

Université Constantine 3
Faculté de Médecine
Département de Médecine Dentaire

Service de prothèse
Cours de 5^{ème} année

Examen clinique et plan de traitement en
prothèse partielle adjointe

Module :
Prothèse

Enseignant :
Dr N. BENHASNA

Examen clinique de l'édenté partiel

Plan

I – Introduction

II – Définition

III – Objectifs

IV – Examen clinique

IV- 1 – Anamnèse

→ Antécédents généraux

→ Antécédents locaux

IV – 2 – Examen exo-buccal

IV – 3 – Examen endo-buccal

IV – 4 – Examens complémentaires

→ Examen radiologique

→ Examen des moulages

→ Etude au paralléliseur

V – Conclusion

I – Introduction :

De nos jours la place accordée à la bouche et au sourire est très importante ; c'est généralement en fonction de cette motivation que nous recevons chaque jour des patients partiellement édentés qui viennent chercher chez nous des solutions à leurs problèmes, esthétiques et fonctionnels.

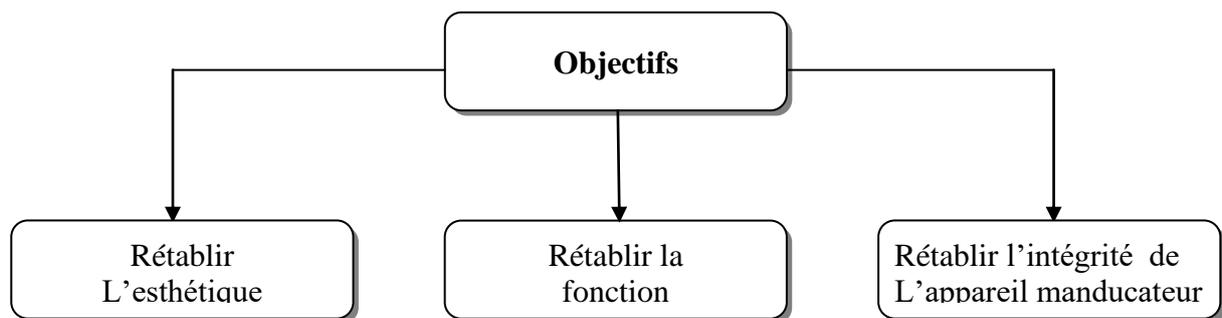
Une restauration prothétique ne peut être entamée sans un examen clinique complet et judicieux. D'autant plus que c'est au cours de cet examen que nous aurons l'occasion d'établir un climat de sympathie et de détente.

On laissera le patient s'exprimer aussi longtemps que possible en l'écoutant attentivement.

II – Définition

- ↳ L'examen clinique ou observation clinique, peut être définie comme étant une analyse à la fois psychologique, anatomique menée sur le plan général et sur le plan local.
- ↳ Il existe deux étapes fondamentales à cette observation clinique :
 - ➔ La 1^{ère} est celle de contact et d'information
 - ➔ La 2^{ème} est l'examen proprement dit suivi par l'élaboration d'un plan de traitement.

III – Objectifs



- ➔ Pour atteindre ces objectifs, le praticien doit posséder les données lui permettant de faire une synthèse et d'établir un pronostic conduisant aux solutions prothétiques à envisager.
- ➔ C'est l'observation clinique qui fournit l'ensemble des renseignements nécessaires.

IV – Examen Clinique

IV-1 – Anamnèse :

Dont le but est de situer le patient dans un contexte psycho-socio-culturel :

- L'identité du patient
- Le facteur S.P.A (sexe, personnalité, âge)
- Profession pour connaître ses possibilités matérielles afin de lui proposer un plan de traitement en rapport avec son budget.
- Motif de consultation : esthétique, fonctionnel !?

On terminera notre anamnèse en demandant à notre patient s'il a déjà porté une prothèse ? et comment était-elle tolérée ?

❖ **ANTECEDENTS GENERAUX** : des pathologies générales peuvent interférer sur le traitement prothétique telle que :

- **La syphilis** : affecte la valeur des tissus oteo-fibro-muqueux
- **Le rachitisme** : crée un état de prédisposition à la résorption
- **Le diabète** : s'accompagne d'une fragilité des muqueuses, d'une moindre résistance à l'infection et une odeur d'acétone qui peut dissoudre les résines.
- **Les otéoradionécroses** : contre indiquant les prothèses fixées. On a recours à des bases molles afin d'éviter toute blessure ou ulcération.
- **Les maladies cardiaques** : Précautions particulières en accord avec le médecin traitant.
- **Etat psychique** : indifférent, anxieux, plaignant, hystérique, considérant la prothèse comme une déchéance physique.

