

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD

جامعة أبو بكر بلقايد

FACULTE DE MEDECINE

كلية الطب

DR. B.BENZERDJEB - TLEMSEN

د.ب.بن زرجب - تلمسان

Le département de médecine dentaire

Année universitaire: 2011/2012

MÉMOIRE

Présenté et soutenu publiquement

Pour l'obtention du titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE DENTAIRE

(DIPLOME D'ETAT)

Par

HABBEDDINE Brahim

Et **OUDDANE Mohammed Amine**

Né le 16 mars 1986 à Tlemcen (Algérie)

Né le 27 février 1988 à Tiaret (Algérie)

**l'intérêt de la prise en charge d'un
patient par la prothèse immédiate
totale**

ENCADREUR DE MEMOIRE : Madame Z.OUSSADIT Maître assistante

Jury :

PRESIDENT : Madame .Houria BOUCHENAK- Maître assistante
KHELLADI

MEMBRES : Madame .Naima GUELLIL Maître assistante
Madame. Fatma BENYOUB Maître assistante
Monsieur .Abdelaziz ELGHERBI Spécialiste en prothèse

Dédicaces

Je dédie ce travail à ma famille qui m'a encouragée et soutenu durant mes études particulièrement :

- ◀ *- Ma chère mère qui par son amour et sa générosité guide mes joies et le bonnet humeur.*
- ◀ *Mon cher père qui m'a inspiré le goût de la persévérance et la quête de la réussite..*

Ainsi que :

- ◀ *- Mes frères « ABDELHAKIM , NASREDDINE » et mes sœurs.*
- ◀ *- A Toute ma famille*
- ◀ *- Mes amies et Mes collègues de l'université.*
- ◀ *- A toute qui nous aider pour finir ce travaille et surtout mon cher cousin BOUCHAREB Abdellatif et notre professeur madame GUELLELLE .*



HABBEDDINE Brahim

Dédicaces

Je dédie ce travail à ma famille qui m'a encouragée et soutenu durant mes études particulièrement :

- ◀ - *Ma chère mère qui par son amour et sa générosité guide mes joies et le bonnet humeur.*
- ◀ *Mon cher père qui m'a inspiré le goût de la persévérance et la quête de la réussite..*

Ainsi que :

- ◀ - *Mon frère Abdelnacer et ma sœur Om Anès*
- ◀ *A Tout Les Habitants De Mon petit Village OULAD BELLILE*
- ◀ - *A Tout les familles :OUDDANE -GHANEM.*
- ◀ - *Mes amies et Mes collègues de l'université.*
- ◀ - *A toute qui nous aider pour finir ce travaille et surtout mon cher ami BOUCHAREB Abdellatif et madame GUELLILE*



OUDDANE Med Amine

Remerciement

*A l'occasion de terminé nos études, nous tient à remercier
Vivement et chaleureusement tous ceux qui nous aident dans notre tache,
Ceux qui nous apporter aide et assistance de prés ou de loin et
Particulièrement*

- ❖ Nous devons en premier lieu un énorme remerciement à notre dieu qui nous a donnés la force de terminer nos études.*
- ❖ Nous remercions tout, particulièrement nos parents pour leur présence et leur Soutient tout au long de nos études.*
- ❖ Nos encadreur professeure **OUSSADITE** qu'ils nous orientés et Guidés durant toute de la préparation de cette étude.*
- ❖ Nous tenons à remercier tout le corps enseignant du département
De **médecine dentaire***
- ❖ notre chère ami **BOUCHAREB Abdelatif** et notre professeure madame **GELLILE** qu'ils nous aidés durant notre travaille*
- ❖ Et finalement nous remercions les membres de jury devant qui Nous allons soutenir ce mémoire.*

Sommaire

Introduction	01
Chapitre I : Généralités	
1-Historique.....	03
2-Définition.....	05
3- Rappels anatomique et physiologique des tissus de soutien de la prothèse.....	06
3-1 Tissus en rapport direct avec la prothèse.....	06
3-1-1 Au niveau des organes dentaires	06
3-1-2 Au niveau des crêtes édentées.....	06
3-1-3 A la périphérie.....	06
3-2 Tissus en rapport indirect avec la prothèse.....	07
3-2-1 Au niveau des crêtes édentées.....	07
3-2-2 A la périphérie	07
4-Les objectifs de la prothèse immédiate totale.....	08
5- Les avantages de la prothèse immédiate totale.....	08
5-1 Les Avantages biologiques.....	09
5-2 Les Avantages fonctionnels.....	10
5-3 Les Avantages psychologique.....	11
6- Les Inconvénients de la prothèse immédiate totale.....	12
7-Les Indications de la prothèse immédiate totale.....	13
7-1 La position sociale.....	13
7-2 La vie effective.....	13
7-3 L'âge.....	13
7-4 Les circonstances particulières.....	13
7-5 L'état bucco-dentaire	14
8- Contre indications de la prothèse immédiate totale.....	14
8-1 Sur le plan général.....	14
8-2 Sur le plan local.....	15
8-3 Considérations matérielles.....	15
8-4 L'état psychique.....	15
Chapitre II : examen, impératifs et réparation clinique	

1-1 Les renseignements généraux	17
1-2 Anamnèse et interrogatoire.....	17
1-3 Examen clinique proprement dit.....	18
2- impératifs cliniques.....	21
2-1 Harmonie du visage	21
2-2Préservation du capital osseux.....	21
3- conservation des éléments pré-extractionnels.....	22
3-1 Orientation du plan d'occlusions.....	22
3-2 La relation inter maxillaire.....	23
3-2-1 La dimension vertical	23
3-2-2 La relation centrée.....	25
3-3 les trajectoires incisives et condyliennes.....	25
3-4 La forme, la dimension, la teinte et la position des dents	
Antérieures.....	26
4- Quelques particularités cliniques.....	27
4-1 La présence des foyers infectieux chronique d'origine dentaire	27
4-2 Qualité défavorable du tissu fibromuqueux	28
4-3 Pathologies neuro-musculo-articulaires.....	28

Chapitre III : les différentes approches en prothèse totale immédiate

A-prothèse immédiate de transition

1-définition.....	29
2-indication.....	30
3- différents types de prothèse immédiate de transition.....	31
3-1- la prothèse totale immédiate classique.....	31
3-1-1Extraction des dents postérieures.....	31
3-1-2 La prise d'empreinte.....	32
3-1-2.a Objectifs thérapeutique.....	32
3-1-2.b Techniques d'empreintes.....	33
3-1- 2.b 1 Empreinte primaire.....	33
3-1-2.b2 Empreinte secondaires	37
3-1-3 Détermination de la relation intermaxillaire.....	43
3-1-4 Choix et montage des dents postérieures.....	44
3-1- 5 Essai fonctionnel.....	45
3-1-6 Préparation du patient	46
3-1-7 Construction de la prothèse complète au laboratoire.....	46

3-1-7- a Inscrition des repères et suppression des dents sur le modèle.....	47
3-1-7-b La polymérisation	48
3-1-8 Extraction des dents restantes	49
3-1-9 Séances poste opératoire.....	51
3-2 Prothèse supradentaire « over denture ».....	52
3-2- 1 définition.....	52
3-2-2 objectifs.....	52
3-2-3 contre indication.....	52
3-2-4 Les avantages	53
3-2-5 Les inconvénients.....	55
3-2-6Les impératifs	55
3-2-7La réalisation de la prothèse supradentaire.....	63
3-3 prothèse complète provisoire.....	80
3-4 prothèses partielles de transition.....	80
3-5 prothèses préfabriquées	82
3-6 prothèses immédiates totales de diagnostic.....	83
B-prothèse immédiate d'usage	
1-définition.....	85
2-indication.....	86
3-intérêt de cette technique.....	86
4-étapes de réalisation.....	87
4-1 observations cliniques.....	87
4-2- éventuelle mise en condition pour répondre aux indications.....	87
4-3-empreinte primaire.....	88
4-4- empreinte secondaire.....	88
4-5 constructions d'une base d'occlusion.....	89
4-6- détermination et enregistrement du rapport inter maxillaire.....	90
4-7 mises en articulateur des modèles.....	90
4-8- contrôle du rapport inter maxillaire, finition et équilibration des prothèses.....	91
4-8-1- contrôle du rapport inter maxillaire.....	91
4-8-2- modification des modèles.....	91
4-8-3 réalisation des prothèses.....	93
4-8-4 le guide chirurgical.....	94
4-9- temps chirurgical et mise en bouche.....	107

4-9-1 temps chirurgical.....	107
4-9-2 mise en bouche.....	110
4-9-3 séances post opératoires.....	111
Cas clinique.....	112
Conseils suivant la mise en bouche d'une prothèse immédiate.....	120
Conclusion.	
Bibliographie.	

Introduction!

Introduction :

Lors de passage de l'édentation partielle à l'édentation total uni ou bimaxillaire, il est cliniquement établi, que la pose des prothèses amovibles complètes doit intervenir après une période plus ou moins longue de cicatrisation, cette manière de procéder, bien que garantissant un bon pronostic des prothèses dans le temps, présente l'inconvénient majeur d'obliger le sujet à montrer son infirmité en restant longtemps édenté, ce qui lui interdit de nos jours de mener une vie sociale correcte à la suite de cette longue période d'édentation

Différents auteurs sont proposés :

-soit l'élaboration des prothèses d'attentes provisoires réalisées avant ou juste après l'extraction.

-soit dans le cas où le patient était déjà porteur d'une prothèse amovible partielle, la transformation de celle-ci en prothèse complète d'attente provisoire, réalisée immédiatement après les extractions.

- sur le plan psychologique et esthétique, ces solutions provisoires sont ressenties par le patient comme un bien inestimable, il n'en reste pas moins vrai que leur promoteur les ont toujours considérées à juste titre comme étape intermédiaire précédant l'élaboration d'une prothèse dite « définitive ».

En effet, ces réalisations provisoires sommairement exécutées généralement dépourvues de joints efficaces et établies le plus souvent à la suite d'un rapport intermaxillaire fixé dans le

contexte pathologique existant, conduisent dans la majorité de cas à une résorption rapide des surfaces d'appui s'accompagnant d'une perte de la dimension verticale, d'occlusion et de l'apparition de réflexe pathogène acquis au niveau du complexe neuro-musculo-articulaire.

D'autre part, l'absence de restauration prothétique partielle ou totale, se traduit à plus ou moins longue échéance par des altérations organiques et psychiques :

- Infiltration cellulaire des lèvres et des joues.
- Acquisition de réflexes erronés d'occlusion.
- Dysfonctions de l'ATM.
- Perte de la dimension verticale de l'étage inférieur de la face.

L'évolution et la transformation de notre mode de vie et, entre autre, l'action exercée par les mass-médias et l'introduction d'un système de présentation sociale ont motivé d'abord les patients à conserver leur denture et, lors qu'il n'était plus possible de maintenir la fonction, à pallier cette carence par des systèmes prothétiques conjoints puis adjoints.

Les exigences des patients ont poussé les praticiens dans la recherche de nouvelles techniques, et la prothèse immédiate totale apparue comme le premier effort pour éviter de laisser le patient édenté au cours de la période de la cicatrisation. Nous proposons dans notre travail, les différentes approches de la prothèse immédiate totale et les différentes étapes de ces réalisations.

Chapitre I : Généralités

1 - Historique :

Cet approche thérapeutique n'est pas une proposition récente .en 1947, MERIL SWENSON écrivait : « la prothèse immédiate n'est pas une nouveauté, elle est pratiqué depuis 50ans »

Dés 1916 CLIFFORD décrit une méthode pour remplacer immédiatement les dents antérieures supérieures .après avoir coupé les dents de plâtre sur l'empreinte, il réalisait sur le modèle résultant une prothèse à rebord vestibulaire, portant sur toute la profondeur du sillon gingivo- vestibulaire.

En 1923, SEARS vit le besoin de réduire le volume vestibulaire excessif ,provoqué par le rebord de la prothèse .il décrit comment, avant l'insertion de celle-ci la table externe de maxillaire serait réduite chirurgicalement selon un tracé déterminé auparavant sur le modèle .après avoir réduit ce modèle de plâtre selon le contour souhaité il préparait un gabarit transparent sur cette forme , en emboutissant une feuille de celluloïd et, usant de se gabarit comme guide , il réduisait l'os alvéolaire.

En 1927, HANKE décrit une technique selon laquelle il emboîtait les dents prothétique dans les alvéoles des dents naturelles .ceci fut un progrès considérable à une époque ou le matériau de base de prothèse n'étaient pas très esthétique (volcanite).

En 1930 DEVAN considérait les alveolectomie qu'il avait préconisés «comme les plus grandes bévues de sa vie professionnelle »

En1934, ALLEN recommandait pourtant la réduction chirurgicale du procès alvéolaire lorsqu'il était très proéminent. Enfin, l'apparition des matériaux élastique pour l'empreintes et des

résine a polymérisation retardée a permis une modification considérable des techniques .les prothèse immédiates sont établies la plupart du temps au posent pas de problèmes importants puisque la rétention est assurée par les dents restantes.par contre ,les prothèse complète ont des impératives beaucoup plus sévère .presque toujours les dents postérieures sont extraites plusieurs semaines auparavant, et on l'attend la cicatrisation de leurs alvéoles. Les dents antérieures sont maintenues jusqu'à la pose de la prothèse pour des raisons évidentes d'esthétique, et pour conserver autant que possible la relation intermaxillaire et la dimension vertical.

-la Prothèse immédiate était considérée comme provisoire ou transitoire Depuis les travaux de BUCHARD P et collaborateurs (Paris V, 1978) elle a acquis sa maturité : elle est considérée comme une prothèse permanente d'usage .

2-Définition :

Prothèse dite immédiate complète dentaire se définit comme une prothèse conçue pour remplacer les dernières dents devant être extraites et insérée immédiatement après les avulsions.

Ce traitement est recommandé lorsqu'il n'est pas possible de conserver les dents d'appui, soit par des raisons de destruction parodontale avancée, soit parce que l'évolution de la racine est impossible à contrôler. Ce type de traitement était fréquent, il y a quelques années lorsqu'il n'était pas possible d'envisager un traitement par prothèse partielle et qu'il ne restait que quelques dents antérieures ou les canines comme dents d'appui.

Cependant, elle ne doit être confondue ni avec une prothèse de transition (sur laquelle des dents peuvent être ajoutées au fur et à mesure de l'avulsion des dents restantes) ni avec une prothèse temporaire, également insérée après les extractions dentaires, mais de conception différente, toutes deux plus simples et destinées à répondre à une urgence esthétique, fonctionnelle et à permettre une adaptation progressive au port d'une prothèse amovible. Dans ces situations, une prothèse complète conventionnelle est envisagée à plus ou moins court terme.

3- Rappels anatomique et physiologique des tissus de soutien de la prothèse :

3-1 Tissus en rapport direct avec la prothèse :

3-1-1 Au niveau des organes dentaires :

L'email : tissu minéralisé recouvrent la couronne dentaire. Il est capable de supporter les crochets d'une prothèse.

La gencive et la fibromuqueuse : tissu parodontal épithélio-conjonctif, la gencive adhère à l'os alvéolaire qu'elle protège ainsi que l'espace desmodentale.

La papille gingivale située dans l'embrasure cervicale est protégée par le point de contact inter dentaire, elle subit une récession en regard d'une crête édentée.

3-1-2 Au niveau des crêtes édentées :

La fibromuqueuse : l'intrados de la prothèse et les bords sont en contact avec la fibromuqueuse comme la gencive avec les dents, on nomme fibromuqueuse la muqueuse revêtant le palais et le tissu cicatriciel recouvrant les crêtes édentées, histologiquement constituée d'un épithélium pavimenteux stratifié et un tissu congénitive sous jacent

3-1-3 A la périphérie :

Muqueuse proprement dite : elle tapisse le fond de vestibule, la face interne des joues et des lèvres, voile du palais, plancher buccal, la langue, elle est très mobilisée par les muscles, freins et

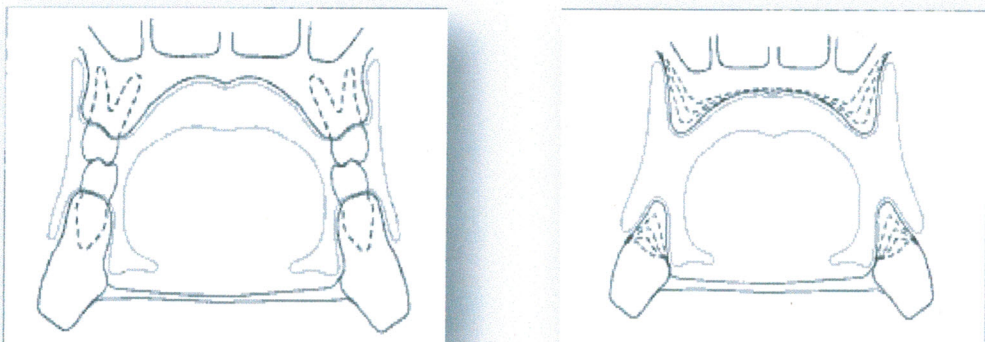
3-2 Tissus en rapport indirect avec la prothèse :

3-2-1 Au niveau des crêtes édentées :

Le résultat de cicatrisation osseuse après l'extraction, le comblement des alvéoles est constitué de l'os alvéolaire résiduel, d'un os spongieux et l'os basal.

En cas d'hyper ou hypo fonction, il se résorbe. La prothèse va donc transmettre les forces fonctionnelles aux crêtes édentées, dont les surcharges pendant la formation et la cicatrisation osseuse, l'organisation trabiculaire s'oriente en fonction des forces subies et procure une très grande résistance.

Il est important de faire porter au patient une prothèse immédiate très vite après l'extraction. (fig :01)



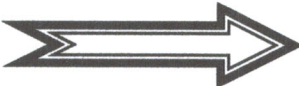
Avant l'extraction  Après l'extraction

Figure N° :01 Phénomène de résorption après l'édentation

3-2-2 A la périphérie :

- Indices positifs : on a :
-ligne faitière des crêtes édentées

- Tubérosités maxillaires

-trigones rétro molaires

- Indices négatifs : ils doivent être évités par la prothèse ou protégés si celle-ci les recouvre :

-A la périphérie des arcades (frein labiale médian-l'orbiculaire des lèvres -les freins latéraux, buccinateurs, fibres antérieures des masséters- les ligaments ptérygo-maxillaires)

-A la partie postérieure de l'arcade maxillaire (la ligne de flexion de voile sera repérée et exploitée)

-A l'intérieure de l'arcade mandibulaire (le plancher buccal est mobilisé par la masse musculaire de la langue - le frein lingual dont le repérage doit être précis)

4-Les objectifs de la prothèse immédiate totale :

- Permet de préserver l'esthétique et les fonctions.
- Evite la perte de la Dimension Verticale.
- Evite une altération de la phonation.
- Améliorer le processus de cicatrisation, d'ostéogénèse et éviter la résorption.
- minimisé le traumatisme psychique lié à l'édentation.

5- Les avantages de la prothèse immédiate totale :

Les progrès des soins conservateurs et de la parodontologie , ainsi qu'une prévention efficace diminueront sans doute un jour Les indications de prothèse adjointes complètes.

Mais quand ces indications sont posées, les prothèses immédiates présentent de nombreux avantages :

5-1 Avantages biologiques :

La prothèse immédiate permet de limiter la résorption osseuse après les extractions : WICORIN, qui a étudié les changements de forme de procès alvéolaire avec des téléradiographies de profil, écrit : en comparant les études pratiquées sur différents groupes de patients, il est prouvé qu'une prothèse bien exécutée est facteur positif dans le processus de réparation osseuse. Elle montrent également que la résorption dans le groupe de patients porteurs de prothèses immédiates « établie sans alvéoloplasties », est moindre que dans le groupe où les prothèses furent insérées 60 jours après l'extraction. La réduction du taux de résorption dans le groupe des prothèses immédiates est confirmée à la fois dans le sens horizontal et dans le sens vertical. La perte osseuse est diminuée de 20 à 30 durant les 12 premiers mois.

Le volume de la crête alvéolaire est facteur positif de rétention de prothèses, or, l'âge moyen au quel on commence à porter une prothèse, comparé à l'augmentation de la longévité, montre qu'un patient peut être couramment amené à porter sa prothèse pendant 25 à 30 ans, les études statistiques à ce sujet par LOVE, GOSCA et MIXSON le prouvent. L'expérience clinique nous a malheureusement appris ce qu'ils doivent des crêtes alvéolaires quant elles ont supporté une prothèse pendant 25 ans.

Préserver au maximum le volume de la crête alvéolaire tant que support prothétique nous semble donc être l'impératif majeur.

Après l'extraction des dernières dents, l'insertion immédiate de cette prothèse constitue un réel pansement qui permet l'organisation du caillot sanguin, contient l'œdème postopératoire, mais surtout assure le site d'extraction de tout trauma lié à la langue, aux dents antagonistes, ou encore au bol alimentaire. Ainsi le caillot sanguin protégé, une cicatrisation rapide va intervenir.

5-2 Avantages fonctionnels :

La prothèse immédiate assure une meilleure préparation à prothèses ultérieures, l'avulsion des dents et la disparition des récepteurs parodontaux entraînent une modification des schémas réflexes neuromusculaires. Pendant la période d'édentement, le patient développe un nouveau schéma fonctionnel où la langue et la musculature jouent un rôle plus important lors de la mastication. Il peut en résulter une hypertrophie de la langue diminuant la place disponible pour la prothèse. D'autres muscles peuvent être hyper-développés ou, au contraire, être atrophiés.

Après la mise en bouche de la prothèse. La musculature doit encore s'adapter et un nouveau schéma neuromusculaire se développe.

Lors d'un traitement par prothèse complète immédiate, il est possible de sauvegarder la majorité des schémas réflexes neuromusculaires et fonctionnels.

En cas de prothèse immédiate classique, l'utilisation des alvéoles mal comblés est systémique, ainsi les récepteurs sensitifs desmodontaux sont conservés. et la prothèse sera plus stable et le patient aura la sensation tactile profonde de mastication comme sur ces vraies dents encore.

-La prothèse immédiate permet d'éviter l'affaissement des lèvres et les infiltrations cellulaires qui se produisent souvent quand l'absence de dents crée un vide, supprimant le massage par celle-ci des forces internes des lèvres et des joues. L'insertion immédiate de la prothèse assure un soutien immédiat des organes paraprothétique et plus particulièrement des joues et des lèvres, leur position et leur tonicité sont préservées et les extra-dents prothétiques, de par leurs formes et volumes prennent simplement le relais des unités dentaires.

-La prothèse immédiate évite la perte de dimension verticale, avec les conséquences que cela peut avoir sur l'ATM et sur les muscles abaisseurs et élévateurs.

-Egalement elle évite une altération de la phonation du fait que la prothèse immédiate s'établit pratiquement toujours aux dépens des dents du groupe antérieure.

5-3 Avantage psychologique :

En présence d'une prothèse immédiate, le patient ne reste pas édenté et continue à mener une vie normale, ce qui l'aide à mieux supporter son édentation.

De plus, il est possible de transférer la situation dentaire naturelle sur la prothèse ; si les dents naturelles n'ont pas subi de déplacement ou ne sont pas inesthétiques, on peut copier la position ; la forme et la teintes des dents, ce qui permet d'obtenir un effet naturel et esthétique. Il est même possible d'éviter que l'entourage

naturel et esthétique. Il est même possible d'éviter que l'entourage du patient ne remarque que les dents naturelles ont été remplacées par une prothèse.

Tout ceci améliore l'adaptation psychologique du patient à ses prothèses totales.

6- Inconvénients de la prothèse immédiate totale :

Un traitement avec une prothèse immédiate totale présente certains inconvénients.

-Il n'est pas possible d'essayer le montage des dents antérieures sur les patients, il risque donc d'être déçu du point de vue esthétique.

-Après la mise en bouche de la prothèse complète immédiate , il y a résorption d'os alvéolaire dans la région correspondante aux avulsions, la résorption est maximale les 3-4 premières semaines, il s'avère nécessaire de rebaser provisoirement la prothèse, et il faut dans tous les cas rabaser ou faire une réplique exacte de la prothèse après 3-6 mois. Il en résulte une augmentation de la charge financière pour le patient.

