du myxoédème, de la spasmophilie constitutionnelle, des troubles menstruels, de la castration prématurée et de la ménopause, de certaines anémies, des troubles digestifs.

Mais il faut avouer que bien souvent le bilan général est négatif au point de vue clinique et biologique, c'est ce qui fait l'intérêt du traitement général réactivant.

TRAITEMENT GÉNÉRAL COMME RÉACTIVANT DU TISSU

CONJONCTIF VIEILLISSANT PRÉMATURÉMENT

Sur ce plan la thérapeutique doit mettre l'accent sur les mesures d'hygiène générale concernant l'équilibre de la ration alimentaire, en particulier en laitage et l'insolation suffisante.

Les médicaments réactivants du tissu conjonctif sont recherchés depuis longtemps. Toutes les vitamines ont été utilisées avec plus ou moins de bonheur en particulier la vitamine C et plus heureusement la vitamine E sous forme injectable.

La tissulothérapie sous forme de placenta (FILATOV) de parotine a donné des résultats inégaux, mais n'est pas sans inconvénient, elle provoque des ménorragies et des poussées de poils.

Les sérums de BOGOMOLETZ, de BARDACH ont donné aussi des résultats, mais leurs indications sont délicates à poser par le spécialiste, et nous avons observé des accidents chez les hépatiques. Récemment un médicament anodin et efficace dans les affections dégénératives du tissu conjonctif parodontal a été découvert par THIERS de Lyon, c'est l'insaponifiable d'huile de maïs. (1)

Etudiant depuis plusieurs années l'ensemble complexe des Insaponifiables d'huiles végétales, l'auteur observe que l'Insaponifiable d'huile de maïs s'avère actif dans les sclérodermies, les épiphysites de croissance, la maladie osseuse de PAGET, et les polyarthrites chroniques graves. Au cours de ces tentatives thérapeutiques, un fait inattendu apparaît en outre, nombre de malades signalent de façon tout à fait incidente que, depuis leur traitement, l'état de leur denture s'est considérablement amélioré, en particulier, ils signalent que des dents mobiles se consolidaient.

Le mode d'action de l'Insaponifiable d'huile de maïs n'est pas encore élucidé. Les facteurs chimiques responsables de cette activité sont difficiles à préciser. Ni les phytostérols, ni le stigmastérol ne possèdent cette propriété, les tocophérols pas davantage, bien qu'ils agissent sur la répartition du calcium dans l'organisme. L'intervention d'éléments inconnus, mais présents dans l'Insaponifiable d'huile de maïs, apparaît probable. Les Insaponifiables d'huile d'autres céréales s'avèrent infiniment moins actifs.

L'Insaponifiable d'huile de maïs peut être prescrit dans les formes légères. Mais il y a un intérêt majeure de l'associer aux thérapeutiques locales dans les formes avancées. La posologie est d'une cuillerée à café par jour pendant un mois, puis une cuillerée à café tous les deux jours les 2 à 3 mois suivants, il est administré dilué dans un peu d'eau ou de lait, de préférence au cours du repas principal.

Nous pensons que ce médicament anodin d'origine végétale, sans contre-indication, permet d'obtenir des résultats plus rapides dans le traitement des parodontolyses de gravité moyenne, et des résultats inespérés dans les parodontolyses très avancées.

**Service de Stomatologie
Hôpital Tenon — PARIS**

(1) Spécialisé sous le nom d'INSADOL par les Laboratoires LAROCHE NAVARRON.