❖ **ANTECEDENTS LOCAUX** : il faut rechercher à connaître :

- Les causes des édentements
- Leur durée
- Doléances vis-à-vis de son ancienne prothèse (esthétique, fonctionnelle...)

IV – 2 – Examen exo buccal :

A l'inspection on notera :

- ↳ l'égalité des étages de la face, type morphologique
- ↳ la symétrie faciale, profil facial
- ↳ les rapports des bases osseuses

Au niveau des téguments, on cherchera toute trace de cicatrice de brûlure ou des séquelles de mal formation pouvant entraver la réussite de la future prothèse.

A la palpation on appréciera :

- ↳ la tonicité musculaire
- ↳ toute douleur musculaire (muscles masticateurs)
- ↳ toute pathologie au niveau de l'ATM (craquements, crépitation, douleurs ou de spasmes neuro-musculaires).
- ↳ l'amplitude de l'ouverture buccale doit être appréciée de (4 à 5 cm)
- ↳ le trajet de fermeture est important à noter car il peut mettre en évidence l'existence de prématurités, que l'observation des moulages sur articulateur viendra confirmer ultérieurement.
- ↳ trajet du point interincisif inférieur (rectiligne ou en baïonnette)

IV – 3 – **Examen endobuccal**

A – D'emblée, on notera l'hygiène buccale de notre patient.

B – **Examen de la salive** : la quantité et la qualité de la salive sont évalués.

- ↳ Elle assure la protection des surfaces muqueuses et intervient dans la rétention prothétique.
- ↳ La consistance du flux salivaire est importante à noter, en effet la viscosité joue un rôle important dans la rétention des prothèses par phénomène d'adhésion,

Cas de classe I, classe II et classe IV de grande étendue de K – A.

C – Toutes les muqueuses de la cavité buccale seront examinées afin de dépister toute altération pathologique type ulcération Kératose.....

➤ **Examen du revêtement mucco-gingival** :

- ↳ La coloration, l'épaisseur, la compressibilité et l'adhérence de la muqueuse seront appréciées.
- ↳ On notera au niveau de la région linguale rétro incisive : 03 éléments qui conditionneront dans une grande mesure le dessin du châssis au niveau de la mandibule à savoir :
 - La distance séparant le collet des dents et le plancher buccal
 - La forme et la position de l'insertion du frein lingual
 - L'orientation du versant lingual rétro-incisif de la crête qui peut être de dépouille ou de contre dépouille.

➤ **Examen dento-prodental** :

On note : la formule dentaire

- ↳ La répartition des segments dentés et édentés
- ↳ Valeur des dents restantes (abrasion, carie, obturation, mobilité, malposition...)
- ↳ La morphologie des dents piliers, le volume, la qualité d'email des dents.

- ↳ Valeur des segments édentés : hauteur et largeur des crêtes.
- ↳ Apprécier toute pathologie parodontale : poche, parodontite
- ↳ Apprécier la santé gingivale au niveau des dents restantes.

➤ **Examen de l'occlusion :**

En réalité c'est l'examen le plus important chez un édenté partiel, au cours duquel on évaluera les rapports dento-dentaires en relation centrée, en intercuspidation maximale ICM, en propulsion et en latéralité.

- ↳ Si le patient a déjà reçu une prothèse nous en ferons le sujet d'une critique du point de vue rétention, stabilité, esthétique, qualité du matériau.

IV – 4 – Les examens complémentaires

II-3-1 – Examen radiographique

Constitue un complément indispensable

+ **Rx panoramique** : qui nous donnera une vue générale des deux maxillaires des ATM et des dents.

+ **Rx rétro alvéolaire** : Actuellement la RVG : qui visualisera :

- Le rapport couronne clinique / racine clinique, sachant que ce rapport doit être inférieur à 1 (< 1) pour que la dent soit utilisée comme pilier.
- Forme des racines, l'existence de fractures radiculaire
- L'espace desmodontal , présence de la lamine dura
- L'orientation des axes dentaires
- Lésions apicales
- Aspect de la trabéculatation osseuse
- Evaluer les obturations canalaires
- Alvéolyse, paradontolyse

Autres incidences : IRM, tomographie, téléradio...