La réalisation d'une prothèse complète immédiate à la mandibule est moins favorable. Lorsque les dents antérieures maxillaires sont des dents naturelles « les antagonistes » .il en est de même pour le maxillaire supérieur s'il reste le bloc antérieur et qu'il n'y a pas de prothèse à la mandibule . Dans les deux situations,

7-Indications de la prothèse immédiate totale :

Différents facteurs peuvent nous conduire à indiquer la prothèse immédiate : la principale indication est le remplacement des dents antérieures supérieures jusqu'aux canines « classe 1 de KENNEDY ». L'édentement peut être uni ou bilatérale.

7-1- la position sociale :

Un artiste, un homme d'affaire ou un homme d'état ne peuvent se permettre d'arrêter un exercice en cours pour le seul motif de l'absence des dents antérieures.

7-2 - La vie affective :

Le patient trouvera toujours humiliante et dégradante la période d'édentation totale imposée pour la cicatrisation et la construction d'une prothèse classique

7-3 - L'âge :

Plus un patient est jeune, plus son désir de le paraître est intense et plus ce type de restauration s'impose. Celle-ci satisfait d'une façon instantanée d'impatience caractéristique de la jeunesse.

7-4 - Les circonstances particulières : ce sont pêle-mêle

La proximité des vacances pour le plus grand nombre, le départ en tournée pour un représentant, un événement heureux ou malheureux et en fin un changement de situation imprévu rendant indispensable une restauration prothétique rapide, exemple : le mariage

indispensable une restauration prothétique rapide,
exemple : le mariage

7-5 L'état bucco-dentaire :

En cas de parodontite marginale grave lorsque la tache parodontale est trop réduite.

Lorsque l'hygiène buccale est extrêmement mauvaise, la situation parodontale et l'évolution de la carie sont impossibles à maîtriser.

En présence d'ancienne over denture avec l'hygiène insuffisante pour conserver une situation stable du point de vue carie et parodontite.

Pour des patients présentant des dents piliers antérieures au maxillaire supérieur lorsque l'esthétique doit être modifiée de façon conséquente, par exemple en cas d'overbite ou overjet trop important, il est souvent nécessaire d'accompagner le traitement par prothèse immédiate d'une intervention chirurgicale au niveau du maxillaire avec régularisation de l'os.

8- Contre indications de la prothèse immédiate totale :

Elles peuvent être envisagées à différents niveaux et correspondre à certaines techniques mais être contournées par d'autres.

8-1 Sur le plan général :

diabète, la sénilité sont souvent des obstacles qu'il convient d'évaluer et qui imposent les précautions nécessaires.

Trois risques sont à prendre en compte :

Risque vis à vis de l'anesthésie, risque infectieux et risque hémorragique chez le patient irradié, la compression des tissus fragiles mal vascularisés peut avoir des conséquences redoutables

De manière générale, même pour un patient apparemment en bonne santé, un bilan biologique s'impose et une autorisation écrite du médecin est souhaitable.

8-2 Sur le plan local :

Il faut en compte l'état de fragilité des muqueuses ainsi que la présence des foyers infectieux décelés radiologiquement si l'occlusion précédente est très perturbée et que l'on a diagnostiquée des reflexes nocifs, il peut être utile d'entreprendre une mise en conditions avec si nécessaires, un montage non engrené.

8-3 Considérations matérielles :

Aux conditions techniques, il convient d'ajouter la situation financière du patient, car la nécessité du duplicata et du guide chirurgical dans la technique de la prothèse immédiate d'usage rend ses techniques complexes onéreuses.

8-4 L'état psychique :

La sensibilité extrême jointe à un état d'esprit particulier du sujet, le rendant incapable d'apprécier d'emblée à sa juste valeur. Une méthode qu'il assimile à une violence, à une barbarie doit nous inciter à des solutions de transition plus lentes.



chapitre II

1-Examen clinique :

Avant d'opter pour un traitement par une prothèse immédiate, il convient de procéder à une observation clinique et radiologique méticuleuse

L'observation clinique comporte l'examen des éléments suivants :

1-1 Les renseignements généraux :

*Age et l'état civil.

* profession : - niveau social et intellectuel.

- possibilités financière du patient.

*Attitude et comportement : - capacité physique

- état physique

*Environnement et mode de vie

*Type constitutionnel : (musculaire, respiratoire, digestif et cérébral)

* Motivation : possibilité de coopération.

1-2 Anamnèse et interrogatoire :

1-3 Examen clinique proprement dit :

A-Examen exo buccal :

- Symétrie facial.
- Egalité des étages
- Aspect de téguments

B- Examen endo buccale :

-Au niveau dentaire : forme, position, teinte et mobilité des dents

- Au niveau osseux : on regarde notamment les reliefs des tubérosités avec des contre dépouilles parfois importantes inclinaisons des deux tables externe et interne le relief de la ligne oblique interne et les séquelles d'extraction.

-Au niveau des parties molles : il faut repérer les brides et les freins dont la correction peut souvent être faite simultanément aux extractions. Il faut également repérer les lésions muqueuses des types kystiques et les angiomes qui nécessitent le plus souvent une intervention différente

-hygiène buccale : bonne, moyenne ou mauvaise

Il est important de noter :

- L'importance de la salivation et la présence de nausées.
- Les éléments justifiables d'une correction chirurgicale pré prothétique (exostose, torus)

Examen de l'occlusion :

- Examen statique : la ligne inter incisif
 - Overbite
 - overjet
 - classe d'angle
- Examen dynamique : -en propulsion
 - en latéralité

Cet examen permet de noter toutes les habitudes requises de posture et les reflexes nocifs d'occlusion.

Examen parodontale :

En vue de diagnostic, le sondage localisé suffit pour relever des lésions typiques de l'état parodontale global, la décision d'extraire nécessairement dès le début du traitement, doit être établie sur des critères incontestables (mobilité + lésion radiologique en particulier, extension de l'alvéolyse). (fig :02)

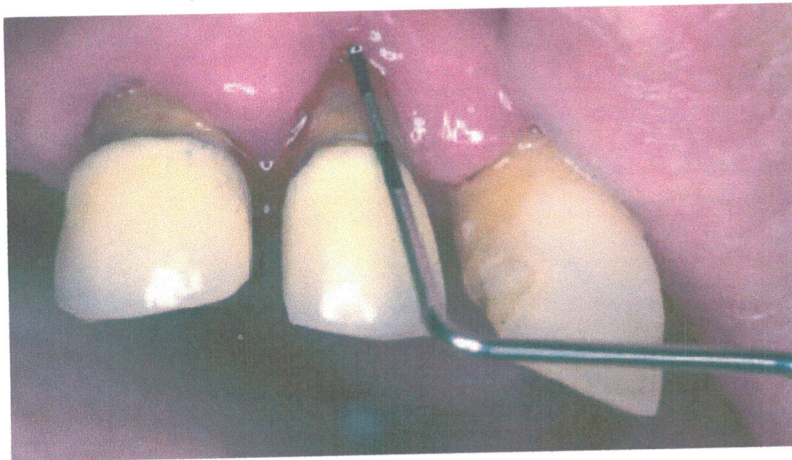


Figure N° 02 : sondage parodontale

c- Examen radiologique :

L'analyse radiologique des altérations parodontales est utile pour estimer l'importance de la perte du tissu parodontal.

Un contrôle radiographique précis (cliché rétro alvéolaire, panoramique) , associé a une évaluation clinique est cependant une partie essentielle de l'examen parodontal.(fig :03)

L'étude radiologique permet :

- *De rechercher des dents de sagesse incluses supérieure ou inférieures susceptible d'être extraites, ainsi que les débris radiculaires

- *De diagnostiquer une formation kystique dans l'exérèse a pu être incomplète lors de l'avulsion ou qui a pu se développer pour son propre compte.

- *De préciser l'aspect de la trame osseuse , la forme et les rapports des racines .

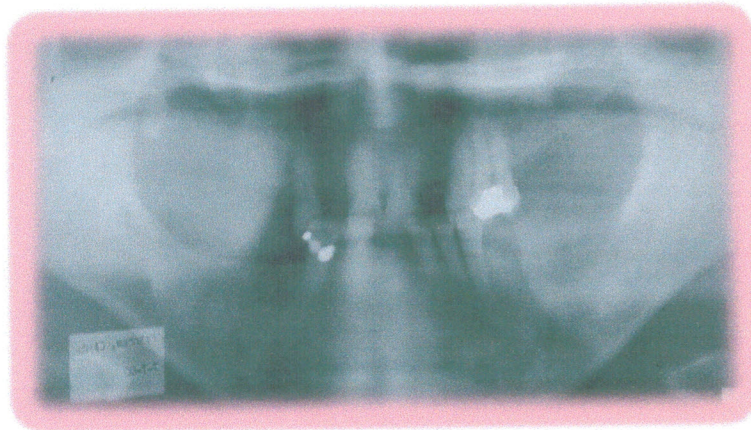


Figure N° 03 : radiographie panoramique

2- impératifs cliniques :

2-1 Harmonie du visage :

L'examen clinique doit analyser l'aspect dentolabial défini par les bords cuspidiens des canines, la tonicité de l'orbiculaire des lèvres et les sillons nasogéniens. La proportion des différents étages de la face, notamment la dimension verticale d'occlusion doit d'être évaluée.

A l'issue de ces observations, il est possible d'apprécier ce qu'il convient de préserver ou de recréer en termes d'esthétique.

2-2Préservation du capital osseux :

Les trois principes mécaniques auxquels doit répondre toute prothèse adjointe complète (PAC) à savoir la stabilisation, la sustentation et la rétention, sont plus facilement obtenus lorsque le tissu osseux est volumineux.

Il forme ainsi une crête bien représentant un indice positif pour la stabilité de PAC. Lors des différentes étapes de traitement, il faut garder à l'esprit l'importance de la préservation du capital osseux. Celle-ci impose une corrélation étroite entre les examens cliniques et radiographiques. En effet les radiographies rétro alvéolaires mettent en évidence une fragilité radiculaire, une courbure radiculaire, une divergence de racine, une proximité des organes nobles de voisinage, l'aspect et la densité osseuse, l'importance de l'espace desmodentale. De plus, la profondeur des poches parodontales ne doit d'être évaluée au sondage.

Un certain nombre d'impératifs sont à respecter au cours de la procédure chirurgicale concernant le secteur antérieur, notamment le modelage d'une crête osseuse édentée : le relief

d'aspect arrondi est prédéterminé sur modèle, d'une part, par la perte des dents et d'autre part par l'anticipation des phénomènes de résorption postextractionnel. Ainsi l'intrados de la prothèse guide la cicatrisation ostéo-fibro-muqueuse, améliorant d'autant la stabilité de la prothèse dans le temps

3- conservation des éléments pré-extractionnels :

C'est de toutes les étapes. Celle à laquelle il convient de plus d'attention et de soin, de la précision et de la qualité de nos observations dépendent l'adaptation rapide et succès de notre restauration.

Les éléments pré extractionnels essentiels à consigner dans notre examen pré prothétique sont les suivants :

- L'orientation du plan d'occlusion existant
- La relation intermaxillaire
- Les trajectoires incisives et condyliennes
- La forme, la dimension, la position et la teinte des dents antérieures

3-1 Orientation du plan d'occlusions :

Elle revêt une importance particulière l'efficacité de la mastication est liée au niveau du plan d'occlusion.

Afin que les aliments puissent être maintenue près de la surface occlusale et contrôlés constamment par tous les organes périphériques qui interviennent au cours de trituration , il est indispensable de noter et de conserver la situation du plan

d'occlusion en relation harmonieuse avec la position d'équilibre de la langue et la convexité des fibres horizontales du buccinateur.

Dans les cas normaux, le niveau de la surface occlusale doit se trouver légèrement au - dessous du bord marginal de la langue et de convexité des fibres horizontales du buccinateur .dans les cas de rétrognathie, la surface occlusale est située bien au dessous de ces repères. Dans les cas de prognathie elle est placée très légèrement au dessus.

3-2 La relation inter maxillaire

3-2-1 La dimension vertical :

Elle représente l'élément pré extractionnels le plus précieux dans l'esthétique, la phonation, la mastication, et la position de repos.

Notons cependant les principaux troubles pouvant résulter

D'une erreur d'appréciation de la hauteur de l'étage inférieure :

- syndrome de costen : consécutif à une sous évaluation de cet étage.
- fatigue des muscles élévateurs abaisseurs, disparition de l'espace libre résorption accélérées des rebords alvéolaires, otologie, tout consécutives à une surélévation de cet étage.

Tous procédés suivant seront donc utilisés pour déterminer d'une façon précise la dimension verticale actuelle :

- L'évaluation de la distance séparant le point sous-nasal du gnathion.
- Le repérage de la distance nasion -gnathion
- L'évaluation du rapport = distance inter papillaire/distance nasio-gnathio

- La reproduction du profil de patient en occlusion. celle-ci s'obtient à l'aide d'un profil mètre ou d'un fil de fer contourné et adapté du patient.
- Le dessin obtenu est découpé dans un carton et sera utilisé ultérieurement.
- le tatouage selon SILVERMAN peut s'obtenir avec l'ancre de chine déposée d'une façon punctiforme au niveau de la portion la plus dense de l'os alvéolaire près de chaque canine supérieure et inférieure à l'aide d'une seringue. l'injection ne doit pas s'effectuer dans la portion mobile de la muqueuse à fin d'éviter la diffusion et l'élargissement de la tache. elle doit au contraire se réaliser dans la fibromuqueuse adhérente à l'os sous jacent.

Il peut s'obtenir également, à l'aide d'une pâte à base de tantatium. Ce matériau est porté in situ, avec une aiguille jusqu'au contact osseux. Avant de pratiquer des mensurations, il est nécessaire de laisser passer quelques jours. Les points obtenus restent indélébiles quelques années. La distance les séparant lorsque les dents sont en occlusion est repérée et consignée sur la fiche du patient.

-La téléradiographie permet également de fixer d'une façon très précise les distances séparent les points caractéristiques tels que le nasion, le point sous nasal, le gnathion ...etc.

-Une cire d'occlusion plus simplement, constitue un élément préextractionnel aisé à réaliser.

3-2-2 La relation centrée :

Elle détermine avec précision la position de la mandibule dans le plan sagittal, elle s'effectuera avec deux bases d'occlusion stabilisées avec une pâte à l'oxyde de zinc et munies d'un point d'appui central celui-ci élimine l'effet nocif des reflexes d'occlusion, acquis à la suite d'une édentation partielle uni ou bilatérale prolongée.

Sur le plan supérieur, est fixée une plaque d'enregistrement un dispositif muni d'un stylet est adapté sur la base inférieure. Le patient est prié de fermer et d'ouvrir plusieurs fois, de pratiquer un mouvement de propulsion en conservant le contact entre le stylet et la plaque enregistreuse, de revenir en position central, de simuler un mouvement de diduction droite, de revenir une dernière fois en relation centrée et de pratiquer en fin un mouvement de glissement en diduction gauche.

Le sommet de l'enveloppe de mouvements fonctionnels ainsi tracé représente la position relative des deux maxillaires en relation centrée. Une rondelle en matière plastique perforée en son centre est collée sur la plaque de telle sorte que son centre coïncide avec le sommet de l'enveloppe des mouvements fonctionnels.

L'ensemble est remis en bouche, il est solidarisé avec du plâtre liquide lorsque le patient sent que le stylet est correctement placé au centre du disque, la relation intermaxillaire est ainsi conservée d'une façon pratique.

3-3 les trajectoires incisives et condyliennes :

Trajectoires incisives et condyliennes peuvent être enregistrées graphiquement. Elles le seront plus aisément avec les

« chek bite » ou bloc de morsure placé entre les cires d'occlusion lorsque le patient place ses incisives bout à bout, au terme de la propulsion et la diduction. Les trajectoires incisives seront enregistrées au laboratoire toute extraction, les deux modèles sont montés sur un articulateur dont le plateau est réglable celui-ci est orienté en tenant compte des trajectoires réelles .

3-4 La forme, la dimension, la teinte et la position des dents antérieures :

Les deux moulages montés en articulateur donnent d'une façon exacte et sans aucun risque de contestation ultérieure la forme, la dimension et la position des dents antérieures.

Pour plus de précision, il convient de repérer la valeur de surplomb et de la sur occlusion.

NB : La distance séparant le bord libre des incisives centrale de point sous nasale est un élément non négligeable pour la détermination du niveau du plan d'occlusion dans la région incisive.

Elle est mesurée simplement avec le compas de WILLIS. On procédera de même pour mesurer la distance séparant le gnathion du bord libre des incisives inférieures le « CLOSET. SPEAKING .SPACE » ou espace minimum phonétique étudié par SILVERMANN, représente pour cet auteur le moyen le plus simple, le plus précis et le plus pratique pour déterminer la hauteur de l'étage inférieure de la face

Alors que les dents sont en occlusion, le bord libre des incisives supérieures est dessiné sur la face vestibulaire des incisives inférieures. Au cours de l'émission des « esse » terminales

(Duchesse, Tendresse ...etc.) le bord libre des incisives supérieures s'élève à un niveau toujours constant. Elle constitue l'espace minimum phonétique, celui - ci doit être noté sur la fiche des patients. Il doit être reproduit pendant la construction des prothèses certains auteurs, une sur occlusion importante atteignant même 12-13 mm doit être imitée fidèlement afin que l'esthétique et la phonation soient conservée dans leurs intégrités. néanmoins la hauteur des dents inférieurs sera réduite pour SILVERMAN , la sur occlusion doit être au moins égale à l'espace minimum phonétique , il peut être intéressant de modifier la position relative des dents antérieures dans les cas de troubles légers de phonation (Zézaiement, sifflement ...etc.) ou de la mal position inesthétique que le patient refuse de voir reproduire .

4- Quelques particularités cliniques :

4-1 La présence des foyers infectieux chronique d'origine dentaire :

En regard de lésions osseuses chroniques péri apicales, les extractions peuvent être réalisées après traitement endodontique des dents causales a fin de garantir une cicatrisation osseuse optimisant le maintien du capital osseux. Les lésions kystiques ne peuvent être traitées que chirurgicalement. Un traitement endodontique préalable de la dent causale suivi d'une résection apicale associé à l'exérèse du kyste avec survie radiologique pendant plusieurs mois peut garantir de meilleures conditions lors des avulsions en diminuant le risque d'effraction des tables osseuses vestibulaires et linguales. Le non respect de ces dernières peut

compromettre la régénération osseuse et par voie de conséquence , réduire la surface d'appui de la future prothèse. Lorsque l'exérèse du kyste est réalisée au moment des d'extraction, il faut veiller à préserver une épaisseur de 2 mm des tables osseuses, laquelle facilitera la régénération osseuse dans la cavité kystique.

4-2 Qualité défavorable du tissu fibromuqueux :

Les éventuelles crêtes flottantes au niveau des secteurs postérieurs doivent être éliminées chirurgicalement. Dans ce cas, les prothèses existantes du patient peuvent être rebasées à l'aide d'une résine à prise retardée afin de favoriser la cicatrisation de la fibro muqueuse avant les empreintes primaires à l'alginate.

4-3 Pathologies neuro-musculo-articulaires :

Les patients qui présentent des pathologies neuro-musculo-articulaires nécessitent un traitement adapté selon certains auteurs. Ces mêmes patients, lorsqu'ils sont candidats à l'édentation totale, semblent ne pas avoir de traitement spécifique.

Pour de telles situations cliniques, RIGNON -GRÉT propose d'utiliser le protocole opératoire de la PAC immédiate d'usage dans sa conception, en vue de concevoir des prothèses de type provisoire immédiate ou de transition avec dents plates .Celles-ci seraient destinées à réadapter des articulations temporo-mandibulaires dans une situation physiologique.

Dans un deuxième temps, un nouveau rapport intermaxillaire peut être enregistré et de prothèses d'usage réalisées.

chapitre III

Les différentes approches en prothèse totale immédiate :

La prothèse immédiate se propose de remplacer les dents le jour de leurs extractions pour éviter tous les inconvénients esthétiques et psychologiques liés à l'absence des dents antérieurs.

De la prothèse temporaire à la prothèse d'usage, il existe différentes techniques qui ont chacun des avantages et des inconvénients (rapidité, facilité, coût, etc.).

Dans certains cas les extractions, souvent multiples peuvent être différées ou séparées mais souvent elles sont suivies d'une régularisation osseuse plus ou moins importante qui pourra, dans le cas le rigoureux, être contrôlé par un guide chirurgical.

La connaissance des divers types de prothèse immédiate permet au praticien de choisir en fonction du patient et du contexte la technique la plus appropriée au passage sans heurt au stade d'édentation total.

A-prothèse immédiate de transition :

1-définition :

La prothèse immédiate de transition sert à remplacer les dents où qu'elles se trouvent, sitôt leur extraction réalisée. Elles peuvent être complétées ou non d'un modelage osseux .

Hormis le de la prothèse immédiate d'usage, décrite plus loin dont la technique est la plus rigoureuse mais la plus complexe.

Les nombreuses techniques proposées concernent les prothèses de transition et autorisent du compromis plus ou moins important qui permet de faire face de nombreuses situations cliniques et générales des patients.

2-indication :

*règles générale : ses indications sont moins restreintes que celles de la prothèse immédiate d'usage, même si, pour certains auteurs elle a pu être limitée aux même indications que la précédente : édentement en classe 1 de KENNEDY. (Au quel cas leurs protocoles de réalisation ne sont pas dissemblables).

Par ailleurs, la prothèse immédiate de transition a un rôle utile sur les suites immédiates de l'intervention : en protégeant les tissus traumatisés et le caillot, en diminuant la souillure des plaies et en améliorant le processus de cicatrisation et d'ostéogénèse.

- En présence d'arcades qui présentent:
 - des éléments anatomiques ne favorisant pas la rétention et la stabilisation, tels que des crêtes ostéomuqueuse fortement résorbées, des tubérosités et des trigones dépressibles, des crêtes avec des versants vestibulaires peu marqués, des voûtes palatines peu profondes ;
 - des relations inter-arcades défavorables laissant craindre des difficultés à obtenir une parfaite rétention et stabilisation telles que

les classes II, les supraclusies inhérentes aux classes II div. 2, voire aux anomalies squelettiques.

- En présence de patients qui présentent :
 - des asialies partielles ou totales;
 - des dyskinésies musculaires, des pathologies neuromusculaires;
 - des parafonctions, telles que des pulsions linguales, un bruxisme nocturne excentré.
- En présence de patients qui présentent:
 - une anxiété certaine à l'idée de perdre leurs dents;
 - une crainte de la perte de leur image décisionnelle,
- En présence de patients :
 - qui n'ont jamais été appareillés ;
 - qui, de manière directe ou indirecte, ont été confrontés à une déception ou un échec prothétique

3-différents types de prothèse immédiate de transition :

3-1- la prothèse totale immédiate classique :

3-1-1 Extraction des dents postérieures :

Une fois la décision de réaliser une prothèse immédiate adjointe complète, il faut que l'édentation présente en classe 1 de KENNEDY. Si cette n'est pas remplie, on extrait les dents nécessaires .

Une plastie des maxillaires peut être envisagée afin d'éliminer les surplombs et de favoriser la cicatrisation alvéolaire et pour

obtenir une crête régulière et arrondie, éliminer les septa interdentaires et intra radiculaires.

Avant tout acte opératoire, un moulage des deux arcades avec toutes les dents existantes doit d'être pris, il est destiné à nous renseigner ultérieurement pour le choix et le montage des molaires et des prémolaires

3-1-2 La prise d'empreinte :

L'élaboration d'une prothèse immédiate représente un des actes thérapeutiques les plus délicates. Techniquement, la prise d'empreinte demeure la phase essentielle de cette solution thérapeutique en raison des risques qu'elle comporte.

-Risque immédiat, telles les avulsions des dents restantes

-Risque tardif, tel l'absence de rétention prothétique.

C'est pourquoi, il convient tout d'abord de bien définir les objectifs qui président à sa réalisation, puis de les confronter aux conditions cliniques existantes et enfin de choisir la technique d'empreinte adoptée.

3-1-2.a Objectifs thérapeutique :

Les exigences thérapeutiques auxquelles les empreintes doivent répondre impliquent la prise en compte les trois tissus suivants :

- Tissu dentaire :

Il convient de maintenir en lieu et place les dents restantes sur l'arcade pendant toute la durée de l'élaboration de la prothèse et

donc de ne pas les extraire lors des différents temps des prises d'empreinte.

- Tissu muqueux :

L'enregistrement de la forme des reliefs, de la dépressibilité des tissus muqueux recouvrant les surfaces d'appui, et comparable à celui d'une arcade totalement édentée, simultanément les empreintes primaires puis secondaires de manière plus précise doivent enregistrer le volume, la position des zones de réflexion maxillaire et mandibulaire, en particulier l'arc palatoglosse.