II – 3 – 2 – Examen des moulages

❖ **Examen statique** : (l'étude intra-arcade)

- ↳ Pour mieux visualiser l'importance et la répartition des segments édentés.
- ↳ Pour mieux apprécier la distance entre collets dentaire et frein lingual
- ↳ Certaines malpositions dentaires

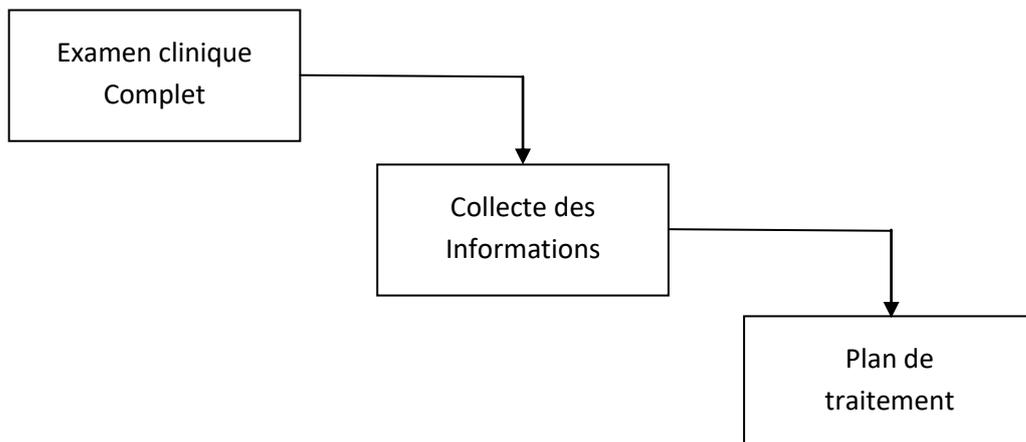
❖ **Examen dynamique** : qui consistera à une analyse occlusale sur articulateur semi-adaptable afin de détecter les prématurités en ICM et les interférences occlusales dans les mouvements de latéralités que l'on corrigera par simple meulage.

- Permet aussi de corriger le plan d'occlusion perturbé.

II-3-3- Etude au paralléliseur :

Permet de détecter les interférences, les malpositions.(étape diagnostic)

Conclusion



Plan de traitement en prothèse partielle **amovible coulée**

I – Introduction

II – Plan de traitement en PPAC

II₁ – Traitement pré prothétique

* Diagnostic et décision thérapeutique

II₂ – Traitement prothétique

(Les différentes étapes cliniques et de labo de réalisation de la prothèse)

II₃ – Traitement post prothétique

III– Conclusion

I -Introduction

- C'est une ligne de conduite que le praticien fixe en accord avec le patient, afin de réaliser un ensemble de soins qui paraissent les mieux adoptés à la situation pathologique, aux circonstances socioéconomique et aux préoccupations esthétiques du sujet.
- Généralement, il se découpe en trois phases interdépendantes :
 - 1^{ère} phase : traitement pré prothétique
 - 2^{ème} phase : traitement prothétique
 - 3^{ème} phase : traitement post prothétique

.II- PLAN DE TRAITEMENT EN PPAC :

II₁ – Traitement pré prothétique

L'extraction d'une dent isolée qui borde un édentement encastré peut changer une classe encastrée à une classe distale et donc changement de diagnostic et de plan de traitement.

A – Traitement pré prothétique général :

La notion du terrain sur lequel sera édiflée notre restauration est fondamentale, elle conditionne la permanence de l'intégration de la prothèse au sein des différentes structures.

Lorsque le patient est jeune et que son édentation est accidentelle, le bilan est généralement positif, il n'est pas de même dans le cas des patients âgés.

L'avis du médecin traitant est indispensable surtout pour les sujets à risque : diabétique, cardiopath... (Risque infectieux par blessure avec une prothèse partielle).

B – Traitement pré prothétique locorégional

1 – Traitement pré prothétique d'urgence : « prothèse provisoire »

En cas :

- Absence des dents antérieures accidentellement (esthétique)
- Fracture d'une prothèse déjà existante (incident mécanique)
- Le malade souffre, problème gastrique dû à l'absence des dents postérieures (but fonctionnel).

2 - Prophylactique :

- La dépose des éléments prothétiques perturbateurs.

3 – Prodontal :

- Motivation à l'hygiène buccale
- Détartrage, curetage, polissage
- Gingivectomie, gingivoplastie
- Contention des dents ayant une mobilité réversible.

4 – Endodontique :

- Traitement de toute dent cariée
- Reprendre tout traitement qu'on a jugé insuffisant.

5 – Chirurgie préprothétique

6 – Exodontique :

- Extraction des dents irrécupérables

7 – Traitement pré prothétique de mise en condition :

Ce n'est que dans une bouche saine que l'on pourra passer au traitement de mise en condition.

- ✓ Mise en condition tissulaire : dans les cas d'édentation importante compensée au moyen de prothèse insuffisamment étendues ou défectueuses.

Les résines acryliques à prise retardée, à plasticité rémanente de type coe-confort ou hydro-cast, seront mises en œuvre à l'aide de la prothèse transitoire.

BUTS

- Nécessité d'une extension de la prothèse transitoire
- Tissus de revêtement particulièrement comprimés par une prothèse précédente de conception erronée.
- Dans le cas d'hyperhémie pour ces propriétés thérapeutiques.

- ✓ Mise en condition neuro-musculaire et neuro-articulaire

Elle comporte simultanément le port d'un plan de morsure et des exercices isotoniques et isométriques des organes musculaires para prothétique.

- Plan de morsure « KAROLY »

- Supprimer tous les contacts prématurés
- Soulager les ATM
- Faciliter un retour des condyles vers une position plus symétrique

- Préparation des enregistrements ultérieurs plus aisés de relation centrée et de latéralité.
- **Exercices musculaires**
 - Supprimer toutes les contractions et les tensions musculaires (l'hyperactivité du ptérygoïdien externe)

II₁₋₁ – **Diagnostic et décision thérapeutique** :

Pour le traitement d'un édentement partiel, on peut avoir recours à plusieurs modalités thérapeutiques à savoir :

- Prothèse implanto-portée
- Prothèse conjointe
- P.P.A.C

-La solution implantaire est la première prothèse proposée au patient, du point de vue biomécanique et biologique, et confort, mais parfois elle est contre indiquée

-il nous reste a proposé soit la solution conjointe ou adjointe ?

il est évident que la restauration fixée est la solution de choix pour le traitement d'un édentement encastré (CI III, VI de K-A) du point de vue biomécanique et fonctionnel.

On ne choisit la solution amovible que lorsque les indications suivantes s'imposent :

(Indications d'une P.P.P.A.C)

- *Indications d'ordre biomécanique*
 - 1/ Segments édentés de très grande étendue
 - 2/ Espace prothétique disponible réduit avec couronnes dentaires courtes.
 - 3/ Une implantation insuffisante des dents restantes
 - 4/ Une résorption excessive des crêtes édentées qui rendrait difficile voire impossible un ajustement correct des éléments intermédiaires et qui nécessiterait un comblement par une selle.
 - 5/ Affaissement de la table externe imposant le recours à une fausse gencive.
- **Indications liées au patient**
 - 1/ Patient refusant toute mutilation de ses dents naturelles

- 2/ Patient ne pouvant se permettre une prothèse fixée pour des raisons pécuniaires.
- 3/ Notion du terrain : Patient dont l'état général contre indique une anesthésie locale, préparation au niveau des limites cervicales.

II₂ - 2^{ème} phase : Traitement prothétique :

(Les différentes étapes cliniques et de laboratoire)

1^{ère} étape :

- Prise d'empreintes primaire et réalisation du modèle d'étude (Alginate + porte empreinte de série)
- Etude au paralléliseur (partie traitement : axe d'insertion , ligne guide, point de départ du crocher)
- Réalisation de la clef de transfère (en silicone lourd ou en résine auto polymérisable)
- Confection du porte empreinte individuelle P E I (pour les édentements à appuis mixtes dento-ostéomuqueux exemple : classe I de K-A , cl V de K-A , cl IV de grande étendue)

2^{ème} étape :

- Améloplasties (préparation en bouche)
 - Méplats linguaux
 - Surfaces de guidage
 - Logettes occlusales et épaulements cingulaires.
- Prise d'empreinte secondaire et réalisation du modèle de travail :
 - Pour les édentements à appuis essentiellement dentaire on utilise une wach technic ou la technique du double mélange seulement. Exemple : classe III de KA
 - Pour les édentements à appuis mixtes dento ostéomuqueux ,l'emprientee anatomo-fonctionnelle avec un P.E.I est très indiquée. Exemple : classe I ; II ; V, IV de grande étendue de K-A. ou bien la technique d'empreinte partielle de MC Kraken avec châssis porte empreinte et de la cire korecta ,actuellement on utilise les silicones light hydrophiles .
- 3^{ème} étape :

Les étapes de laboratoire :

- Préparation du modèle (réalisation des différentes décharges sur modèle de travail).
- Duplicata
- Modelage de la maquette en cire
- Fixation des tiges de coulée
- Mise en cylindre
- Fonte de l'alliage
- Récupération de la pièce métallique et finition
- **4^{ème} étape :**
 - Essai du châssis nu en bouche
 - Prise d'occlusion
 - Choix et montage des dents prothétiques
 - Essai fonctionnel et esthétique
 - Polymérisation des selles en résine
 - Mise en bouche de la prothèse

III₃ – **3^{ème} phase : Traitement post prothétique**

- ↳ Contrôles périodiques et retouches
- ↳ Equilibration occlusale
- ↳ Rebasage des selles.

Conclusion :

Le succès du traitement prothétique dépend du respect des différents temps opératoires et aucune décision ne peut être prise en l'absence de trois éléments :

- ↳ Observation clinique
- ↳ Examen radiologique
- ↳ Analyse des modèles d'étude sur articulateur et au paralléliseur.