Tissu osseux :

L'anatomie des différents reliefs anatomiques : tubérosités, torus palatin, trigones rétromolaires, lignes mylo-hyoïdiennes, lignes obliques internes, morphologie des procès alvéolaires seront impérativement incorporés dans l'empreinte.

A ce propos, il convient d'insister sur le franchissement des lignes mylo-hyoïdiennes dont découle l'occupation de l'arc palatoglosse. Ce franchissement s'impose à la fois pour utiliser la seule structure ostéomuqueuse susceptible de stabiliser la prothèse dans le plan frontal et à long terme pour éviter une déformation osseuse par projection interne de ligne mylo-hyoïdienne.

En effet, sous l'action des pressions fonctionnelles transmises par une prothèse mal adaptée, la ligne oblique interne se déforme en se projetant horizontalement vers l'intérieur alors que la crête se résorbe fortement.

3-1-2.b Techniques d'empreintes :

L'obtention d'un modèle de travail idéal résulte de la qualité des informations enregistrées lors de la prise d'empreinte primaire puis secondaire, la qualité dépendant entre autre facteurs de la bonne réalisation de la porte empreinte individuel.

3-1- 2.b 1 Empreinte primaire :

En dehors de l'empreinte directe à l'alginat dont les résultats sont souvent moyens voir insuffisants, trois techniques sont à notre disposition :

*Première technique : l'empreinte rebasée

Cette technique est indiquée en présence des dents peu mobiles et des segments édentés étendus.

Après avoir choisi et adopté éventuellement la porte empreinte perforé, celui-ci est enduit d'adhésif dans les secteurs édentés.

Il est garni d'alginat de consistance dense et placé dans la cavité buccale. Le praticien mobilise les organes para prothétiques en regard des secteurs édentés et attend la gélification du matériau. La porte empreinte est alors désinséré.

A l'aide d'un bistouri ou d'un cutter, les bords de l'empreinte sont coupés de manière à placer les bords 2mm sous la zone de réflexion et à libérer les freins.(fig :04)



Figure N°04 : les instruments pour découper et le découpe les bords de l'empreinte

De même en regard des secteurs édentés, l'alginate est éliminé. Au niveau de la voute palatine une ou deux saignées sont pratiquées.

L'empreinte est garnie d'une nouvelle dose d'alginate, de consistance fluide puis remplacée fermement sur l'arcade concernée.

Cependant, en fonction des marques d'alginate employées par le praticien. L'adhérence entre les deux alginates sera plus ou moins parfaite. Il conviendra de renforcer cette adhérence, soit par un séchage préalable avec une compresse, soit par la mise en place d'un adhésif.(fig :05)

Ensuite la coulée s'effectuera dans les délais les plus brefs.

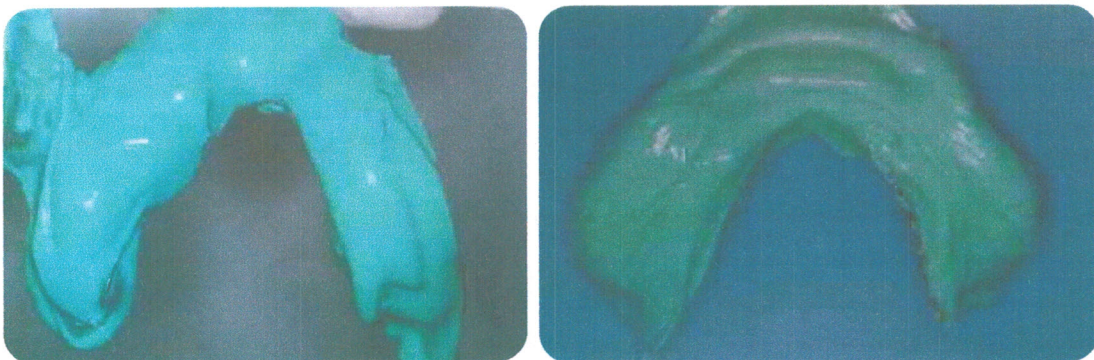


Figure N°05 rebasage avec un alginate fluide et l'aspect de l'empreinte finale

Dans un dernier temps, après retrait de l'empreinte terminale, et à l'aide d'un bistouri, l'enduit siliconé est découpé, enlevé, remplacé dans l'empreinte où il est collé dans l'alginate à l'aide de Cyanolit.(fig :07)

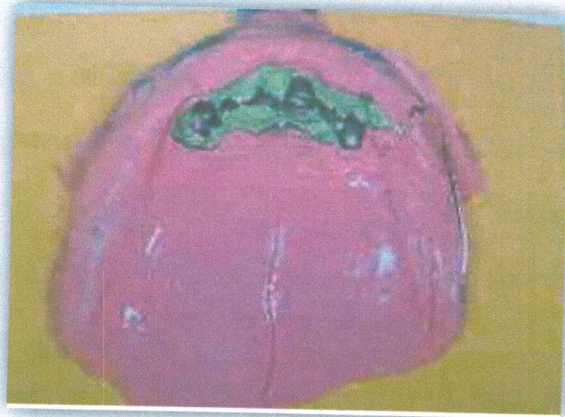


Figure N°07 : remise en place des protections en silicone dans l'empreinte à l'alginate

*Troisième technique : porte empreinte ouvert

Cette technique est indiquée en présence de dents antérieures dont la mobilité atteint un degré extrême « dents basculent de 4 à 6 mm ».

Un porte empreinte en plastique est découpé en regard du segment édenté à haut risque.

L'empreinte des secteurs dentés postérieurs est réalisée en un ou deux temps, en veillant à ne jamais inclure la face vestibulaire des dents concernées.

Cette technique permet au praticien de contrôler constamment le comportement des dents mobiles.

Dans un dernier stade, une silicone regular ou light est injecté dans la région libre enregistrant la ou les faces vestibulaires apparentes. Après retrait de la contre- partie en silicone puis de

empiéter sur les secteurs dentés. Après correction des suppressions, les éventuelles sur extensions sont éliminées, et l'intrados est enduit de call pour thiocol.

L'empreinte finale est achevée à l'aide permilastic light. Le choix de ce matériau, à l'exclusion de tout autre, se justifie par la qualité de l'adhésif -la très haute viscosité 60000 cps après malaxage, le temps de travail 6-7mn, son temps de prise 10-14 mn, et son attitude à accepter les couches ultraminces.

Dans le cas où les conditions cliniques sont très favorables, telle que dents fortement retentives, présence de furcation, intermédiaires de bridge, le praticien est le droit de redouter une désinsertion particulièrement périlleuse. Il est alors possible d'habiller les dents et de combler les zones de contre-dépouilles à l'aide de silicone, comme cela a été préalablement décrit, les différentes séquences cliniques restant comparables.

*Deuxième technique :

- le porte empreinte avec ouverture :

Cette approche est indiquée en présence des dents très mobiles « dents basculent de 6 mm », l'importance de contre-dépouilles résultantes, soit des reliefs osseux, soit des divergences entre les axes des reliefs osseux et des dents restantes, enfin des divergences entre les dents elles mêmes.

Au laboratoire, le porte empreinte est réalisé en résine auto polymérisable type Fonnatray, les ouvertures vestibulaires ou occlusales sont ensuite pratiquées.

Le porte empreinte à ouverture occlusale est indiqué en présence de dents mobiles sans contre-dépouilles vestibulaires marquées. L'ouverture vestibulaire est indiquée si les dents sont très mobiles avec l'importante contre-dépouille vestibulaire.

Dans les deux cas, un opercule ferme l'ouverture permettant de maintenir le matériau à empreinte puis de le libérer des dents mobiles.

Pour cela le porte empreinte est découpé au niveau choisi.

Les bords de la découpe seront nets, marqués d'encoche précises et badigeonnés d'un vernit isolant, une petite feuille de Formatray est ensuite appliquée sur la partie découpée en ayant soin de bien occuper les encoches.

Après polymérisation, cette feuille détachée, les bords sont ébarbés, et son adaptation sur le porte empreinte vérifiée.

Les temps cliniques sont comparables à ceux préalablement décrits, exceptions faites des temps suivants

- le porte empreinte à ouverture occlusale :

L'adhésif assurant la tenu de thiocol, est enduit sur l'ensemble des bords et de l'intrados du porte empreinte mais en aucune façon au niveau de l'intrados de l'opercule qui sera au contraire enduit en résine.

L'empreinte terminale est prise, l'opercule étant maintenu à sa place grâce à ses encoches. Après vulcanisation du matériau, ce dernier sera enlevé laissant apparaitre le bord libre des dents sous-jacentes.

Ceci permet au praticien d'insuffler de l'air comprimé à ce niveau facilitant la désinsertion et éventuellement de maintenir les unités dentaires pendant la traction exercée. (fig :08)

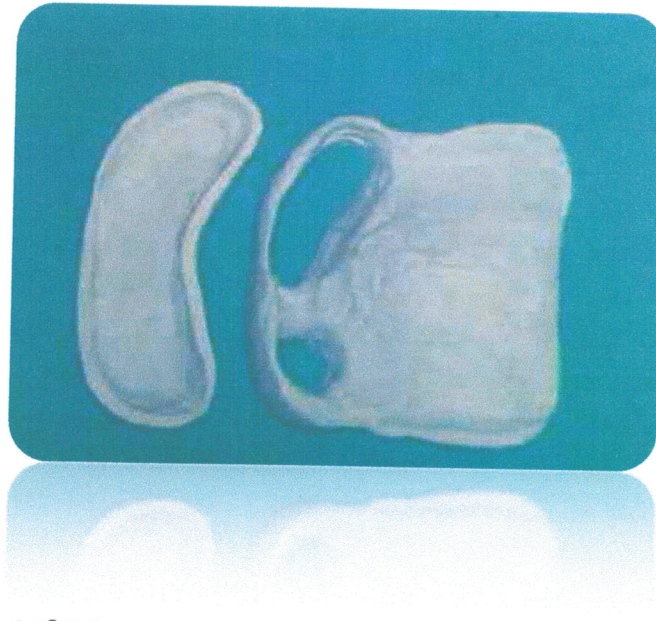


Figure N°08 porte empreinte à ouverture occlusal

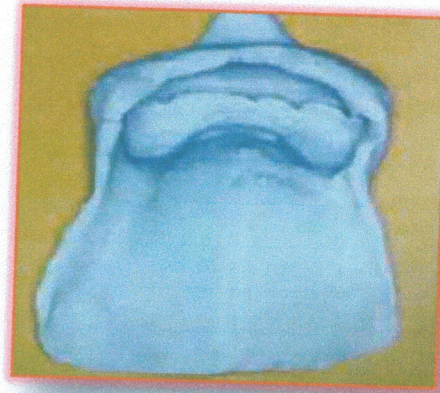
- le porte empreinte à ouverture vestibulaire :

L'empreinte est réalisée en évitant de déborder les faces vestibulaires. Un liquide séparateur est appliqué sur les faces vestibulaires des dents, le matériau à empreinte et le porte d'empreinte. . L'opercule vestibulaire est garni d'un matériau à empreinte d'une famille totalement différente « silicone light » puis mis à sa place et appliqué. Ceci évite tout risque d'adhérence.

Après réticulation , l'opercule est enlevé permettant au praticien de désinsérer le port empreinte sans aucun risque d'avulsion des dents impliquées .(fig :09)

Figure N°09 :

porte empreinte à
ouverture vestibulaire



On pourrait craindre une compression trop importante des surfaces d'appui en raison de la succession d'empreinte primaire et secondaire rebasées , cependant , lors de l'empreinte primaire , ce risque est éliminé par les différentes découpes effectuées dans l'alginate dense , découpes qui facilitent l'écoulement de l'alginate liquide . de même lors de l'empreinte secondaire la présence de perforation et le choix d'un matériau de sur empreinte très liquide préviennent tout risque de compression .

*Troisième technique : -l'empreinte mixte

Cette technique est indiquée en cas de bridge de grand étendue , voir complet , très mobile « dents basculent de 4 à 6 mm » infractionnelle .

- Réalisation du porte empreinte individuel :

Au laboratoire, un porte empreinte est réalisé selon les critères suivants :

Appliqué au niveau de la voute palatine ou des remparts alvéolaires à la mandibule , légèrement espacé dans les régions cervicales .

adopté au niveau des faces occlusales et débordant très légèrement sur faces vestibulaire , ceci assure sa parfaite mise à sa place .

Après avoir comblé à l'aide de silicone , les zones de rétention , l'empreinte de la voûte palatine ou du rempart alvéolaire mandibulaire lingual est prise , à l'arcade maxillaire selon les techniques probablement décrites « pâte oxyde de zinc-permalastic light » à la mandibule uniquement avec du permalastique regular

Un porte d'empreint du commerce adapté est alors garni d'un alginate relativement fluide puis mis à sa place dans la cavité buccale . après gélification il est retiré sans encombre laissant le porte empreinte individuel qui sera enlevé dans un deuxième temps.

L'ensemble est reconstitué . l'empreinte est coulé générant un modèle de travail répondant aux exigences préalablement définies .

Cette sur empreinte permet d'enregistrée les remparts alvéolaires vestibulaire la zone de réflexion muqueuse et les différents freins .

En effet la réalisation adéquate d'une prothèse immédiate totale dépend entre autre paramètres de choix de la technique et de la bonne réalisation des empreintes .

Ceci passe par une bonne compréhension des objectifs thérapeutiques , et un examen clinique précis.

Différentes techniques des empreintes primaires et secondaires sont présentées, techniques adaptées aux objectifs thérapeutiques et aux conditions cliniques existantes.

3-1-3 Détermination de la relation intermaxillaire :

Tout les élément préextractionnels anatomique et physiologique analysés recueillis avant la suppression des dernières dents postérieure vont être repris et utilisés.

A l'aide des bases d'occlusion préliminaires, le technicien montre sur un articulateur simplifié les moulages définitifs issus des empreintes secondaires.

Des bases stabilisées avec une pâte à l'oxyde de zinc sont alors construites. Les bourrelets d'occlusion préfigurant les remparts alvéolo-dentaires sont fixés sur ces bases.

Le plan d'occlusion convenablement orienté sera situé à mi-distance des crêtes ainsi dégrossi au laboratoire, le réglage embouche de ces bases d'occlusion nécessitera peu de modification.

L'étude complète des différentes manipulations d'enregistrement et de transfert seront comme suit :

- Réglage céphalométrique du plan d'occlusion ;
- Détermination de la dimension verticale de repos ;
- Etablissement d'un espace libre suffisant destiné à favoriser le repos des muscles élévateurs
- Correction éventuelle de l'espace phonétique minimum ;
- Transfert sur articulaire de la position du maxillaire supérieur relativement à l'axe charnière étant point sous orbitaire ;
- Solidarisation des deux bourrelets en relation centrée ;
- Transfert sur articulateur de la relation inter maxillaire ainsi déterminée

3-1-4 Choix et montage des dents postérieures :

Les dents postérieures sont choisies de telle sorte que leur modèle occlusal soit en harmonie avec les trajectoires condyliennes et incisives et qu'il s'inspire du schéma occlusal naturel précédent

(les documents préextractionnels revêtent également ici importance capitale)

Lorsque l'occlusion précédente était très perturbée , qu'elle ne coïncidait plu avec la relation centrée ; lorsque le praticien aura diagnostiquer des réflexes nocifs d'occlusion acquis au cours des différents stades de l'édentation , des dents plates seront adoptées de préférence.

De la même façon , le montage s'inspira du schéma occlusal naturel conservé par voie de moulage avant l'extraction .

Les erreurs seront ainsi réduites au minimum et l'adaptation du patient à sa prothèse s'effectuera très rapidement , la courbe de compensation sera reproduite fidèlement.

Les prémolaires et les molaires convenablement choisies sont montées de telle sorte que le maximum de contacte soit obtenu en occlusion centrée et au cours des mouvements de propulsion et de latéralité.

Dans certain cas cependant, une supra clusie ou rétrognathie existe.

Il ne saurait être question alors de recherche ce contact généralisé, la contacte an trois points , un antérieur et deux postérieurs est suffisant,

Il ménage un vide intercalé au niveau des molaires , il assure la fonction et la stabilité du système prothétique

3-1- 5 Essai fonctionnel :

Le montage des dents postérieures est réalisé en cire extrêmement dure ne se déformant pas à la température buccale,

telle que la « Sure set » de Kerr. Ce montage constitue le gabarit de la future prothèse, l'épaisseur des bords doit compenser en tout point les pertes de substances osseuses. toute notre attention doit ce porter sur la vérification de la relation intermaxillaire.

Les prothèses en cire sont insérées en bouche.

La prothèse inférieure est mise en place la première , les deux index placés sur les molaires l'appliquent rigoureusement contre la surface d'appui. Le patient ne doit manifester à aucun moment une sensation de douleur. Lorsque celle-ci existe, son origine exacte doit être repérée et éliminée avant d'insérer la base supérieure.

En absence de toute réaction douloureuse , la prothèse supérieure est insérée , le patient est prié de fermer sur ses molaires.

Cet essai peut révéler une dysharmonie occlusale réelle . il y a lieu de reprendre un articulé selon TENCH à l'aide d' une cire mordue

3-1-6 Préparation du patient :

La préparation du patient revêt ici une grande importance , un contact préalable avec son médecin traitant nous évite , d'une façon générale contrariété ultérieure.

Il convient de prescrire classiquement :

-Un Antibiotique à prendre la veille , le jours et le lendemain de l'intervention

-Un hémostatique qui sera d'autant plus important que les examens sanguines auront révélé un temps de saignement ou de coagulation perturbé

- Un anti inflammatoire

-Un tranquillisant de synthèse

Il est cependant nécessaire de ne pas donner au patient la sensation que quelque chose d'important ou de grave se prépare.

3-1-7 Construction de la prothèse complète au laboratoire :

Cette étape à pour objet de supprimer les dernières dents présentes sur le modèle , de les remplacer par les dents artificielles, et de transformer la maquette ainsi construite en une prothèse complète correctement polymérisée, prête insérée en bouche

Elle sera réalisée en 03 temps qui seront étudiés successivement.

-L'insertion des repères sur les modèles et montage des dents antérieures .

- La suppression des dents existantes.-

-La polymérisation

3-1-7- a Inscription des repères et suppression des dents sur le modèle :

-Tous les repères seront inscrits avec une pointe sèche afin d'éviter leur disparition au cours des différentes manipulations .

-La ligne médiane est d'abord gravée en respectant sa direction actuelle.

-Tous les axes des différentes dents à remplacer sont dessinés sur celles-ci et prolongés sur 2 cm environ , ils permettent ultérieurement de remplacer sans difficulté les dents artificielles dans une position identique à celle occupée précédemment.

- La situation exacte du bord libre est également matérialisée, en marquant sur l'axe de chaque dent un point situé à une distance constatée du bord libre , égale à 18 mm par exemple.

- L'incisive centrale supérieure droite est supprimée , la première avec beaucoup de précaution , sans entamer les points de contact des dents voisines.

-Classiquement , il est recommandé de creuser au niveau des racines sur une profondeur de 2 mm vestibulairement et jusqu'au trait palatin .

-La dent artificielle doit être rectifiée dans le sens mesio-distal et dans toutes ses dimensions jusqu'à ce qu'elles s'intègrent harmonieusement aux autres dents, que son axe coïncide avec l'axe de la dent supprimée et que son bord libre soit situé 18mm du point gravé précédemment sur l'axe tracé sur la modèle .

-Cette même opération sera reproduire successivement et dans l'ordre pour l'incisive latérale gauche , pour l'incisive centrale gauche , l'incisive latérale droite , la canine droite et la canine gauche

-Le choix et le montage des dents antérieures représentent aussi des étapes clés , car elles font appel simultanément aux règles classiques de l'esthétiques , elles impliquent aussi les impératifs

techniques de montage . Ainsi seul un accord entre les données techniques et esthétiques permettra de retrouver une harmonie du visage , une harmonie du sourire , mais aussi une adhésion psychologique du patient.

L'exploitation des documents dit « préextractionnel » peut être fondamentale en prothèse complète immédiate , tant au niveau des choix des dents (teintes, forme, dimension) que de leur montage .

Lorsque le patient est satisfait de son apparence , il faut reproduire la position et la forme des dents naturelles.

Lorsqu'il existe des malpositions disgracieuses que le patient se refuse à revoir , il convient de les adoucir intelligemment.

3-1-7-b La polymérisation :

Elle s'effectuera toujours sur le modèle , dans les cas de polymérisation à chaud et par compression , la température ne doit pas être élevée brutalement mais au contraire très lentement .

Le démouflage ne s'effectuera que lorsque le moufle sera refroidi. La prothèse sera remise en articulateur dans le but de corriger les déplacements éventuels des dents artificielles au cours de la mise en moufle ou de la polymérisation.

3-1-8 Extraction des dents restantes :

Ainsi polymérisée , la prothèse est examinée par le praticien , un polissage minutieux fait disparaître toutes les traces de meulage.

Toute attente inutile sera évitée au patient . Un accueil amical lui procurera la sensation de confort que chacun d'entre nous souhaite ressentir avant toute intervention .

Il est souvent utile de minimiser cette intervention dans son esprit , de sembler ne lui accorder qu'une très faible importance .

Techniques opératoires :

*Au niveau de la région incisive maxillaire :

C'est une zone où les extractions , ne posent en général pas de problème, c'est le relief alvéolaire qui nécessite un modelage .

Il ne faut pas céder à la tentation d'abattre ce relief , car cette solution de facilité diminuerait la hauteur de la crête antérieure indispensable au maintien de la prothèse.

Il existe trois techniques d'alvéoloplasties en fonction du degré de protrusion :

a-Simple résection osseuse modelant des berges alvéolaires antérieures :

C'est l'intervention la plus fréquente.

Après extraction des dents au davier , on fait un lambeau vestibulaire étendu qui une vue d'ensemble de la crête , les régularisations pourront ainsi être calculées en fonction du minimum de résection osseuse.

b- Alvéoloplasties antérieure par la technique de DEAN :

Il s'agit d'une ostéotomie de la table externe sans toucher le versant palatin

c- Alvéoloplasties antérieure par la technique(D'OWERGESER) :

Réservée au proalvéolie importante , c'est une technique qui consiste en une fracture des deux tables osseuses vestibulaire et palatine.

Il faut noter que les indications de ces dernières techniques diminuant de plus en plus avec le développement des matériaux de mise en condition.

En effet , l'os alvéolaire n'a que trop tendance à ce résorber et toute régularisation intempestive provoque un processus de résorption mal contrôlé.

*Techniques des faux moignons radiculaires :

Certains auteurs préconisent une absence complète de correction osseuse chirurgicale , une fois les extractions réalisées. Ils préconisent un garnissage de l'intrados prothétique en résine auto polymérisable qui viendra tapisser les alvéoles déshabités et reproduire ainsi des faux moignons radiculaires , leurs fonctions étant de stimuler les propriocepteurs parodontaux , et d'améliorer la stabilité de la future prothèse.

-Au niveau mandibulaire :

Il faut limiter au maximum la régularisation osseuse pour préserver un support efficace à la prothèse . La conservation des tables externes , plus épaisse qu'au maxillaire est primordiale.

3-1-9-Séances postopératoires : soins et corrections :

Le lendemain, le patient se présente au cabinet avec beaucoup de précaution la prothèse est retirée et lavée au sérum physiologique

. La surface d'appui est examinée soigneusement. L'opérateur procède à une toilette minutieuse des alvéoles.

Les irritations lorsqu'elles existent se situent en regard des parties osseuses saillantes (tubérosité au maxillaire supérieure, ligne oblique interne au maxillaire inférieur). on pourra corriger l'intrados prothétique, puis le polir soigneusement. Cette zone pourra être enduite, de Borostyrolou, de Néomycine, à l'hydrocortisone.

Les contacts prématurés importants sont éliminés dès les premiers jours. Certains auteurs recommandent d'attendre deux semaines avant de faire des retouches, car il peut des dysharmonies occlusales consécutives à l'infiltration cellulaire postopératoire.

Au bout de ce laps de temps, on enregistre un nouveau rapport intermaxillaire, on monte les modèles sur articulateur et on procède à une équilibration occlusale adapté en volume de la prothèse.

Durant cette étape de laboratoire, de meulage sélectif puis de rodage (le patient peut utiliser dans les cas d'endementement antérieur).

Bien que les rapports inter arcades soient corrects, il ne s'agit que d'une prothèse de transition, car il va se produire des modifications de rapport intermaxillaire et de résorption secondaire. Il s'agit donc de bien prévenir le patient du caractère temporaire de cette restauration en besoin, on peut graver sur la prothèse le mot « provisoire » pour éviter tout malentendu.

3-2 Prothèse supra-dentaire « over denture » :

3-2- 1 définition :

La réalisation d'une prothèse complète immédiate n'est pas toujours synonyme d'étentation total. La conservation sous prothétique des racines dentaires peut être envisagée dans certain nombre de cas cliniques.

La prothèse supradentaire est une prothèse qui recouvre l'ensemble de la surface d'appui sous laquelle les racines restantes sont conservées pour améliorer la stabilité, la sustentation et éventuellement la rétention.

3-2-2 objectifs :

L'objectif principal de la conservation des racines et la prévention des phénomènes de résorptions associés aux avulsions dentaires.

La stabilité et la rétention prothétique sont indirectement améliorées par les capacités proprioceptives qui assurent une meilleure perception occlusale et par un contrôle neuromusculaire supérieur des fonctions masticatoires.

3-2-3 contre indication :

a-Générales :

- Cette prothèse est contre indiquée chez les patients qui ont un état général altéré, par exemple : une endocardite infectieuse, une infection pulmonaire.

- Une motivation insuffisante vis-à-vis de cette approche thérapeutique.

b-Loco-régionales :

Les crêtes alvéolaires hypertrophiques avec une morphologie en balcon créant des fortes contre-dépouilles constituant un indice négatif vis-à-vis de la réalisation prothétique.

c -Locales :

En relation avec les valeurs intrinsèques et extrinsèques des dents restantes :

-Valeurs extrinsèques défavorables liées à leur situation et à leur malposition.

-Valeurs intrinsèques : mobilité, atteinte parodontale, perte osseuse verticale, foyers infectieux apicaux non traitables, traitement endodontique impossible.

Enfin, une hygiène insuffisante est une contre-indication, car la pérennité de cette solution prothétique dépend d'un contrôle de plaque très satisfaisante pour ne pas risquer l'apparition des lésions carieuses ou parodontales.

3-2-4 Les avantages :

Les thérapeutiques basées sur la conservation des racines sous prothétiques présentent beaucoup d'avantages, parmi les quelles nous citons les plus importants et qui sont au nombre de trois :

- Le maintien du capital osseux :

la première année, la présence de racine sous prothétique réduit la résorption de 0.9 mm au niveau canin et de 1.2 mm au niveau molaire, de même sur une période de 5 ans, le maintien des racines réduit la

résorption de 0.1 mm à l'arcade supérieure et de 4.6 mm à l'arcade inférieure.

- L'efficacité masticatoire :

La puissance masticatoire est fortement augmentée lorsque les attachements sont placés sur les dents restantes , passant de 230 à 340N , soit une augmentation de 50% , de plus , lors de la mastication le contact entre la base prothétique et l'attachement améliore ce résultat, cette amélioration est liée à l'influence des récepteurs parodontaux et à l'amélioration de la stabilité prothétique.

- L'apport physiologique :

au niveau mandibulaire , les patients acceptent mieux des prothèse à appui mucco-dentaire qu'un qu'une prothèse Conventionnelle . cela pourrait s'expliquer par le maintien de certaines unités dentaires , prévenant la crainte de perdre toutes ses dents symbole de vieillissement et de mort , mais l'évaluation de la satisfaction pour les prothèse à recouvrement radiculaire est délicate , en effet après une année la différence entre les indices de satisfaction des patients porteurs d'une prothèse conventionnelle ou d'une prothèse à recouvrement radiculaire n'est pas réelle.

3-2-5 Les inconvénients :

A long terme, le succès des prothèses à recouvrement radiculaire dento - muqueuse dépend de la participation du patient dans le contrôle et le maintien d'une hygiène excellent. en effet cette thérapeutique s'accompagne d'une perte de 5 à 20 % des éléments supports , si l'hygiène est parfaitement maintenue , défectueuse ou

absente provoque l'augmentation des problèmes parodontaux par approfondissement des poches aux quels s'ajoutent des lésions carieuses , par contre le brossage associe à l'application journalière de gel contenant 1% de chlorhexidine supprime le Streptocoque Mutants et par le même les caries de dents supports , mais contrairement à l'application de vernis , cette approche préventive dépend 'une très bonne coopération du patient

Enfin , l'atteinte carieuse et parodontale est augmenté chez les patients qui portent leur prothèse jours et nuit ,

A ces inconvénients majeurs , s'ajoutent des problèmes esthétiques et techniques . l'esthétique peut être perturbé par les élément métalliques recouvrant les racines pouvant transparaitre à travers la base prothétique ou par l'épaisseur de la bas prothétique en altèrent le soutien de la lèvre , les problèmes techniques par une augmentation de la fréquence des fractures de la bas.

3-2-6 Les impératifs :

En principe , toutes les dents peuvent servir de support à un over denture , si elles remplissent un certain nombre de conditions.

Le choix d'une dent support est déterminé non seulement par des considérations cariologiques , parodontales et endodontiques mais au de la de tout , par les aspects prothétiques , en sélectionnant les dents supports , la dentitions au stade pré édenté doit être évaluée en fonction des radiographies de l'état dentaire et parodontale (STEWART 1989)

A) L'hygiène et santé bucco dentaire du patient :

A-1° - considérations carieuses :

la présence de caries supra gingivales devrait présenter peu de problème et être éliminer simplement lors de la préparation coronaire , en revanche , les caries étendues et en voie de développement peuvent être un contre indication à l'utilisation de dents supports pour une over denture , c'est le cas par exemple , lorsque le degré d'atteinte sous gingivale d'une dent cariée et tel qu'un bon traitement endodontique et/ou un bon traitement restaurateur sont pratiquement impossible (HUSSEY ET COLL 1986)

en fonction de l'expérience du dentiste , des désirs du patient et de l'état de sa dentition restante , il peut être nécessaire de conserver un certain nombre des dents cariées sous gingivalemment comme des racines enfouies.

A-2° - considérations parodontales :

Pour évaluer la valeur d'une dent comme support à une over denture , l'état parodontale de la dentition restante est un facteur important , ceci peut être établi en utilisant le tableau du sondage parodontale et des radiographies basées sur les informations issus de l'examen parodontal , les considération suivantes sont importantes dans le choix d'une dent support (JOHNSON ET COLL 1987 , JONKMAN ET PLOOIJ 1992) :

-la mobilité d'une éventuelle dent support n'est pas une contre indication pour sa sélection , si son degré de mobilité diminue de manière significative dès sa réduction coronaire .

-la perte osseuse horizontale d'une éventuelle dent support n'est pas une indication pour son extraction .d'autre part , la perte osseuse

verticale peut être une indication, une quantité raisonnable de gencive attachée autour de l'éventuelle dent support, associé à au moins 6 mm de support osseux sans perte osseuse verticale augment le pronostic d'une dent support, (BREWER et MORROW 1975)

- l'extraction des dents adjacent compromise parodontalement et/ou un curetage sous gingival peuvent améliorer la situation parodontale des dents supports

- l'extraction d'une dents adjacent procure l'avantage de réduire la poche et de fournir un pronostic plus favorable à long terme pour le parodonte de la dent restante (PILOT 1980) le but est donc de maintenir les dents supports qui ne sont pas immédiatement adjacentes, on nomme se la (extraction alternée)

Prenons comme exemple la situations ou l'on doit choisir des dents supports au sain d'une même quadrant entre la canine et deux prémolaires restantes, dans une tell situation la préférence sera donnée a l'extraction de la première prémolaire assure non seulement une bonne répartition des forces au niveau de l'arcade, mais procure aussi l'avantage avec extraction de la première prémolaire, un curetage sous gingivale après l'extraction et une bon hygiène buccale élimineront d'avantage les poches

A-3° -considérations endodontiques :

En général les dents supports nécessitant un traitement endodontique, la préférence sera donner aux dents qui peuvent être traitées relativement facilement, par exemple les dents avec un seul canal radiculaire et sans image apicale, en préféra donc les canines et/ou les prémolaires (GOODIS et CURTIS 1990), une dent dont le

traitement endodontique a été réalisée antérieurement avec succès pour toujours être utilisée comme dent support pour l'overdenture.

Chez les patients âgés la chambre pulpaire et/ou le canal radiculaire sont souvent obstrués par de la dentine secondaire, ceci peut alors permettre de préparer la sans traitement endodontique , cependant , les recherches ont montré que ses dents supports vivants sont souvent à l'origine de problème ultérieur dus à des infiltrations par les tubulés dentinaires , cela est tout à fait comparable à une dent support qui n'aurait pas été fermée par une obturation (ETTINGER et KNELL 1988).

En général il est presque toujours préférable de réaliser un traitement endodontique et de diminuer la hauteur de la dent support car :

- Le rapport couronne/racine est amélioré, ce qui à un impact favorable sur le parodonte , avec une réduction des forces latérales et de la mobilité.

- Davantage d'espace est ménagé pour l'arrangement esthétique des dents antérieures sur l'overdenture

B) Habilité de patient :

Le patient doit d'être capable d'assurer un maintien parfait de l'hygiène de la prothèse adjointe, des éléments prothétiques endobuccaux , des tissus dentaires et muqueux , de plus ses aptitudes manuelles doivent lui permettre d'insérer et de désinsérer la prothèse sans aucune difficulté , ces exigences peuvent être incompatibles avec certains atteintes physiques telles que l'arthrose

des mains , des poignets, de l'épaule , les problèmes oculaires , un tremblement d'attitude.

C) La valeur des dents restantes :

La réduction de la valeur intrinsèque associée à une valeur extrinsèque suffisante en particulier une longueur radiculaire d'un minimum 8 à 10 mm, un environnement parodontal et ostéomuqueux favorable sont les éléments essentiels à la conservation de la racine , de plus la région vestibulaire ne doit présenter aucune contre dépouille , situation morphologique qui s'oppose à l'insertion de la prothèse , à l'obtention d'un joint périphérique et gêne l'esthétique .(fig :10)



Figure n°10 : Contre-dépouille peu favorable à la mise en place d'une prothèse avec attachements

Le plan de traitement devrait être basé sur les modèles montés sur articulateur, cela ne procure pas seulement un aperçu de l'occlusion mais permet également d'établir des relations horizontales et verticales correctes, à la mandibule, on devrait toujours prendre en considération l'utilisation d'une overdenture immédiate, s'il y a suffisamment d'espace prothétique vertical, il est alors possible de considérer la mise en place d'une overdenture dans les deux arcades. Le but ici est de conserver ces dents supports au niveau des deux arcades qui sont de préférence antagonistes, s'il n'y a pas suffisamment d'espace prothétique vertical et que la dimension verticale ne peut pas être augmentée, il vaut mieux une overdenture à l'arcade inférieure opposée à une arcade supérieure complètement édentée que la situation inverse, cependant, s'il reste encore des dents à la mandibule et qu'il n'y a pas d'indication d'extraction, le but sera alors de réaliser une overdenture au maxillaire, ceci évite une situation de « dent naturelle versus dent artificielle », et peut empêcher l'apparition du syndrome de KELLY 1978 dans laquelle il existe une perte osseuse sévère dans la région antérieure du maxillaire, due à une pression excessive des dents présentes dans la région antérieure de la mandibule.

E) Localisation des dents supports :

Un principe important dans la sélection des dents supports et l'obtention de la stabilité de l'overdenture, ceci est rendu possible par la répartition symétrique des dents supports, au sein même de l'arcade dentaire ou entre les deux arcades maxillaire et mandibulaire.

Pour avoir une répartition symétrique des dents supports , l'arcade doit être divisée en quatre zones font appliquer les règle suivantes casernant la répartition des dents supports :

- La séquence des zones préférée est : zone 1 (canines) , zone 2 (prémolaire) zone 3 (incisive) zone 4 (molaire).(fig :11)
- Le but doit être de conserver au moins une dent support par cadrant .
- Si l'on décide de conserver plus d'une dent support par cadrant , il vaut mieux que ce ne soit pas des dents adjacents_.

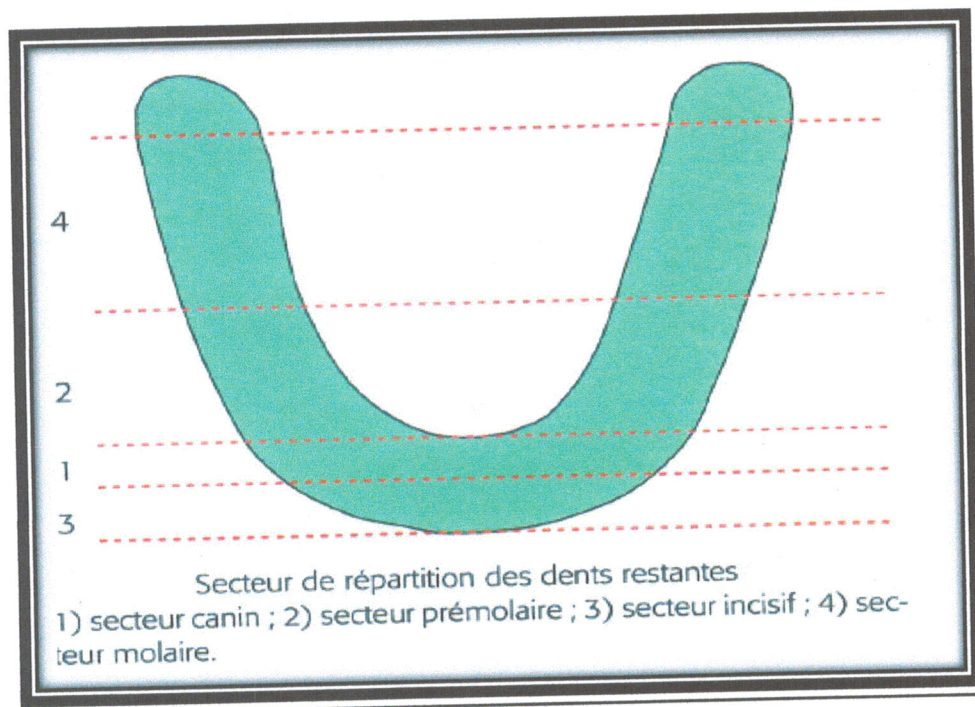


Figure N°11 : L'utilisation des ces règles permettre de réaliser une de ces répartition suivants au sain d'une arcade .

Pour les dents support , quatre dents support réparties bilatéralement sur l'arcade donnent les meilleures résultats car cette situation procure la plus grande stabilité pour over denture .si

l'on doit faire un choix , il vaut mieux choisir les prémolaires que les molaires car le traitement endodontique peut être effectué plus facilement . de plus , les molaires dans une situation de pré-édentée présente souvent des atteintes de furcation et constituent donc un risque plus grand sur le plan parodontale . trois dents supports sont acceptable pour un over denture , car elles sont réparties sur deux quadrants et sont assez distantes les unes des autres.

Des dents supports sur un arcade sont assez faciles à obtenir , mais cette situation peut être défavorable si les deux dents supports sont trop éloignées

Si les deux dents supports sont trop proche l'une de l'autre il est préférable d'utiliser les canines comme dent support car :

- Elles sont maintenues le plus long temps sur l'arcade
- Elle occupe une position stratégique zone 1 .
- La racine est longue et de forme ovalaire assure une bonne rétention sur l'arcade
- le traitement endodontique est relativement facile parfois

3-2-7 La réalisation de la prothèse supradentaire :

-Le maintien et la conservation des racines sous-prothétiques font appel à deux techniques : les racines enfouies, les racines sur l'arcade sur lesquelles sont fixées des coiffes paraboliques, des attachements de semi-précision ou de précision, des aimants(fig :12)

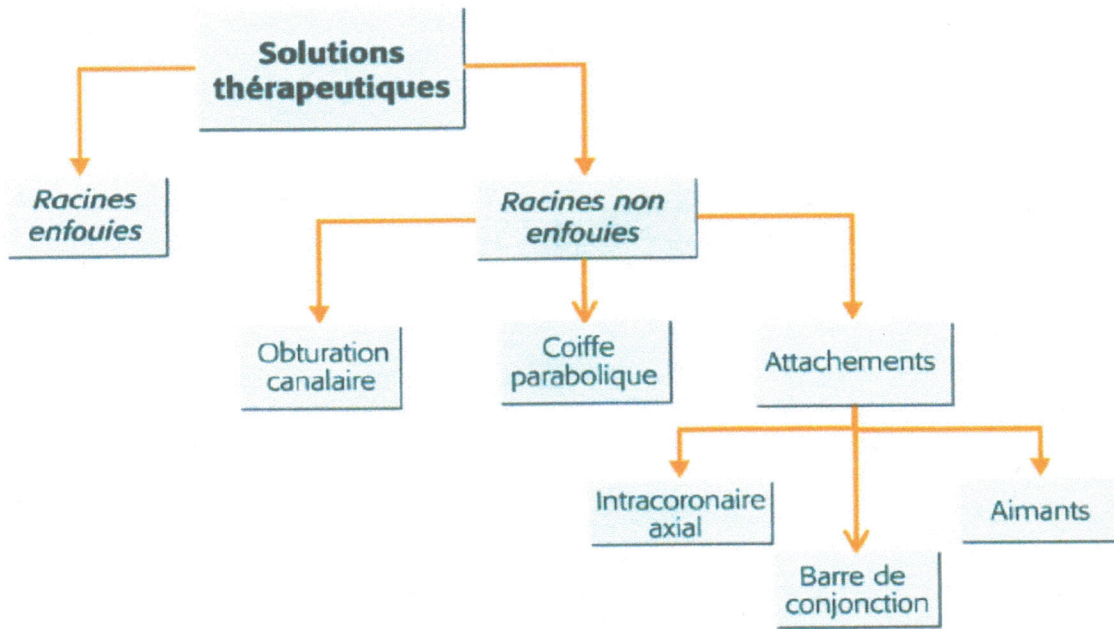


Figure N°12 : Organigramme des solutions thérapeutiques pour l'exploitation des racines restantes chez un patient édenté

a) Les racines enfouies ou réenfouies :

La présence de racines ou de dents incluses maintient le capital osseux. La conservation des éléments dentaires nécessite qu'il n'existe aucune lésion péri radiculaire quelle qu'en soit l'origine, que la racine soit totalement intra osseuse et, surtout, que le patient soit informé de sa présence, sa conservation découlant de l'application du principe du consentement éclairé.

Certains auteurs ont proposé de pratiquer la réinclusion des racines restantes. Pour cela, il faut que la racine ne présente aucune lésion périapicale, qu'elle ait été traitée endodontiquement, et que la longueur intra-osseuse soit d'environ 6 mm. Cependant, le succès de ce type de thérapeutique est limité.

b) Les racines sur l'arcade :

Dans la mesure où la longueur radiculaire intra-osseuse dépasse 8 mm, la racine est conservable. (Fig :13)

Après traitement endodontique et assainissement parodontal, la longueur de la racine est évaluée, sachant que l'obturation apicale doit présenter une longueur de 5 mm environ pour assurer l'herméticité apicale. En fonction de cette longueur, l'utilisation des racines s'oriente dans trois directions.

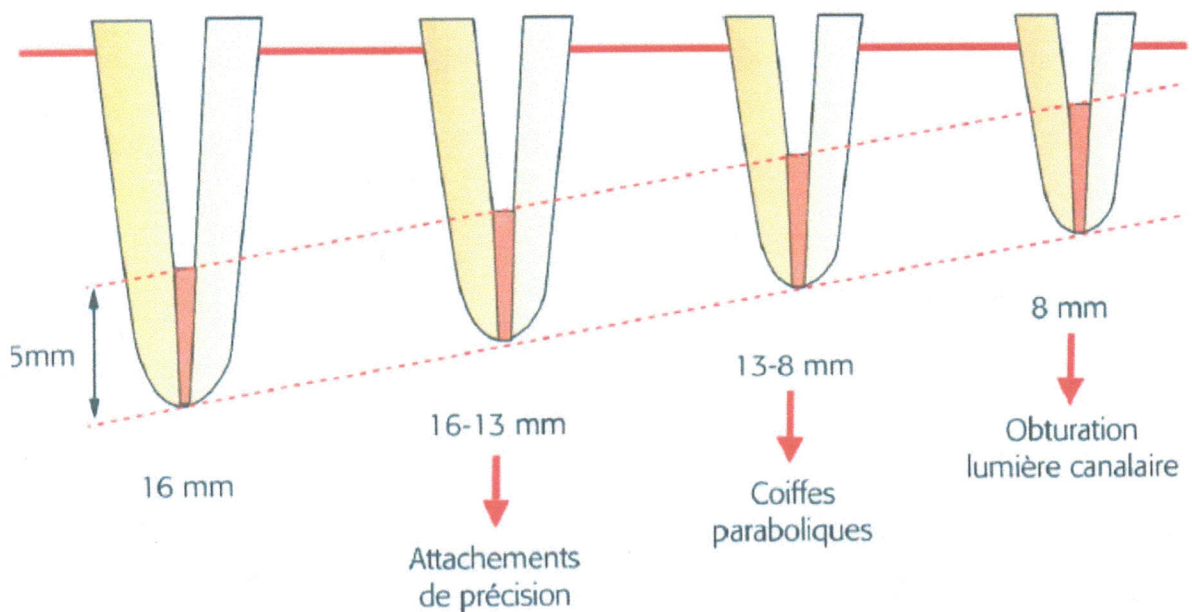


Figure N°13 :. Longueur canalaire et possibilités thérapeutiques

-L'obturation de la lumière canalaire :

L'entrée canalaire est désobturée sur une hauteur de 2 à 3 mm environ puis une fraise cône renversé crée des rétentions dans la paroi canalaire. La cavité est ensuite obturée à l'aide d'amalgame, de composite, de verre ionomère. Dans un deuxième temps, les surfaces

dentinaires apparentes et l'amalgame sont arrondis et soigneusement polis. Cette solution thérapeutique est particulièrement indiquée lorsque l'espace prothétique disponible est réduit. Pour prévenir l'atteinte carieuse, la surface dentinaire est badigeonnée de fluorure d'étain.

Les coiffes paraboliques :

Dans ce cas, les racines sont recouvertes d'une chape métallique coulée. La préparation radiculaire répond aux caractéristiques suivantes : limites périphériques du type congé large, dépouille accentuée, tenon radiculaire de 4 à 5 mm de long, entrée canalaire présentant de petites gorges qui assurent la mise en place sûre de la chape lors du scellement.(fig :14)

L'empreinte de la préparation est prise puis adressée au laboratoire. Cette chape peut aussi être réalisée en technique directe à l'aide de résine calcinable (fig 15)

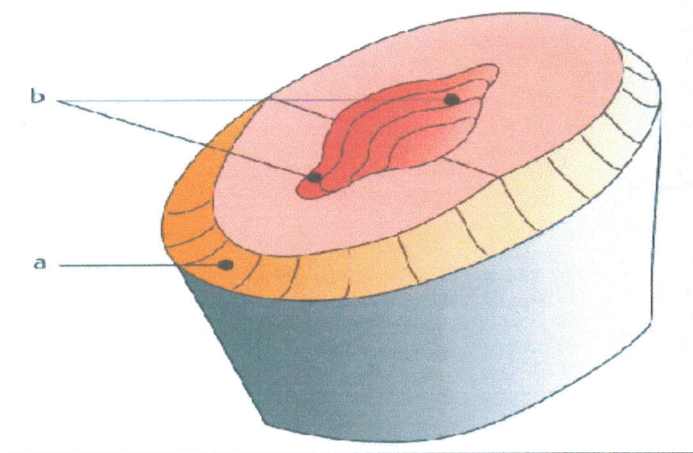


Figure N°14 :.
Caractéristiques de la
préparation d'une coiffe
parabolique.
a) congé périphérique ;
b) entrée canalaire avec
deux gorges qui
assurent la parfaite
mise en place de l'élément
prothétique coulé

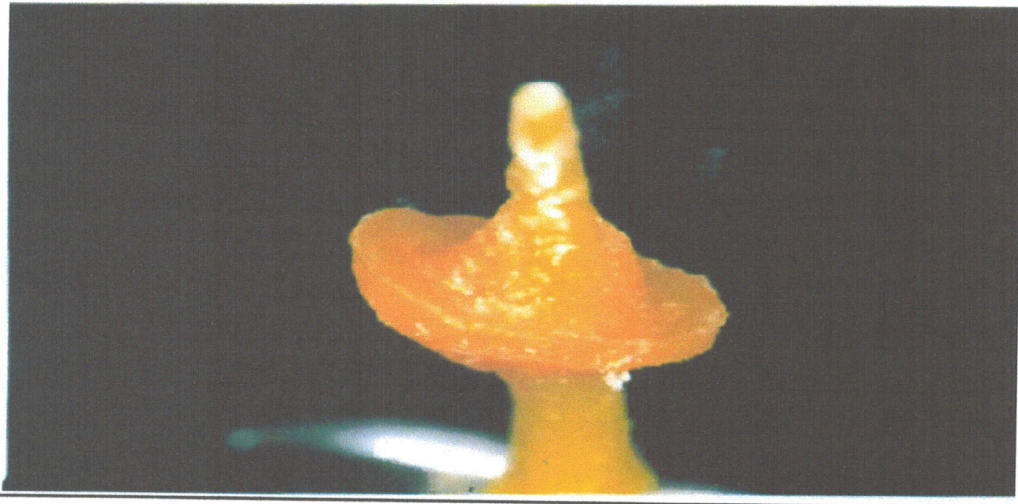


Figure N°15 : Coiffe parabolique en résine calcinable réalisée en technique directe.

Pour éviter toute percolation salivaire et maintenir un environnement parodontal sain, la préparation est protégée par une obturation temporaire en résine associée à un tenon radiculaire.

La forme des chapes varie selon les objectifs thérapeutiques choisis. Si la sustentation est principalement recherchée les chapes seront très basses, en forme de dôme aplati ne dépassant la muqueuse que de 1 à 1,5 mm. La recherche de la sustentation et de la stabilisation requiert des racines plus longues, des chapes plus hautes, dépassant de 2 à 3 mm le sommet muqueux dans la mesure où l'espace prothétique l'autorise.

Les attachements :

Pour les dents à forte valeur extrinsèque dont la longueur radiculaire est supérieure à 12 mm, l'amélioration des qualités mécaniques de la prothèse adjointe fait appel aux attachements de

semi-précision ou de précision. Les attachements sont des dispositifs mécaniques qui relient les racines restantes à la prothèse complète de manière à améliorer la rétention et la stabilité.

Ces dispositifs sont au nombre de trois : les attachement intra-coronaires axiaux, les barres de jonction et les aimants. Il doit cependant exister un juste équilibre entre le bénéfice obtenu et la conservation de l'intégrité des dents restantes. Les attachements intra-coronaires axiaux ce sont les attachements les plus simples. Ils se composent d'une partie mâle solidaire de la racine dentaire et d'une partie femelle située dans l'intrados prothétique. Il existe cependant des systèmes inversés, la partie mâle dans la prothèse, la partie femelle étant solidaire de la racine restante.

Les attachements intra-coronaires axiaux sont nombreux, de conceptions et de dimensions variées, ce qui rend le choix difficile. Seuls certains d'entre eux seront décrits.

- Le Dalbo-Rotex® : c'est le système le plus simple. Il comprend un ancrage radiculaire scellé dont la partie occlusale comporte une sphère sur laquelle une contrepartie, fixée dans la prothèse, vient s'agréger. (fig 16) En fonction du modèle utilisé, la divergence entre l'axe d'insertion de la prothèse et l'axe radiculaire varie de 6° à 18°. Ses dimensions le destinent tout particulièrement aux canines maxillaires et mandibulaires. Cliniquement, la lumière canalaire est alésée, calibrée, l'attachement est enfin scellé avec du ciment oxyphosphate de zinc ou un verre ionomère. Dans un deuxième temps, la face dentinaire est protégée avec du verre ionomère ou du composite.

Son avantage essentiel est bien sûr sa rapidité de mise en œuvre



. Figure N° 16
Dalbo-Rotex
(a) partie femelle
placée dans la base
prothétique,
(b) partie mâle scellée
dans le canal.

L'Excentric de Rotherman :

La partie mâle se présente sous la forme d'un disque mince à la périphérie duquel une gorge asymétrique est creusée. Cet élément en métal précieux est soudé sur un plateau type Richmond. La partie femelle correspond à une boucle ouverte dont les deux extrémités entrent en contact avec la partie la plus profonde de la gorge. (Fig17) L'extrémité rétentive de la partie femelle est perpendiculaire ou tangente à la boucle selon que celle-ci s'agrège sur une dent antérieure ou postérieure. L'avantage essentiel de cet attachement réside dans sa faible épaisseur (1,7 mm) et dans le fait que le parallélisme absolu entre deux Rotherman n'est pas obligatoirement requis. La mise en place au laboratoire répond à une règle précise, le repère de la partie mâle et l'ouverture de la boucle doivent toujours être alignés et dirigés mésialement (fig18)

Figure N°17 : Excentric de Rotherman

(a) Système de rétention pour les dents antérieures,

(b) Système de rétention pour les dents postérieures,

(c) Système d'espacement pour créer la résilience,

(d) Partie mâle de l'attachement scellée sur la coiffe parabolique assurant la rétention.

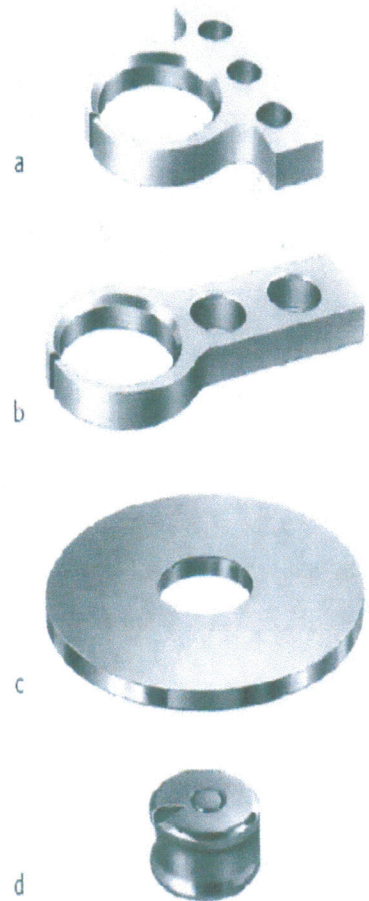


Figure N°18 : Excentric sur modèles.

Le Dalbo® :

Pour les prothèses à recouvrement, deux types d'attachements résilients sont disponibles : l'attachement sphérique et l'attachement cylindrique. L'attachement résilient sphérique autorise 3 mouvements de rotation et un mouvement de translation verticale. La partie mâle sphérique est secondairement brasée à un plateau de Richmond. La partie femelle, fixée dans la base prothétique, offre une rétention mécanique de l'ordre de 4,5 N (500 g). Le réglage de l'intensité de la rétention dépend du serrage des lames que le praticien peut modifier par des clefs spécifiques activatrice ou désactivatrice ou bien par la rotation d'une bague dans le cas du modèle « Dalbo-Plus ». La résilience verticale est créée par l'interposition d'une feuille d'étain de 4/10 mm environ entre les parties mâle et femelle de l'attachement. (fig19-20)

Il est tout particulièrement indiqué en prothèse complète surtout lorsque qu'il ne reste que deux ou trois racines .

L'attachement cylindrique résilient n'autorise qu'un mouvement de translation verticale, il n'est pas rupteur. Il est plus particulièrement indiqué lorsque les racines restantes sont nombreuses et l'environnement muqueux favorable

Figure N°19 : Dalbo sphérique :

- (a) partie intra-prothétique rétentive
- (b) bague périphérique d'isolement
- (c) rondelle de résilienc
- (d) partie rétentive brasée sur la base Richmond

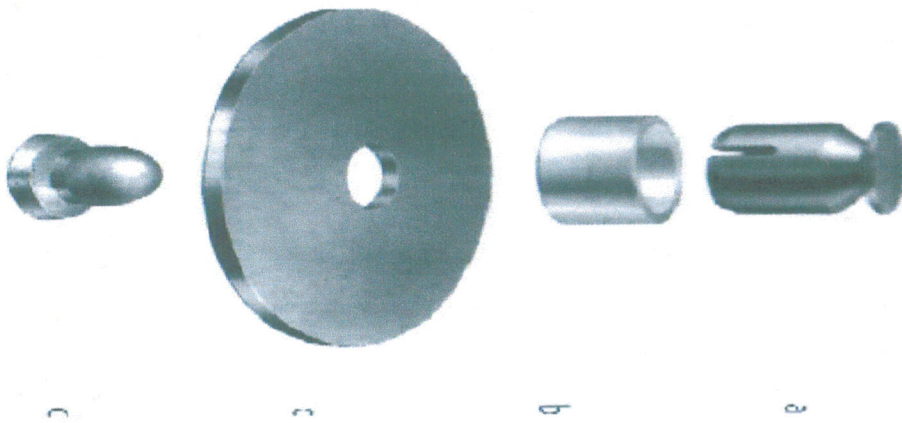
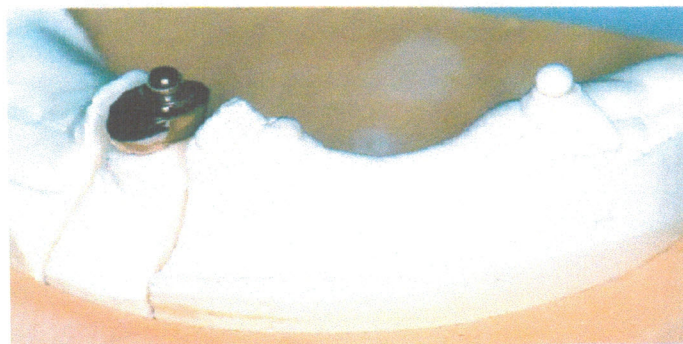


Figure N°20 : Bona sur modèle



Les barres :

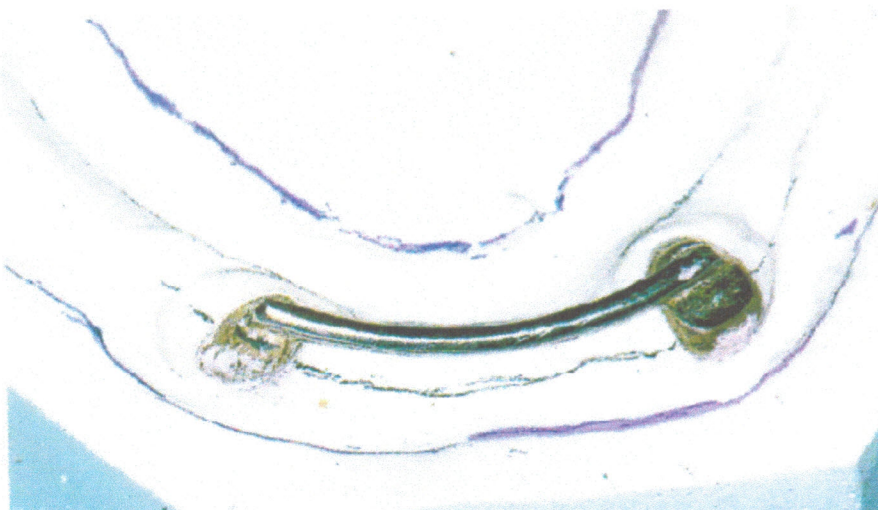
Les barres ont un double rôle, d'une part, assurer une contention des dents restantes et, d'autre part, assurer la rétention et la stabilisation de la prothèse existante par l'intermédiaire de systèmes mécaniques, les cavaliers, qui relient la prothèse à la barre. Sur le plan mécanique, cette conception offre de nombreux avantages, par contre, à long terme, les avantages biologiques ne sont pas évidents. Le seul bénéfice semble être la répartition des

forces sur les racines supports. Les barres de jonction sont de deux types, la barre d'Ackermann ou la barre de Dolder.

- La barre d'Ackermann présente une section ronde de 1,9 mm de diamètre. La rétention est assurée par des cavaliers en métal qui viennent se placer sur la barre, offrant une rétention d'environ 9N (900 g) par cavalier. La barre ronde est ajustée par torsion au profil général de la crête mais sans entrer en contact avec celle-ci

Figure N°21 : Barre d'Ackermann fixée sur deux canines mandibulaires.

- La barre de Dolder ovalaire



La barre de Dolder ovalaire présente deux dimensions :

1,6 mm et 2,2 mm, et une hauteur de 2,3 mm ou 3,0 mm. Elle est rectiligne, non modelable. Elle permet des mouvements de translation verticale et une légère rotation autour de l'axe de la barre.

Les aimants :

Pendant une période, ils furent largement utilisés, en raison de leur simplicité de mise en œuvre. Cependant, actuellement, ils sont beaucoup moins employés car ils présentent de nombreux inconvénients : diminution de la rétention sans possibilité de réactivation, phénomènes d'oxydation, création d'un champ magnétique .(fig22)

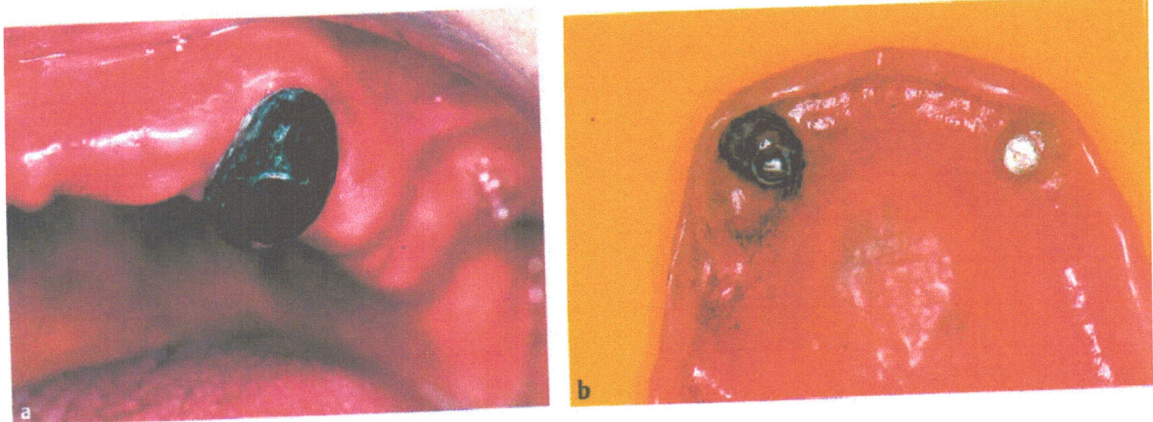


Figure N°22 : (a) Oxydation d'un élément prothétique magnétique
(b) conséquences au niveau de l'intrados

Les critères de choix des attachements :

Le choix d'un attachement découle de facteurs liés aux caractéristiques de l'attachement, des dents restantes et de la surface d'appui muqueuse

L'attachement :

Son choix découle des trois critères suivants :

- Le volume - Selon Preiskel, on doit préférer un attachement le plus gros possible dans la place qui lui est destinée.

Cette proposition permet de choisir un attachement qui offre la meilleure solidité, fiabilité, résistance à l'usure et des possibilités de réglages. Cependant, le volume de l'attachement doit laisser suffisamment de place pour la dent et la base prothétique.

- Le type de liaison - Les mouvements de la prothèse vis-à-vis des dents supports sont complexes. Ils se décomposent en trois mouvements de rotation et de translations .

Selon la conception mécanique des attachements,

les mouvements sont, théoriquement, plus ou moins transmis aux racines supports. Plus le nombre de déplacements autorisés est important, plus l'attachement est dit rupteur, plus le nombre de mouvements est réduit, plus on parle de liaison rigide. Les liaisons ruptrices transmettent théoriquement moins de forces aux racines restantes que les liaisons rigides. Cependant, in vitro, cette notion n'est pas toujours confirmée. fig23

- L'axe de transfert ou analogue de laboratoire - La phase de laboratoire impose de reproduire la partie intra-buccale de l'attachement sur le modèle de travail. Pour cela, le laboratoire

utilise l'original de l'élément prothétique ou, si elle existe, sa reproduction, dénommée axe de transfert ou analogue de laboratoire

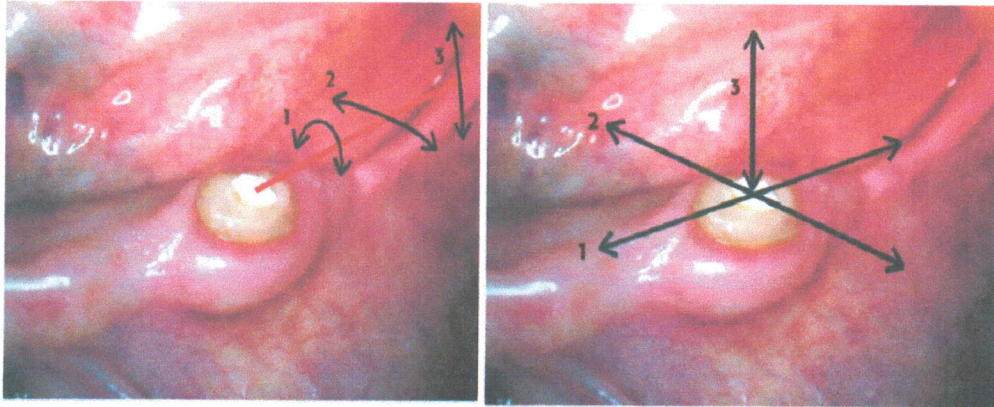


Fig 23 (a): Le déplacement de la prothèse par rapport à la racine se fait par trois mouvements de rotation : 1) frontale autour de la crête 2) vestibulo-linguale 3) occluso-cervicale.

(b) : trois déplacements en translation.

1) antéro -postérieure ; 2) frontale ; 3) occluso-cervicale.

Les dents :

Les critères de choix des dents sont, bien sûr, leur position et, surtout, la longueur radiculaire. Ce paramètre est essentiel, il conditionne la résistance aux forces transmises par les systèmes de liaison ou attachements, aux structures radiculaires. À cela s'ajoutent un environnement parodontal sain, et une hauteur de muqueuse attachée de 2 à 3 mm minimum.

Les crêtes

La morphologie des crêtes et surtout la qualité de ; muqueuse offrent une résistance plus ou moins importante aux mouvements de la prothèse. Si ces mouvements sont limités par des crêtes saillantes, des tissus de soutien ferme et adhérents, ils le sont moins en présence de tissus peu adhérents, de crêtes flottantes. Dans la mesure où les déplacements prothétiques sont limités, les dents supports ne subissent que de petites contraintes alors qu'avec des tissu flottants les contraintes sont plus fortes.

Cliniquement, la conception prothétique, le choix de l'attachement, de la technique d'empreinte découlent de la valeur des racines concernées et des tissus de soutien.

La réalisation pratique :

1er temps :

Traitement endodontique et assainissement parodontal :

La première étape du traitement (en dehors de l'extraction des dents postérieures perdues) réside en un assainissement parodontal soigneux, de type détartrage-surfaçage radiculaire, suivi des traitements endodontiques. La résolution de problèmes inflammatoires intervient ainsi avant la réalisation des empreintes.

2e temps :

Préparations des unités dentaires, selon les mêmes critères que ceux prescrits pour les coiffes paraboliques : Préparation Périphérique avec congé, limite cervicale juxta ou sous-gingivale.

Les empreintes des éléments dentaires et des arcades; sont réalisées, les modèles de travail montés en articulateur en relation centrée à la dimension verticale d'occlusion choisie.

3e temps

Le montage des dents prothétiques est suivi d'un essai fonctionnel dont les objectifs sont de contrôler et valider les paramètres occlusaux et esthétiques.

4e temps

Le laboratoire réalise une clef vestibulaire du montage Celle-ci objective la place et le volume réellement exploitables par le laboratoire. Cela peut dans certains cas conduire le praticien à changer le type d'attachement préalablement choisi.

5e temps

La pièce métallique intra et supra radiculaire est modelée puis coulée; dans un deuxième temps, les attachements sont brasés sur la pièce coulée en vérifiant que leur position n'interfère pas avec le montage. Cette approche ne tient pas compte de l'utilisation d'attachements calcinables qui, eux, sont solidarités sur la maquette en cire puis coulés.

6e temps

Contrôle au cabinet de l'adaptation des éléments prothétiques coulés. À ce stade, 2 éventualités se présentent:

- Les éléments prothétiques peuvent être scellés dans la mesure où des axes de transfert ou analogues de laboratoire existent.
- Les éléments prothétiques ne sont pas scellés s'il n'existe aucun analogue ou bien s'il s'agit d'une barre adaptée, type Ackermann.

7e temps

Les éléments prothétiques en place, l'empreinte préliminaire est réalisée, puis le porte-empreinte individuel est préparé.

8e temps

L'empreinte secondaire est effectuée selon les techniques et protocoles classiques. À l'arcade mandibulaire, il est préférable

d'enregistrer l'empreinte sous pression occlusale de manière à parfaitement apprécier les caractéristiques hémodynamiques des tissus de la surface d'appui. L'utilisation de matériaux élastiques type thiokol, polyéther, est indispensable.

9e temps

L'analogue de laboratoire ou les éléments prothétiques sont replacés dans l'empreinte et éventuellement collés à l'aide de Cyanolit, puis le plâtre est coulé .

10e temps

La prothèse adjointe est ensuite élaborée selon les séquences habituelles.

11e temps

Deux éventualités s'offrent au laboratoire et au praticien : réaliser la polymérisation en incorporant, ou non, les éléments rétentifs des attachements dans la base prothétique.

La polymérisation avec les éléments rétentifs en place assure une solidarisation parfaite de ces éléments à la base prothétique. De plus leur mise en place au laboratoire permet une très grande précision, en particulier pour le choix de l'axe d'insertion. Mais cela n'autorise aucune imprécision tout au long de la chaîne technologique, en particulier lors de l'empreinte, de la polymérisation et après l'éventuel tassement de la muqueuse.

A contrario, la solidarisation des éléments rétentifs directement dans la cavité buccale, à l'aide de résine autopolymérisable est souvent délicate. Elle est effectuée soit le jour de l'insertion, soit de manière différée après tassement de la muqueuse. Elle compense certaines imprécisions de l'ensemble de la chaîne technique. Cependant, les risques de fusée de la résine dans les zones de contre-dépouilles sont importants, la qualité de la résine est

moyenne, voire faible, et à ce titre cette technique ne doit être utilisée qu'exceptionnellement.

3-3 prothèse complète provisoire :

La prothèse est préparée sur des modèles corrigés.

Elle peut aussi être obtenue par transformation d'une ancienne prothèse partielle .

L'adaptation en bouche est souvent relativement approximative les performance fonctionnelles sont assez limitées . le recours à des résine a prise retardée est souvent indispensable .

La mise en place d'une fausse gencive vestibulaire dans la région antérieure est souvent impossible . certain auteurs préconisent donc de ne pas réaliser de fausse gencive dans la zone antérieure , car ils évoquent le sur contour qu'elles provoquent surtout en absence de plastie osseuse .

Le profil choisi pour le rebord vestibulaire antérieure est une terminaison en lame au niveau de la zone de plus grand contour . Il sera ultérieurement peu à peu rallongé pour compenser la résorption .

Parfois , seules les dents visibles sont montées , les secteurs postérieurs non visibles étant reconstitués par un simple bourrelet en résine .

Une prothèse durable sera réalisée dès que la surface d'appui ostéomuqueuse sera stabilisée .

Il est recommandé pour éviter toute surprise de bien souligner le caractère provisoire de cette réalisation

3-4prothèse partielle de transition :

Il s'agit d'une prothèse partielle transformée plus ou moins progressivement en prothèse complète .

Elle peut jouer plusieurs rôles :

- servir d'aide au diagnostic pour le praticien .
- restaurer la fonction jusqu'à ce qu'une prothèse plus durable soit réalisée .
- permettre une mise en condition du patient à la fois physiologique et psychologique .
- servir de support à un matériaux de mise en condition pour redonner une bonne santé au tissus de soutien .

Il peut s'agir d'une nouvelle prothèse ou d'une ancienne plus ou moins modifiée par le praticien.

Avant que soit posée l'indication d'extraction des dents nécessitant un remplacement immédiate un certain nombre des dents sont déjà souvent absentes remplacées par fois par une prothèse amovible en métal ou en résine .

Si le patient ne porte pas de prothèse amovible , il est possible d'en réaliser une après avoir effectué l'avulsion de toutes les dents non fonctionnelles et/ou non visibles.

Cette prothèse est en résine et elle habitue le patient à la présence en bouche d'un corps étranger plus ou moins stable.

Certain auteurs préconisent d'ailleurs de ne pas prévoir des crochets pour cette prothèse . chaque dent extraite est ajoutée à la prothèse .

L'adjonction extemporanée d'une dent sur une prothèse amovible est plus au moins aisée.

Mais presque toujours possible surtout si cela à été prévue lors de la conception de la prothèse

La dents à ajouter correspond le plus souvent à une dent naturelle qui vient d'être extraite mais aussi une dent dépulpée coupée est transformée en appui radiculaire ou bien encore à une prothèse fixée compromise qui sera utilisée ou non

3-5prothèse préfabriquée :

Il y a quelques années sont apparues sous les sarcasmes de certains professionnels , des prothèses préfabriquées (confo-dent) réalisées en plusieurs formes et en plusieurs tailles .

Destinées à des traitements d'urgence , elles sont réalisées avec des arcades dentaire à l'inter cuspidation préétablie est sont renforcées par un élément métallique , les bases sont constituées par un matériaux thermo-formable qui peut être adapté sur des moulages après immersion dans l'eau chaude(65°).

Un garnissage de l'intra dos suivi d'un rebasage et d'une équilibration occlusal améliore les qualités fonctionnelles de ces appareils .

Cette technique hardie et non conventionnelle peut rendre , dans les cas très particuliers de réels services.

En effet , dans les cas de patients atteint de certaines affections cardiaque qui nécessitent l'extraction de nombreuses dents dans un contexte d'urgence.

3-6prothèse immédiate totale de diagnostic :

Elles sont principalement utilisées pour détecter les altérations du système stomatognathique. Seul le groupe incisivo-canin est monté sur ce type de prothèse, et au niveau prémolo-molaires, les segments postérieurs présentent une surface occlusale plane en résine autopolymérisante. Un délai de cicatrisation est requis après l'extraction des dents naturelles, si elles ne sont pas extraites en une seule séance, dans le cas contraire, l'insertion de la prothèse de diagnostic se fait comme pour les prothèses de transition lors de la séance d'extraction multiple.

Elles doivent respecter les règles de stabilité, de sustentation et de rétention, permettre la fonction normale neuromusculaire et ne pas engendrer de stimuli nociceptifs, être équilibrées dans les différentes excursions de la mandibule, maintenir l'aspect esthétique du patient et la phonation.

Les surfaces occlusales doivent assurer l'équilibre de la prothèse et le blocage de la cinétique mandibulaire. Par adjonction ou diminution au niveau de la surface occlusale des segments postérieurs en résine la D.V.O et la relation centrée peuvent être retrouvées.

Certains patients présentent une prédominance de mouvements mandibulaires latéraux, l'utilisation d'une surface occlusale plane en résine évitera au patient de rester verrouillé dans son occlusion.

Une étude des habitudes masticatoires néfaste pourra alors être entreprise.

Elles doivent permettre aussi un guidage : en effet les lésions articulaires engendrent un dérapage de la mandibule, symétrique ou asymétrique dans la très grande majorité des cas.

Il convient donc de corriger , en premier lieu, le décentrement , et de ramener les condyles en position symétrique, pour les guider en relation centrée .

Enfin , elles peuvent servir à la confection des prothèse définitives lorsque la relation centrée à été retrouvée.

Les prothèses sont solidarisées en bouche avec le duralay et placées sur articulateur , puis le plan d'occlusal du haut supprimé et le montage des prémolaires-molaires porcelaine est réalisé en fonction du plan de montage fourni par la prothèse de diagnostic du bas.

La surface occlusale du bas est à son tour supprimée, et les prémolaires du bas sont engrenées normalement avec les antagonistes du haut .

Le jour de la pose : un articulé de TENCH est enregistré et une équilibration primaire permet d'éliminer les contacts prématurés.

Deux à trois semaines après une équilibration selon les principes gnathologiques devra être entreprise . il est bien entendu que le patient devra se soumettre à des contrôles périodiques .

Les prothèses de diagnostic sont indiquées dans les parodontopathies avancées accompagnées de mobilité , et l'extrusion des dents naturelles ou lorsque la D.V.O et RC .sont difficiles à déterminer

B-prothèse immédiate d'usage :

1-définition :

Une prothèse complète d'usage est une véritable prothèse complète mise en bouche lors de la séance des dernières extractions, à l'aide d'un guide chirurgical.

L'évolution des techniques et des matériaux à pousser certains auteurs et notamment l'équipe française de Paris .

BUCHARD et J.M RIGNONBET , à envisager et codifier une technique de réalisation de prothèse immédiate qui pourrait assurer un service efficace pendant plusieurs années , sans même souvent nécessiter de rebasage.

Un tel objectif requiert une adaptation à la surface d'appui aussi précise que possible, pour cela il faut extraire au préalable les dents postérieures avec un délai suffisant pour un bon remodelage osseux et mettre ainsi le patient en classe 1 de KENNEDY .

Une prothèse duplicata est préparée d'emblée, elle évite toute interruption dans la disponibilité de la prothèse si une modification importante imposant une étape de laboratoire et envisager aussi un rebasage s'avère malgré tout nécessaire.

Un guide chirurgical réalisé en résine transparente dont l'intrados est rigoureusement identique à celui de la prothèse immédiate, permet lors de l'extraction de réaliser une correction précise des rebords osseux pour les adapter exactement à l'intrados prothétique

2-indication :

Une situation financière qui empêche les patients de faire face au cout d'une restauration fixée ou complète et/ou un état buccodentaire ne permettant pas d'envisager une telle restauration .

L'édentement doit se présenter en classe 1 de KENNEDY. Il peut être uni maxillaire ou bi maxillaire.

3-intérêt de cette technique :

Elle évite une résorption pathologique des surfaces d'appui induite par des forces nocives causées par les prothèses dites d'attente. de même, des prothèses d'attente peuvent provoquer une baisse de la dimension verticale d'occlusion et de déclencher des réflexes iatrogènes au niveau des muscles et des A.T.M .

La prothèse immédiate d'usage permet donc d'envisager dans le temps le maintien de l'intégrité musculaire et des réflexes.

C'est un véritable traitement et non plus seulement une prothèse de remplacement .

En effet, il semble que lors de la phase initiale de la résorption on observe une plus grande perte osseuse entre les extractions et la mise en place des prothèses définitives qu'entre les extractions et la mise en place des prothèses immédiates. D'après WICTORIN, la prothèse immédiate diminuerait la perte osseuse de 20 à 60% durant les 12 premiers mois .

4-étapes de réalisation :

4-1 observations cliniques :

Une étude radiologique complète précède l'étude clinique, elle précise l'aspect de la trame osseuse , la forme et les rapports des racines , la présence éventuelle de kystes, granulomes, l'allure de ligament desmodentale(pour évaluer une ankylose des racines). En outre, un panoramique doit impérativement être réalisé pour rechercher la présence de dents incluses.

L'observation clinique concerne les dents(mobilité, position, forme, teinte) et les tissus de soutien, elle complétée par une analyse parodontale(sondage et bilan radiographique).

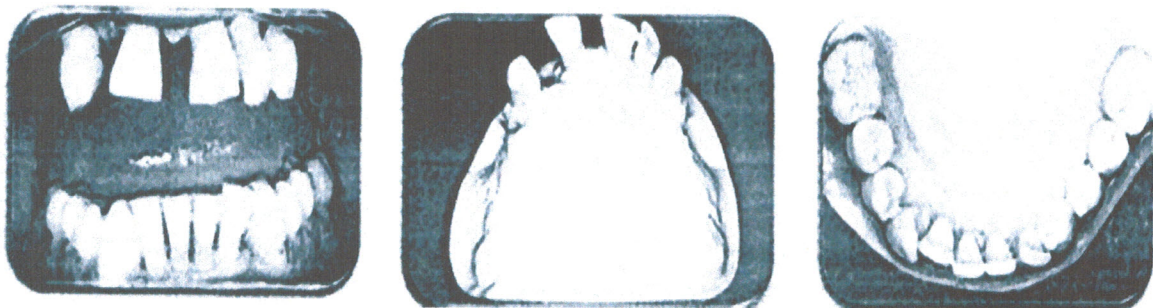


Figure N°24 : (a) aspect intra-buccal (b+c)modèles d'études

4-2- éventuelle mise en condition pour répondre aux indications :

Une fois la décision prise de réaliser une prothèse adjointe complète, il faut que l'édentement se présente en classe 1 de KENNEDY. Si cette condition n'est pas remplie , on extrait les dents nécessaires.

On peut alors soit les remplacer sur une prothèse déjà existante en augmentant la surface de la base, soit réaliser une prothèse immédiate de transition, soit encore laisser simplement cicatriser si la dimension verticale et les rapports occlusaux des anciennes prothèses sont correctes.

4-3-empreinte primaire :

Elle prise avec un matériaux élastique(alginate ou silicone) et un porte empreinte de série



Figure N°25 : empreinte obtenue avec l'alginate

4-4- empreinte secondaire :

Elle se fait avec un porte empreinte individuel « mixte » c'est-à-dire ajusté au niveau des zones édentées de la périphérie, espacé au niveau des dents restantes. Lors de cette dernière opération, il faut prévoir un axe d'insertion et de désinsertion pour le porte empreinte.

On réalise un joint périphérique qui doit être souple au niveau des zones dentées.

Le surfaçage se fait avec un matériau élastique de consistance fluide.

L'empreinte est traitée selon les règles habituelles de la prothèse complète.

Parallèlement on prend une empreinte de l'arcade antagoniste après réalisation des travaux décidés lors de la détermination prospective du plan d'occlusion.



Figure N°26 :a) empreinte secondaire b) coffrage c) modèle secondaire

4-5 constructions d'une base d'occlusion :

Elle permet de rétablir la dimension verticale si nécessaire , puis sert à enregistrer un rapport intermaxillaire avec la mandibule placée en relation centrée et non dans la position d'intercuspidation maximale naturelle existante.

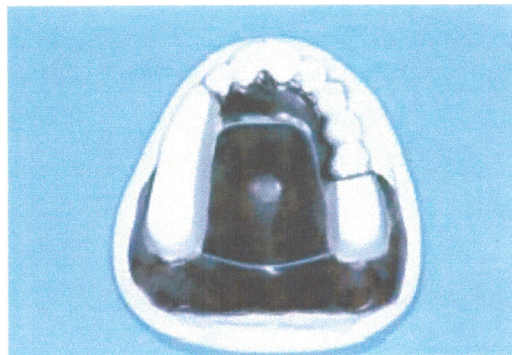


Figure N° 27: Base d'occlusion maxillaire

4-6- détermination et enregistrement du rapport inter maxillaire :

La présence des dents antérieures rend plus difficiles les étapes d'acquisition du rapport intermaxillaire .

Lors de l'enregistrement , il est indispensable d'utiliser des bases d'occlusion en matériau dure pour éviter toute proprioception dentaire. On contrôle soigneusement l'absence de dérapage.

On peut adjoindre à ces bases des crochets pour améliorer sa rétention et la stabiliser avec une pâte à l'oxyde de zinc euginol.

Les contacts avec l'arcade antagoniste doivent s'effectuer uniquement avec les bourrelets de la base et jamais avec les dents .

On est parfois amener à modifier la position du point inter incisif dans le plan horizontal et/ou dans le plan vertical.

Parfois, compte tenu de l'occlusion résiduelle pathologique , la dimension verticale d'occlusion choisie est différente de celle enregistrée. Une manipulation au niveau de la tige guide de l'articulateur est alors nécessaire .

4-7 mises en articulateur des modèles :

Elle permet l'analyse prospective du plan d'occlusion . cette étude est déterminante car le respect des règles occlusales liées à la prothèse adjointe complète est impératif dans ce type de traitement.

En effet, aucun compromis ne peut être fait sous peine de soumettre la prothèse immédiate à des forces occlusales mal contrôlées , ce qui compromettrait sa pérennité.

La détermination du plan d'occlusion guide les modifications à apporter à l'arcade antagoniste (coronoplasties , prothèse conjointe unitaires ou plurales, prothèse mixte, etc.....)

4-8- contrôle du rapport inter maxillaire, finition et équilibrage des prothèses :

4-8-1- contrôle du rapport inter maxillaire :

Après avoir choisi les dents (taille, teinte et forme) en s'aidant de celles restant en bouche , en construit une maquette provisoire en cire qui ne comporte que les dents postérieures . on peut donc l'essayer en bouche .

Cette maquette sert à contrôler l'ajustage du rapports intermaxillaire .contrôle rendu difficile par la présence des dents , du fait de la surface de sustentation réduite des maquettes et de la plasticité des cires .

Si le rapport intermaxillaire s'avère erronée il convient de le reprendre , au besoin en moyen d'un articulé de TENCH , puis , après remontage de le vérifier a nouveau.

4-8-2- modification des modèles :

Elle doit préfigurer le résultat à obtenir enfin d'intervention chirurgicale .

La résection sur le plâtre doit dégager un volume prothétique suffisant pour loger les dents prothétiques et la fausse gencive sans surépaisseur vestibulaire nuisible à l'esthétique.

Une clef en silicone vestibulaire faite avant résection permet à tout moment de visualiser le volume supprimé.

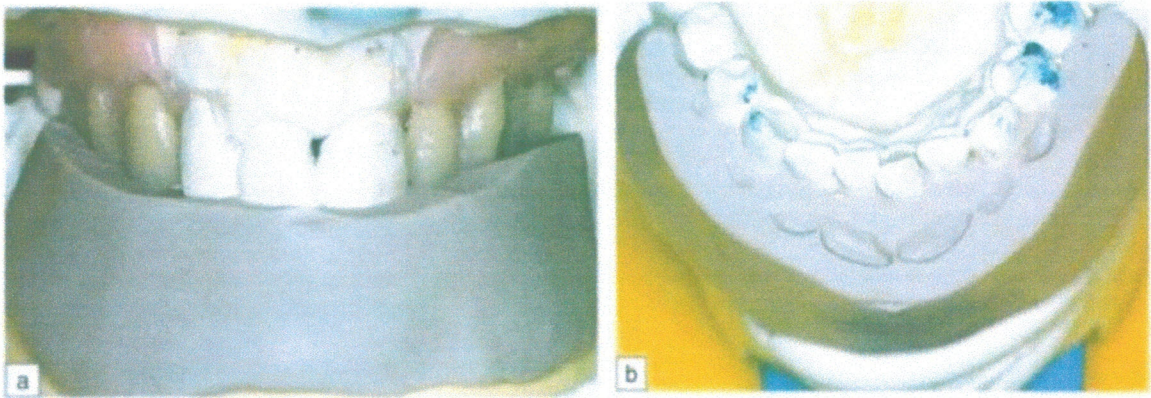


Figure N° 28: (a) clé vestibulaire (b) clé en mordue dans le sens sagittal

Les couronnes anatomiques des dents et le versant externe rebord alvéolaire sont enlevées.

Puis les contre dépouilles anatomiques, toujours présentes aux maxillaires correspondant aux basses canines et tous les reliefs pouvant gêner l'insertion sont éliminés.

Enfin, l'examen clinique et les documents radiologiques montrant le support parodontale peuvent guider la résection.

Celle-ci doit toujours être réalisée en léger excès. C'est-à-dire qu'il vaut mieux avoir trop éliminé que pas assez pour obtenir une légère compression de site par la prothèse, ce qui favorise la cicatrisation et la reconstruction osseuse.

Une réplique du moulage de travail avant résection et une autre après résection sont très utiles au chirurgien pour visualiser l'importance de la correction à effectuer lors de l'intervention.

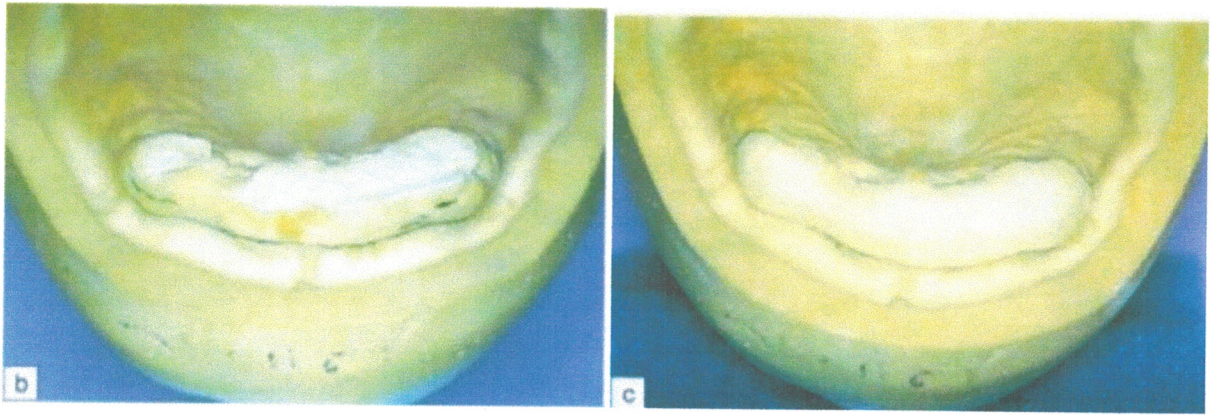


Figure N°29 : (b)extraction des dents (c) finition du modèle

4 8-3 réalisations et finition des prothèses :

Le choix des dents en prothèse complète immédiate devra résulter d'une synthèse de l'avis et des souhaits et du patient et de l'analyse technique du praticien et aussi l'exploitation des documents préextractionnels .

Le montage des dents , doit le plus souvent possible, sauf malposition disgracieuse ou trop marquée, rechercher à placer chaque dent prothétique dans la position occupée par la dent naturelle.

Après le montage des dents sur les maquettes ; les cires sont finies , les bases en résine polymérisées et terminées.

Figure N°30 :
montage des
dents



Le technicien réalise un double de la prothèse avec des dents en résine et un guide chirurgical en résine transparente.

Le duplicata (le double de la prothèse) permet au patient de ne pas rester sans dents quoi qu'il arrive ;que se soit à la suite des réparations (fracture survenue lors de nettoyage, par exemple) à la suite d'une réfection de base (inéluçtable à plus ou moins échéance, comme toute prothèse adjointe complète) .ou bien encore lorsqu'une erreur au niveau occlusale apparaît après l'intervention chirurgicale.

4-8-4 le guide chirurgical :

a-Définition :

Il s'agit d'une réplique exacte de la base prothétique aussi bien au niveau de l'intrados que de l'épaisseur et de la profondeur de ses bords parfaitement codifiés par BTJCHARD. Ce guide chirurgicales réalisé en résine transparente chémopolymérisable.

Le traitement par une prothèse immédiate d'usage, exclue toute éventualité d'une réfection de base ou d'un remontage des dents .

Combinant l'avulsion des dernières dents et le remodelage osseuse du site correspondant à l'acte chirurgicale constituée une point de non retour dans la séquence de traitement . d'où l'intérêt de renforcer les contrôles .

Il faut connaître que cette chirurgie serait approximative ,aléatoire, difficile à exécuter sans l'utilisation d'un guide chirurgical.



Figure N°31 : guide chirurgicale

b-le guide chirurgical duplicata à dents amovibles :

C'est un nouveau type de guide , réplique de la prothèse immédiate avec une base et des bords en résine transparente ainsi que des segments d'arcade dentée antérieure et postérieure présentant la particularité d'une amovibilité avec possibilité de repositionnement exact et de solidarisation à la base transparente par collage .

L'originalité de ce guide chirurgical réside dans le fait qu'il offre quatre possibilités différentes d'utilisation :

1-celle de guide chirurgical classique, simple base transparente.

2-Celle de guide chirurgical en occlusion grâce aux possibilités de repositionnement exact et de solidarisation par collage des dents postérieures à la base transparente.

Cette particularité présente l'avantage de permettre une chirurgie à ta demande exécutée avec plus de rigueur et de précision, suite aux extractions à la chirurgie, la qualité du bord à bord ainsi que le comportement de lambeau pourront être observées avec soin sous l'effet des forces occlusales et améliorées.

De plus, la parfaite mise en place du guide , corroborée par le rapport d'occlusion exact dans lequel se trouvera la prothèse immédiate, est l'indication d'un acte chirurgical bien conduit.

3-celle de prothèse provisoire d'attente si au bout de quelque années, il est nécessaire d'effectuer une réfection totale de la prothèse et dans ce cas, les dents antérieures amovibles sont repositionnées et solidarisées aux bases transparentes.

4- celle de porte empreinte physiologique idéal pour réussir des empreintes « de complément » en vue d'élaborer une nouvelle prothèse.

Ce guide chirurgical duplicata à dents amovibles est réalisé à partir de la prothèse terminée , selon une technique mise au point par LERPSCHER et reprise légèrement modifiée AUDOUX

c-la réalisation pratique :

Les dents antérieures sont supprimées au stade de la finition des prothèses sur le modèle de travail , le prothésiste clinicien , et lui seul , doit ensuite réséquer et soigneusement pour sa partie antérieure de l'os alvéolaire qui doit être remodelée chirurgicalement lors de la pose de la prothèse.

d-finition des prothèses :

Après polymérisation ,dès qu'elle sont sorties des mofles, les prothèse sur leurs modèles sont replacées en articulateur grâce à une double base engrenée réalisée préalablement au stade de transfert du rapport intermaxillaire sur l'articulateur , cela permet de procéder à une vérification occlusale d'apporter d'éventuelles corrections des prothèses encore sur modèles sur plâtre.



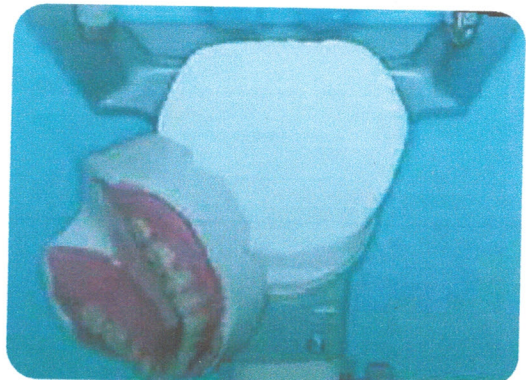
Figure N°32 Replacement des prothèses sur leurs modèles en articulateur

Deux types de clé en cire dure sont réalisés « cire MOYCO-BEAUTXPINK » sur l'articulateur : une clé de mordue et une autre occlusale de l'arcade supérieure enregistrée sur la table de transfert de l'articulateur en prenant soin de noter la position de la tige incisive.

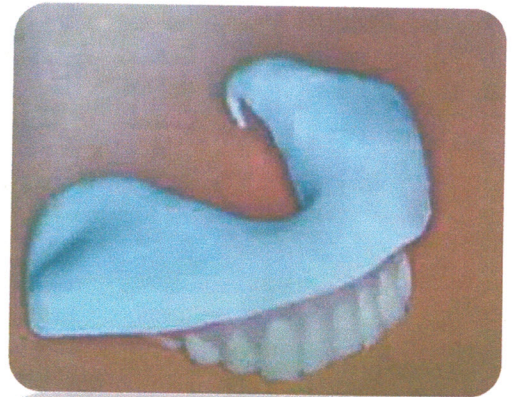
L'objectif de ces clés est de permettre un repositionnement rigoureusement identique des prothèses terminées sur de nouveaux modèles .

e-confection des modèles avec bases souples :

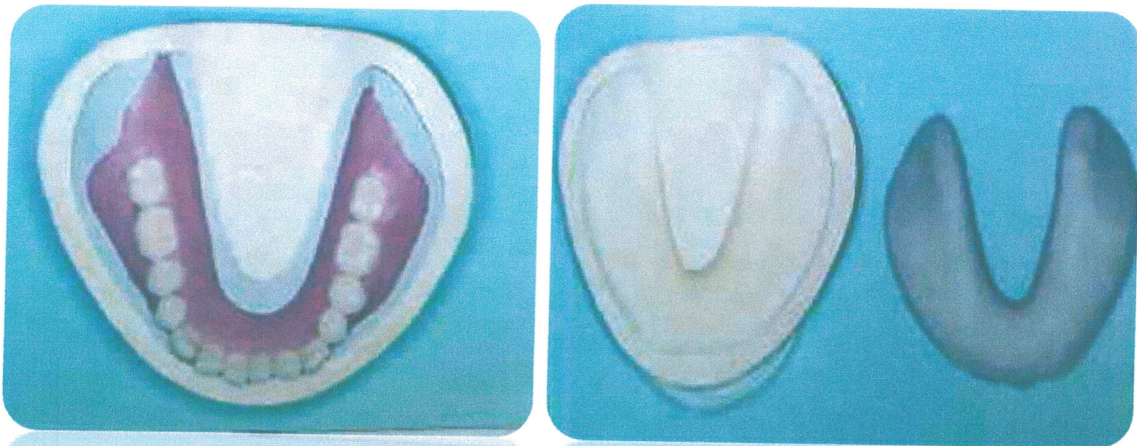
-Désoclage de la prothèse mandibulaire solidaire de son modèle grâce à sa base engrenée , et après séparation de son modèle qui dans la plus part des cas doit être détruit, la prothèse est polie d'une manière classique .



- un élastomère de très haute viscosité est appliqué dans l'intrados et sur les bords de la prothèse mandibulaire afin d'en prendre l'empreinte puis découpé au scalpel, suivant les limites habituelles d'un coffrage d'empreinte secondaire.



- Un modèle mandibulaire recouvrant l'élastomère jusqu'à ses limites est élaboré, et la réalisation d'un socle dur permettant le retrait de la prothèse mandibulaire sur sa base souple.



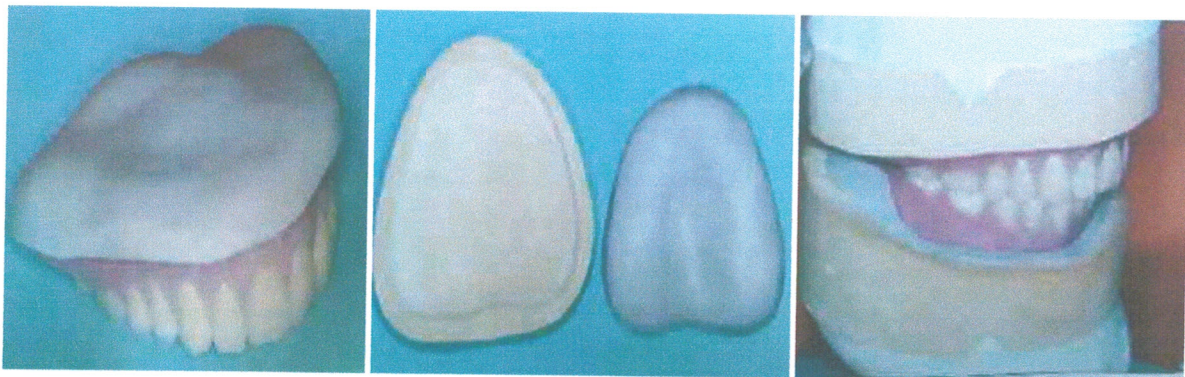
f-mise en articulateur des modèles avec des bases souples :

-l'ensemble prothèse mandibulaire-base souple sur son modèle en plâtre replacé en articulateur par l'intermédiaire de l'engrènement réalisé avec la prothèse maxillaire qui se trouve toujours solidarisée à la branche supérieure de l'articulateur.



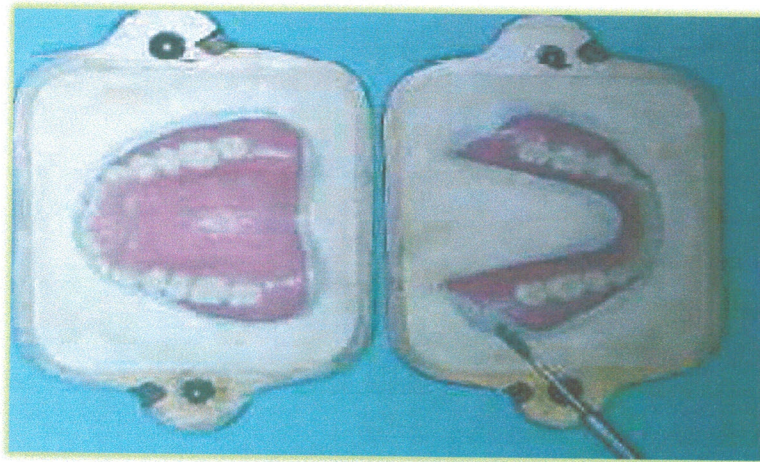
- la prothèse maxillaire conservée sur son modèle est désociée, séparée de son modèle d'origine.

-un ensemble prothèse maxillaire-base souple sur modèle en plâtre est élaboré comme précédemment, puis placé en articulateur , par l'intermédiaire de l'engrènement avec l'ensemble prothèse mandibulaire-base souple sur modèle en plâtre déjà solidaire de la branche inferieur de l'articulateur.

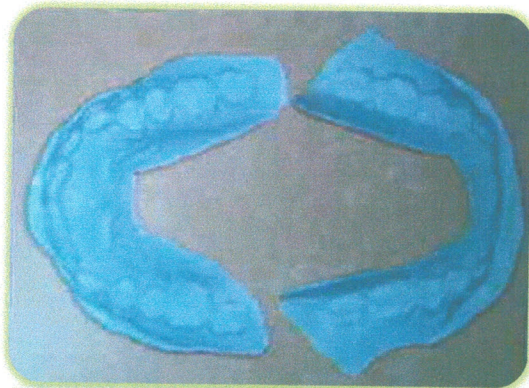
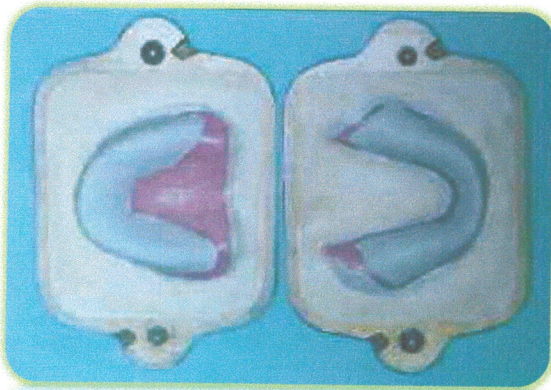


h-mise en moufle des prothèses sur leurs modèles avec base souple :

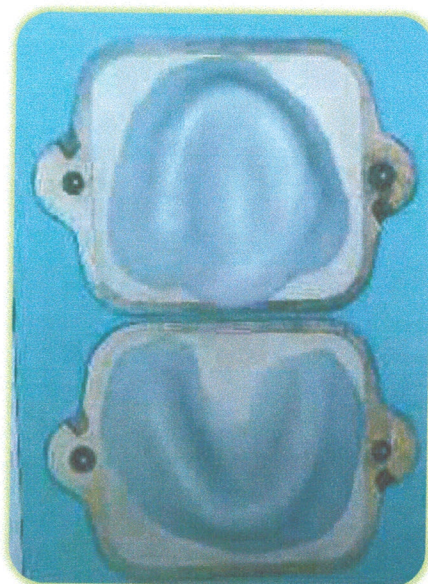
-l'ensemble prothèses maxillaire et mandibulaire avec base souple sont retirés de leurs modèles en plâtre qui restent sur l'articulateur et sont mis en moufle, comme s'il s'agissait de maquettes en cire sur leurs modèles jusqu'au limites périphériques de l'élastomère qui est isolé avec un film de cire .



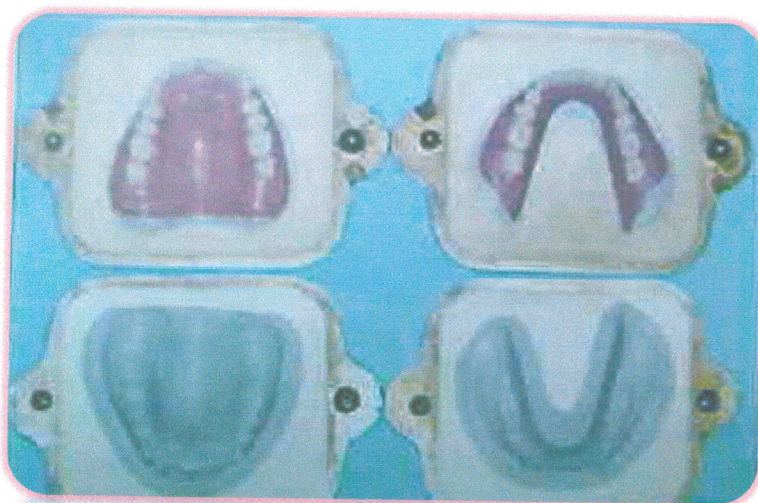
-les dents des prothèses sont enrobées d'élastomère haute viscosité afin d'en prendre les empreintes , puis le résultat est contrôlé



-Les empreintes des dents sont remises en place et recouvertes en totalité du même élastomère.

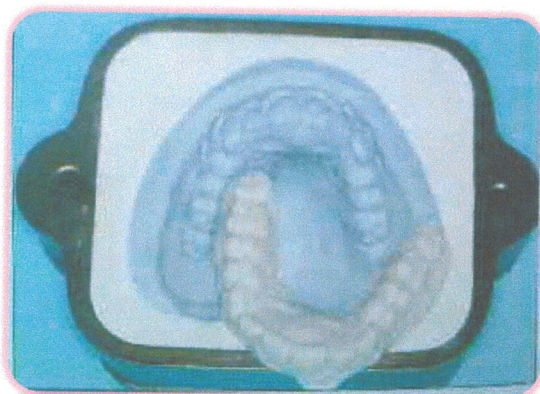


-les contreparties sont coulées classiquement et les moufles sont ouverts.



g-confection des doubles des dents prothétiques :

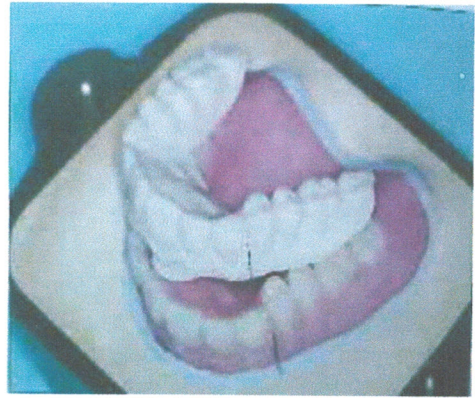
-réalisation par automoulage d'une arcade dentaire en résine dentine autopolymérisable de teinte des dents prothétiques coulée dans l'empreinte des dents maxillaires



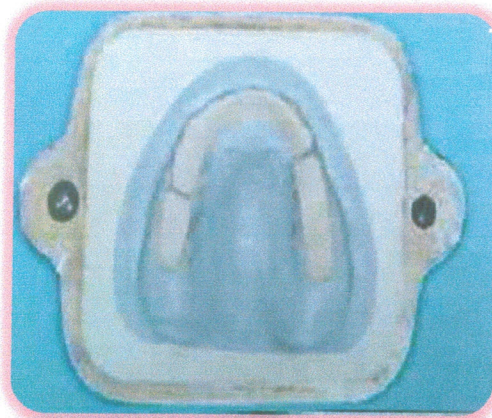
-un marquage sur le coffrage vestibulaire est effectué afin de délimiter la zone de modèle concernée par la future chirurgie



après remise en place de prothèse maxillaire ces repères permettent de déterminer par rapport aux limites de la chirurgie à venir, l'endroit où il est souhaitable au niveau des dents prothétiques, de fractionner l'arcade en résine entre deux dents, ces traces est d'abord effectués sur la prothèse, sont ensuite reportés sur l'arcade en résine dentaire.

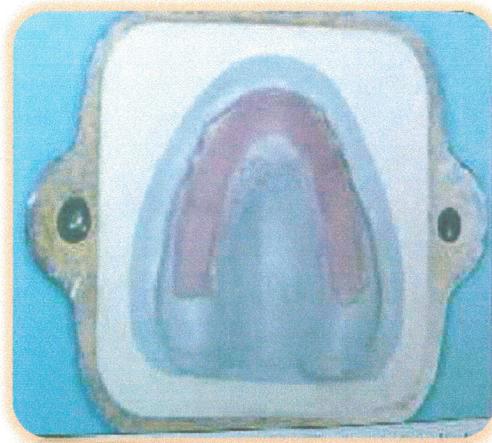


-l'arcade dentaire en résine dentine est fractionnée au niveau des repères et entre deux dents. Les trois secteurs sont usinés de façon à créer des dièdres au niveau de leur base, en regard des dents, puis replacés dans l'empreinte qui lui a donné naissance.

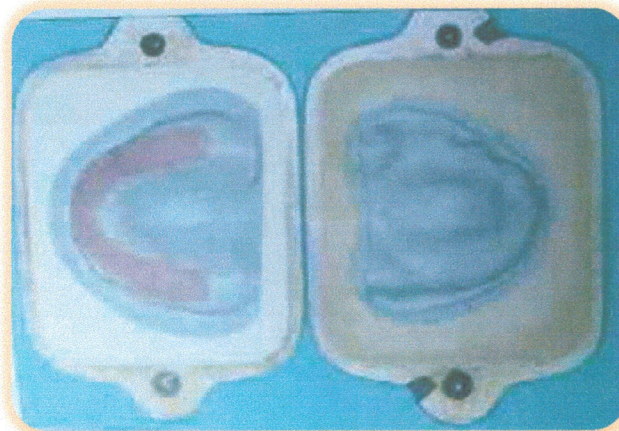


i-confection des guides chirurgicaux duplicata à des dents amovibles

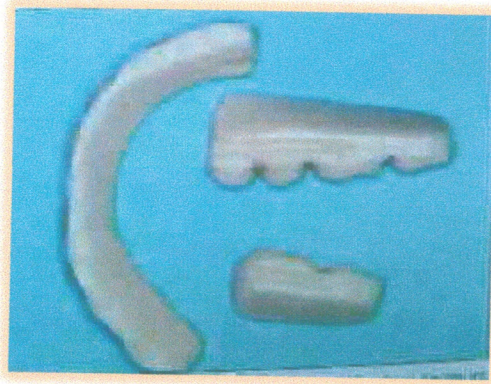
-Une bande de cire est découpée en fer à cheval puis disposée sur les dièdres et réchauffée à la flamme.



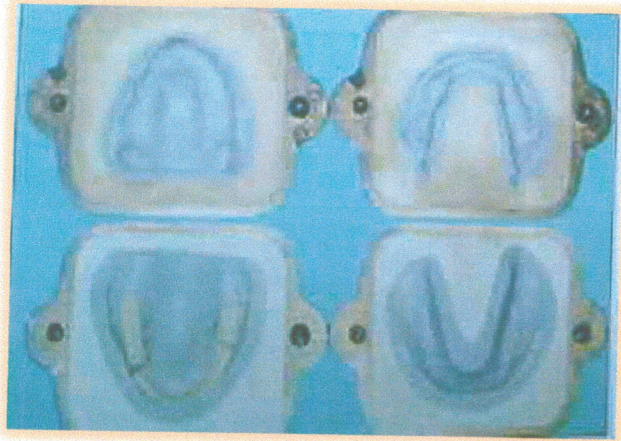
-La cotre partie est replacé et le moufle fermé . Après réouverture du moufle , il faut contrôler que la cire n'a pas subit d'écrasement pour laisser un espace minimum d'épaisseur de cire correspondant à celui souhaité pour la futur base transparente .



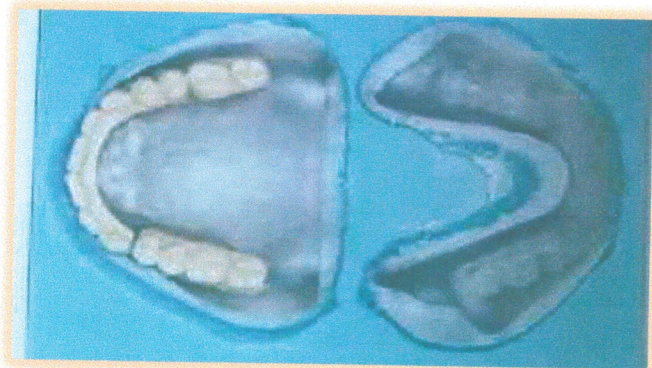
-Les trois groupes de dents en résine dentine sont retirés du moufle et de légères gorges sont façonnées dans les dièdres afin de permettre leur futur clippage , puis les dièdres sont polis à l'exception des dents.



-Le plâtre du moufle est verni classiquement , les groupes de dents sont remplacés puis isolés avec du « démoulant spray ». Enfin de la résine transparente autopolymérisante est disposée dans les moufles puis pressée.



-Après polymérisation , les guides dupliqués sur leurs bases souples sont retirés des moufles puis grattés et polis.



j-contrôle des guides chirurgicaux dupliqués à des dents amovibles :

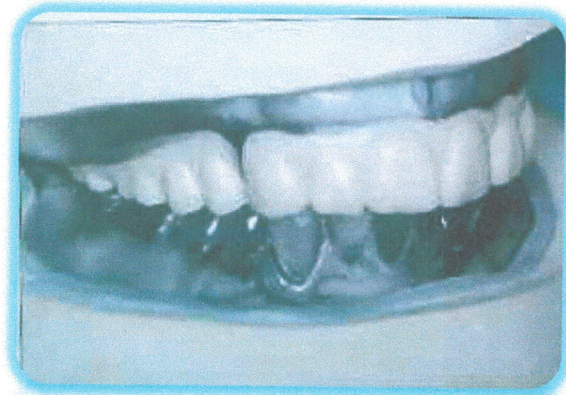
-Après retrait du guide maxillaire de sa base souple et mise en place de la prothèse maxillaire sur cette dernière , l'ensemble prothèse maxillaire -base souple est remplacé sur le modèle en plâtre d'origine resté solidarisé à la branche supérieur de l'articulateur tandis que l'ensemble guide mandibulaire-base souple est également remis en place sur son modèle en plâtre d'origine resté également solidarisé à la branche inférieur de l'instrument . Cette étape permet d'obtenir une occlusion parfaite avec la prothèse maxillaire , effectuée aux dépens du guide pour compenser toute erreur résultant de la polymérisation .



-Inversement , le guide maxillaire est articulé à ses dépens avec la prothèse mandibulaire .



-Après polissage des surfaces occlusales retouchées , les guides maxillaire et mandibulaire sont replacés ensemble sur articulateur et la qualité de l'occlusion est vérifiée.



-Les trois blocs de dents maxillaires désolidarisés de leur base ainsi que leur repositionnement par clippage grâce aux gorges effectuées sur les dièdres sont alors contrôlés.

4-9- temps chirurgical et mise en bouche : suivant l'état général, une prescription antibiotique peut être nécessaire.

4-9-1 temps chirurgical :

L'anesthésie locale est de préférence réalisée sans vasoconstricteur de façon à faciliter , d'une part , l'évacuation de l'œdème du à l'anesthésie et, d'autre part , l'utilisation de guide chirurgical reposant sur l'observation de blanchiment qui met en évidence les zones de compression à reséquer .

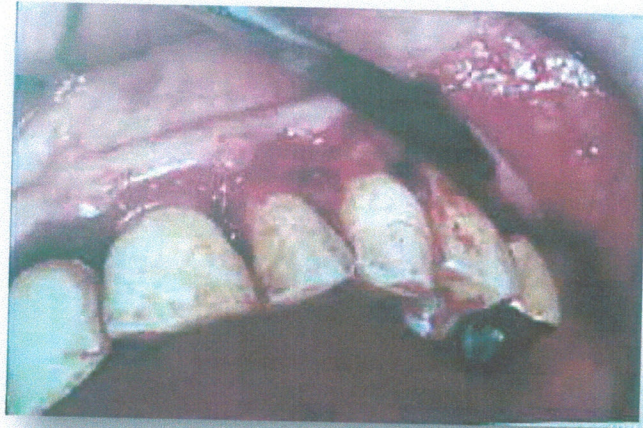
Sur le plan général, l'absence de vasoconstricteur est la meilleur garantie contre une complication par choc de vasodilatation de retour , due aux effets des joints prothétiques qui ne favorisent pas une évacuation rapide du produit anesthésique .

L'acte chirurgical au maxillaire comporte plusieurs étapes :

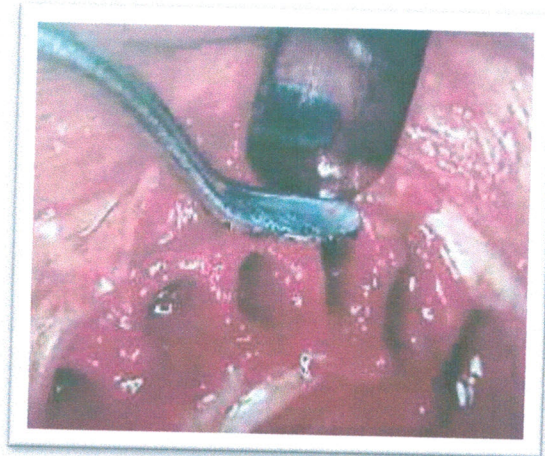
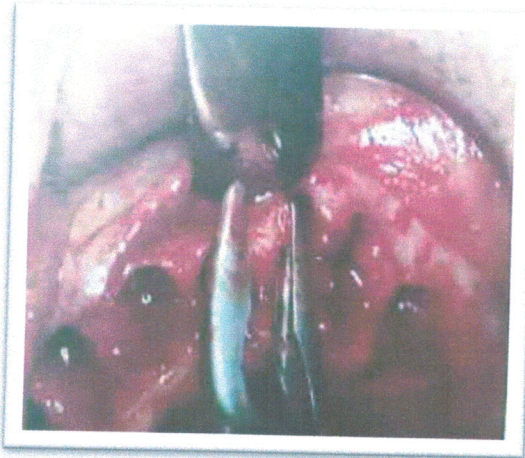
- Incision vestibulaire à biseau interne au niveau des dents à extraire sectionnant d'emblée les papilles à mi-hauteur et se prolongeant distalement uniquement sur le sommet de la crête dans la direction des secteurs édentés.



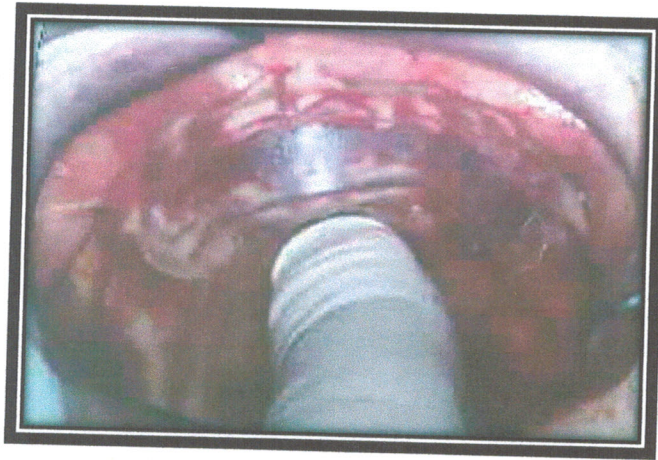
- Décollement de lambeau muco-périosté en regard des dents sans atteindre la zone de réflexion muqueuse.



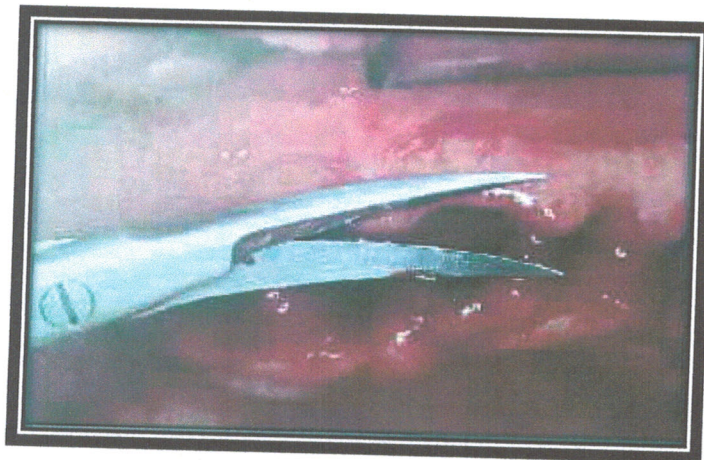
- Extraction des dents puis ostéoplasties effectuées à la pince gouge et terminées à la râpe à os.



- Ces ostéoplasties correspondent aux rectifications effectuées sur le modèle en plâtre et sont conduites en plusieurs temps en remplaçant le lambeau avec mise en place du guide chirurgical sans les dents amovibles jusqu'à suppression des interférences tout en obtenant une coaptation correcte des bords du lambeau.



- En effet , ce lambeau peut être facilement écarté , grâce aux incisions prolongées sur le sommet des crêtes bordant l'édentement , puis sa remise en place , la coaptation parfaite des bords est réalisée en supprimant aux ciseaux les excès muqueux liés aux ostéoplasties.

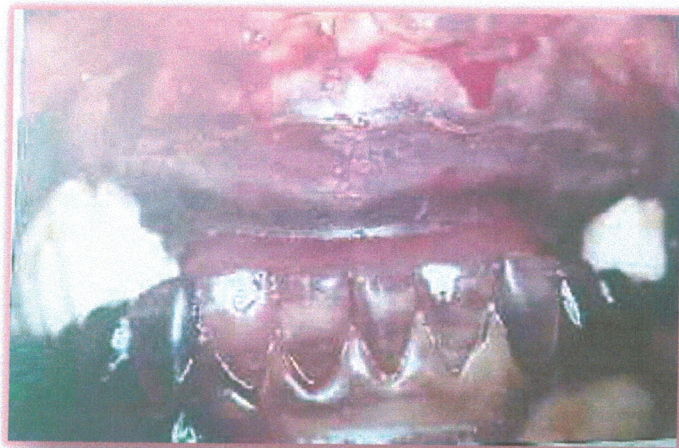


- La technique chirurgicale à la mandibule est similaire à celle adoptée pour le maxillaire avec une utilisation comparable du guide duplicata simple en résine transparente. La seule différence concerne l'incision au niveau des dents qui dans ce cas particulier, est intramusculaire et se produit mésialement et distalement de façon à décoller légèrement les lambeaux , pratiquer les extractions des dents et les ostéoplasties nécessaires, du côté vestibulaire et du côté lingual .

4-9-2 mise en bouche :

Après un curetage soignant des alvéoles et après avoir replacé les dents postérieures sur le guide maxillaire , les guides chirurgicaux sont remis en bouche pour vérifier l'obtention d'une occlusion parfaite sans blanchiment de la muqueuse qui imposerait des résections complémentaires.

L'occlusion serrée est maintenue pendant 10 minutes pour provoquer l'hémostase et chasser l'œdème dû à l'anesthésie . Ensuite , le comportement du lambeau maxillaire, sous l'effet des forces occlusales peut être observé.



Si la coaptation des berges , sans blanchiment de la muqueuse est correcte et compatible avec une parfaite insertion prothétique , il n'ya aucune raison de suturer.

4-9-3 séances post opératoires

Après 48 heures, le praticien désinsère les prothèses, vérifie la plaie, nettoie la prothèse et procède à une première véritable séance d'équilibration.

D'autres séances d'équilibration suivent.

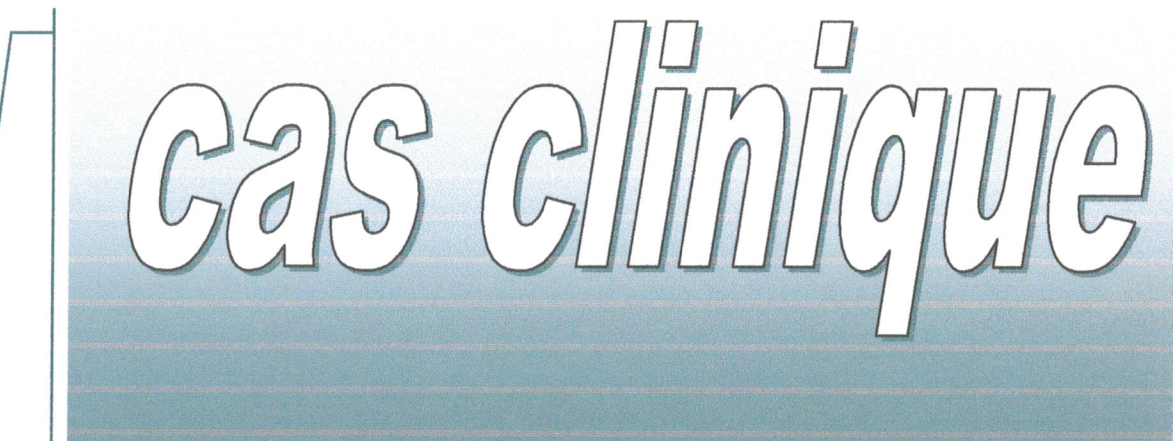
Elles permettent aussi de surveiller la plaie et d'encourager le patient à poursuivre ses efforts.

Deux Jours après la mise en bouche, l'équilibration (dynamique, statique) peut alors commencer, il est prudent d'entreprendre l'équilibration statique et dynamique après la disparition compté

Les suites opératoires sont généralement simples et non douloureuses, la cicatrisation est rapide et bien dirigée. Elle est guidée par l'intrados pathétique.

Les complications liées à l'intervention sont rares mais possibles, il peut s'agir de petit séquestre ou de retard de cicatrisation.

D'autres vérifications suivront à 2 puis à 4 mois avec au besoin décision d'une réfection de base si elle s'avère nécessaire .



cas clinique

Cas clinique :

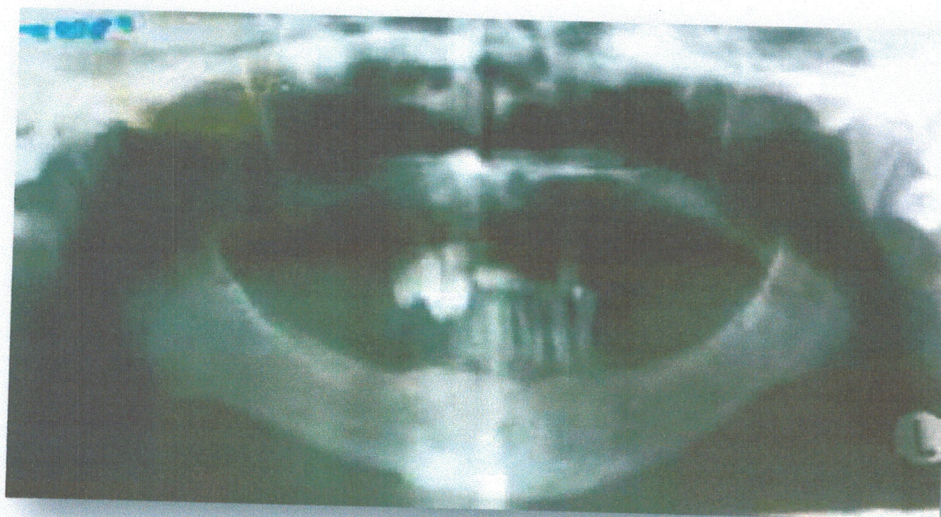
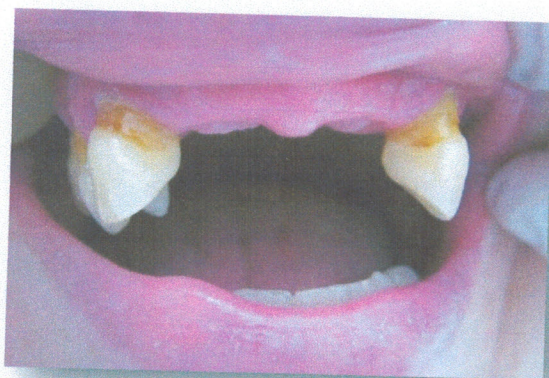
Il s'agit la patiente Madame BENHAMOU AMARIA, âgée de 49ans, qui travaille dans un service administratif universitaire s'est présentée au notre centre de consultations et de traitements dentaires de Tlemcen pour remédier aux désordres esthétique et fonctionnel créés par l'édentement.

EXAMEN CLINIQUE :

L'examen endo-buccal révèle une hygiène très déféctueuse avec présence du tartre sur toutes les dents restantes

- au maxillaire, on note l'absence de : 11,12,16,17,21,22, 24,25,26,27,avec la présence d'une prothèse partielle amovible
- à la mandibule : 35,36,37,43,44,45,46,47 sont absentes.
- Une parodontite chronique généralisée est diagnostiquée avec des poches parodontales de 7 à 8mm et perte d'attache
- La gencive marginale est très enflammée, lisse, brillante et oedématiée avec la présence de blocs de tartre sus et sous gingival.

- Une mobilité importante de toutes les dents résiduelles est notée :
- de degré 3 pour les dents support de crochet : 23 et 15
- de degré 2 au niveau de : 13 ,14 , 35 , 42
 - La radio-panoramique met en évidence une alvéolyse horizontale généralisée avec la présence des réactions apicales .



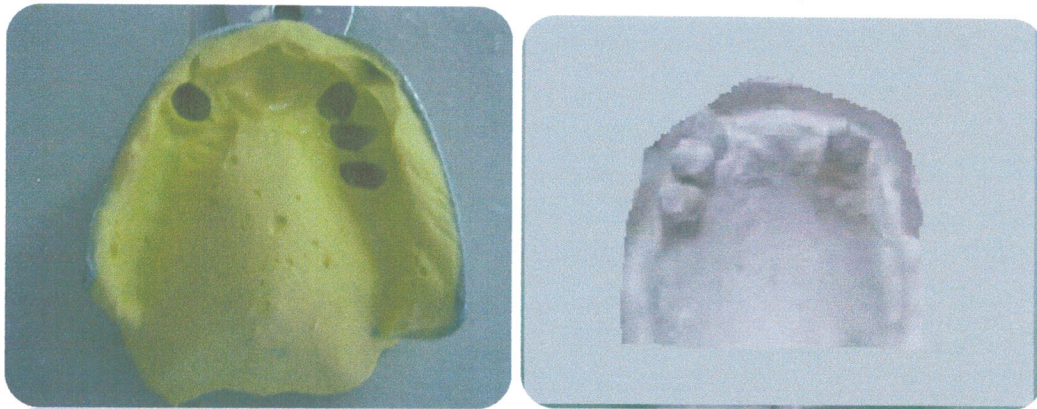
DECISION THERAPEUTIQUE :

La sévérité des lésions parodontales impose l'extraction de toutes les dents demeure une nécessité (mobilité importante, radioclarété apicale, mauvaise hygiène orale..), d'où l'intérêt de prévoir une réhabilitation prothétique complète bi maxillaire immédiate afin de restaurer la fonction masticatrice et de préserver ou améliorer l'esthétique.

ETAPES DE REALISATION :

Les Empreintes :

*Empreinte primaire : elle est réalisée à l'alginate par l'intermédiaire de porte -empreinte de série modifiés à la pince et par l'adjonction de cire.



L'empreinte et Modèle primaire maxillaire



L'empreinte et Modèle primaire mandibulaire

*Empreinte Secondaire :

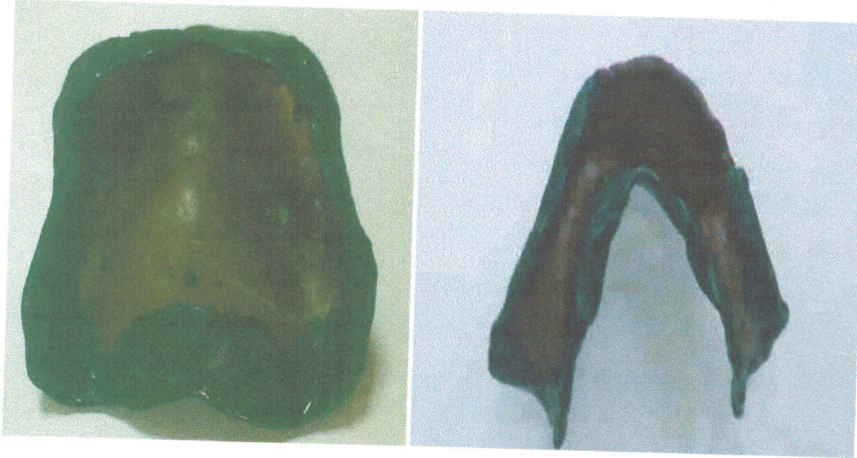
Après la confection de la porte -empreinte individuel avec un trial bas au laboratoire (les dents sont déchargées par la cire /compresse).



Les portes empreintes individuels

Le porte-empreinte individuel est adapté en bouche suivant les règles de prothèse complète de façon qu'il n'y ait aucune interférence de la zone de réflexion muqueuse, avec les bords de celui-ci et en vérifiant que la limite postérieure est bien située.

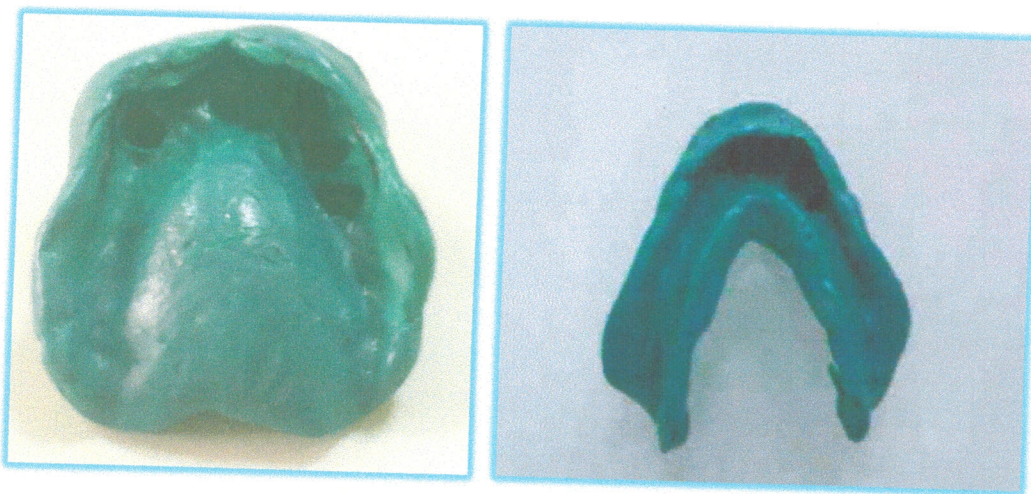
Un joint périphérique est enregistré à l'aide d'une pâte thermoplastique de Kerr.



Élaboration du joint périphérique (pâte de Kerr)

Le PEI est stabilisé, l'empreinte secondaire est prise avec l'élastomère, l'empreinte est traitée selon les règles habituelles de la prothèse complète.

Un coffrage de l'empreinte secondaire est réalisé, ce qui permettra la coulée du modèle secondaire.



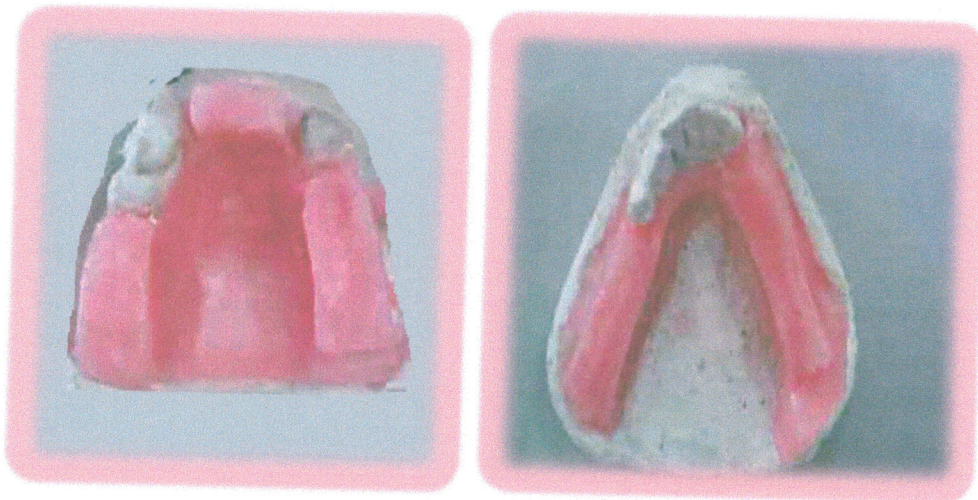
Les empreintes secondaires



Les modèle secondaires

Construction d'une base d'occlusion :

Des maquettes d'occlusions sont réalisées, munies de bourrelet d'occlusion en cire pour la détermination et l'enregistrement du rapport intermaxillaire



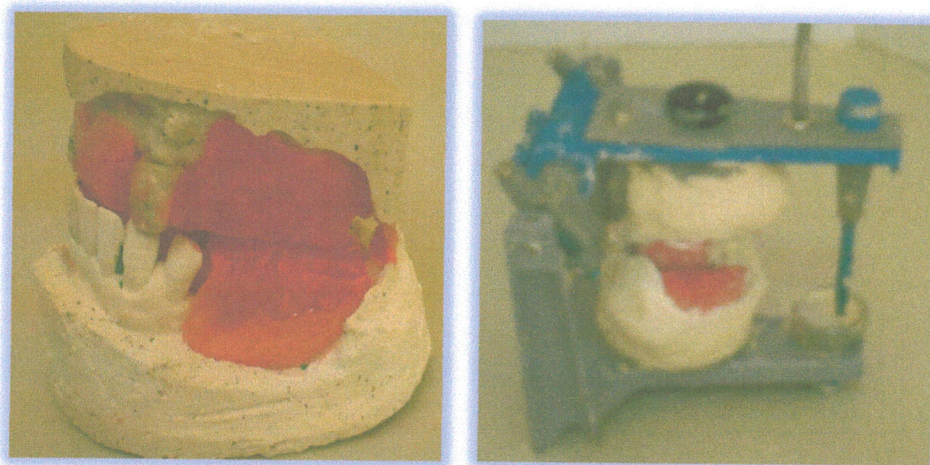
les maquette d'occlusion

Orientation Du Plan d'occlusion :

Les maquettes d'occlusion sont réglées en situation clinique: la maquette maxillaire est insérée, son plan d'occlusion parallèle au plan de Camper est contrôlé à l'aide d'une plaque de Fox.

Au niveau antérieur, l'égression dentaire repérée cliniquement par des données esthétiques et phonétiques.

Après l'enregistrement de la DV et la RC en passe a la mise en articulateur du modèle sur un gnatho semi-adaptable



Transfère de l'occlusion sur un articulateur

-Le montage des dents prothétiques postérieure :

Le montage des dents absentes est réalisé en veillant à parfaitement rétablir l'occlusion avec les dents antagonistes.

-L'essai fonctionnel :

Les prothèses en cire sont insérées en bouche, le contrôle de l'occlusion

-Le montage des dents antérieure :

La mise en place de chaque dent prothétique se fait au fur et à mesure de son extraction sur le plâtre en respectant les règles du montage.

Après le montage les deux modèles sont bien finir pour amorcer la mise en moufle

-La mise en moufle et polymérisation :

Finition des extrados prothétiques en respectant les règles propres à la prothèse adjointe complète et la phase de polymérisation se déroule selon les séquences classiques

-La récupération et le polissage de la prothèse

-L'extraction des dents restantes et la mise en bouche de la prothèse



*Conseils suivant la mise en
bouche d'une prothèse immédiate*

Conseils suivant la mise en bouche d'une prothèse immédiate :

A) La journée de l'intervention :

1. Évitez de manger quoi que ce soit tant que les effets de l'anesthésie ne seront pas disparus.
2. Gardez votre prothèse en bouche jusqu'au lendemain matin. Le lendemain, rincez la prothèse avec de l'eau et replacez-la délicatement en bouche.
3. Prenez la médication prescrite par le dentiste.
4. La diète doit consister en des aliments mous et liquides.
5. Évitez les activités sportives intenses qui peuvent provoquer un saignement.

B) Le lendemain de l'intervention :

1. Retirez délicatement la prothèse et rincez-la avec de l'eau. Vous pouvez également vous gargariser avec un bain de bouche d'eau et de sel ou avec la solution *Peroxyl de Colgate*. Répétez le gargarisme après chaque repas pour une période de 2 semaines.
2. Enlevez votre prothèse au moment de vous coucher et déposez la prothèse dans un récipient contenant, au minimum, de l'eau. Vous pouvez ajouter, à cette eau, une pastille nettoyante vendue en pharmacie.
3. Mangez des aliments plus faciles à mastiquer. Bien qu'il soit normal que vous éprouviez le désir de vraiment « tester » vos nouvelles prothèses, vous devriez manger des aliments plus mous la ou les premières journées. Ceci permettra à vos muscles masticatoires d'apprendre à fonctionner avec ces prothèses.

Environ 1 semaine après la mise en place de votre prothèse, nous vous reverrons afin d'ajuster l'occlusion et d'éliminer les points de pression sur les incisives. Par la suite, comme il y a un processus actif de guérison de vos gencives, vous aurez l'impression que vos gencives dégonflent avec le temps, et que les prothèses deviennent de plus en plus grandes. Nous réaliserons alors un regarnissage temporaire de la prothèse et ce, à une fréquence d'environ une fois tous les 30 jours. À peu près 4 mois après la chirurgie initiale, les gencives sont considérées guéries; elles cesseront de « dégonfler ». Il sera alors indiqué de rebaser vos prothèses, c'est-à-dire de refaire au complet l'acrylique rose de votre prothèse. Envoyées au laboratoire pour 1 ou 2 journées, le technicien retirera des prothèses le matériel temporaire et l'ancien acrylique pour en placer un tout neuf. La durée de vie d'une prothèse est d'environ 8 à 10 ans. Au delà de cette période, la prothèse risque de ne plus suffisamment stimuler les gencives pour que celles-ci conservent leur volume. Or, comme le degré de stabilité d'une prothèse est principalement relié à la quantité de gencive restante, il est primordial que ce volume demeure le plus intact possible. Dans un deuxième temps, après 10 ans, les dents de la prothèse affichent un niveau d'usure qui peut nuire à la mastication et/ou à

Conclusion :

La prothèse immédiate est une véritable entité thérapeutique. Elle fait appel à plusieurs méthodologies, qui diffèrent non seulement quand à leur aspects techniques, mais surtout quand à leur indications.

C'est à ce niveau que se trouve la véritable différence entre ces diverses approches.

Seule la prise en compte des situations cliniques va conduire le praticien à privilégier une solution par rapport à l'autre, car aucune technique ne peut démontrer sa réelle supériorité par rapport à une autre.

Les avantages de la prothèse immédiate pour la conservation des reliefs sous-jacents sont indéniables : elle prévient une atrophie des crêtes osseuses par l'application précoce de stimuli fonctionnels limitant la résorption, elle contribue à l'élaboration de tissus fibreux fermes et adhérents, garants de la longévité et de la santé des bases osseuses .

Notre souci est d'éviter la réalisation d'une prothèse inadaptée, soumise à des rebasage répétés. Pour de trop nombreux praticiens, la prothèse immédiate est encore souvent considérée comme un élément temporaire et construit rapidement sans l'attention et le soin nécessaire. Nous pensons que cette prothèse doit être d'emblée permanente, physiologiquement intégrée aux tissus qu'elle recouvre ou qui l'entourent.

Les résultats cliniques à moyen et à long termes sont pratiquement toujours supérieurs à ceux qui peuvent être fournis par des prothèses classiquement élaborées après la cicatrisation des tissus.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie :

- 1-**Christophe RIGNON-BRET , Jean-Marie RIGNON-BRET** : Prothèse amovible complète, Prothèse immédiate , Prothèse supraradiculaire et implantaire . collection JPIO , Edition CDP 2002
- 2- **Olivier HUE , Marie-Violaine BERTERETCHE** : PROTHÈSE COMPLÈTE Réalité clinique Solutions thérapeutiques . Imprimé en France N°11421-Dépôt légal : novembre 2003
- 3- **Christophe RIGNON-BRET** : Attachement et prothèse complète supraradiculaire et supra implantaire, Guide clinique Edition CDP France 2008
- 4- R.OGOLINIK , R.P.SPLINGARD , G . KRIEF : Prothèse Complètes Immediate EMC (PARIS) 23325 K¹⁰ 4-1987
- 5- **M.-V. Berteretche, O.Hüe** : Prothèse complète immédiate EMC 23-325-K-10© 2005
- 6-**J.Lejoyeux** : traitement de l'édentation totale (cours de quatrième année) maloine s.a. éditeur 1976
- 7- **PEDRO SAIZAR** : traitement de l'édentation totale , Eléments pratique , JULIEN PRELAT-EDITEUR A PARIS 1964
- 8-**Prothèse Ajointe Complète Immédiate D'usage** , Mémoire de fin d'étude , université Badji Mokhtar Annaba , département de chirurgie dentaire 2005-2006
- 9-**PROTHÈSE Supra-Radiculaire** , Mémoire de fin d'étude , université Mentouri Constantine , département de chirurgie dentaire 2006-2007
- 10- **La Prothèse Immédiate** , cour 2^{ème} année chirurgie dentaire
- 11-**INTERNET :**
 - ▶ www.laboratoire-odic.com/Prothese-complete-immEDIATE.php
 - ▶ www.adf.asso.fr
 - ▶ www.caradent.net
 - ▶ www.lecourrierdudentiste.com
 - ▶ www.oeil-dentaire.com.
 - ▶ www.fmdrabat.ac.ma/wjd/v4n3/pc.pdf