

Université Saleh Boubnider Constantine 3

Faculté De Médecine

Département De Médecine Dentaire



*Cours de prothèse
dentaire.
3eme année.*

**APPORTS DE LA CHIRURGIE
PRE-PROTHETIQUE AU
NIVEAU DES TISSUS MOUS ET
DES TISSUS DURS.**

*Dr : A.LAICHE.
Maitre Assistante*

Année universitaire 2023-2024

Plan.

Introduction

I. Définition.

II. Indications.

III. Contre Indications.

IV. Lois régissant la chirurgie pré-prothétique.

V. Classification.

VI. Différentes interventions fréquentes.

Conclusion.

Bibliographie.

Introduction :

l'anatomie maxillaire et mandibulaire de beaucoup de patients édentés totaux n'est pas favorable à la prothèse ,de ce fait la chirurgie pré prothétique a pour but d'améliorer la configuration du site prothétique et ces actes chirurgicaux ont, pour objectif d'améliorer la stabilité, la sustentation, la rétention et l'esthétique.

I. Définition :

Définie par le professeur KLEIN comme étant le moyen d'améliorer et de rendre appareillable certain cas difficile.

La chirurgie préprothétique concerne l'aménagement des tissus gingivaux, muqueux et osseux destinés à recevoir une prothèse adjointe, conjointe ou des implants dentaires ; cette chirurgie est soit soustractive, soit additive.

II. Indications:**A- Anomalies muqueuses et fibromuqueuses :**

- Les crêtes flottantes.
- Les trigones et les tubérosités flottants.
- Les diapneusies.
- Les brides et les freins importants.
- Les hyperplasies vraies.
- Les altérations muqueuses liées aux systèmes de rétention ou de décharge.

B-Anomalies osseuses :

- La persistance de fragments dentaires ; de dents incluses ; de dents résiduelles.
- La persistance de contre dépouilles.
- les irrégularités de la crête.
- la présence de tori.

III. Contre indications :

- Etat général du patient : certains états pathologique interdisent la chirurgie : atteintes cardiaques neurologiques ; maladies du sang et troubles de la coagulation.
- Age du patient : plus il augmente plus on évite la chirurgie.
- Motivation du patient : il ne faut imposer une chirurgie à un patient non motivé.

IV. Lois régissant la chirurgie pré-prothétique :

Loi 1: L'intervention chirurgicale doit être justifiée et économe.

Loi 2: Elle doit toujours être complétée par une mise en condition tissulaire.

Loi 3: Un examen général correctement conduit doit nous permettre de connaître tous les processus pathologiques risquant de compromettre les résultats escompté. (Diabète , modification importante du temps de saignement et du temps de coagulation , RAA , affections rénales , allergies...)

Loi 4: Un traitement général sera toujours instauré avant toute intervention

Loi 5: Une prémédication anesthésique sera prescrite

Loi 6: Toutes les irrégularités non douloureuses seront conservées jalousement, elles constituent un moyen supplémentaire pour améliorer la stabilisation des prothèses complètes et plus particulièrement la prothèse inférieure.

Loi 7: La prothèse transitoire sera construite avant l'intervention. Elle sera immédiatement insérée après la correction chirurgicale.

Loi 8: Les points de suture ne devront jamais créer un état de tension entre les deux lambeaux muqueux dont ils assurent la jonction ; cette tension se traduirait à plus ou moins brève échéance par un processus de résorption alvéolaire mal contrôlé.

V. Classification :

La chirurgie pré-prothétique peut être subdivisée en :

- Mineure : pouvant être réalisée par le chirurgien dentiste sous anesthésie locale.
- Majeure :(lourdes); réalisés par un spécialiste en chirurgie maxillo-faciale très fréquemment en milieu hospitalier nécessitant une anesthésie générale.

VI. Différentes interventions fréquentes :

VI.1. Chirurgie osseuse

VI.1.1. Plastie de soustraction :

Résection vestibulaire d'une partie de la paroi antérieure de la crête osseuse supérieure ou inférieure (cas de rapports anormaux entre les crêtes) ; dont le but est l'obtention de meilleurs rapports entre les crêtes supérieure et inférieure dans le plan sagittal.

Résection des exostoses vestibulaires :Elles sont plus fréquentes au maxillaire qu'au niveau de la mandibule, la régularisation a pour but d'obtenir un rebord alvéolaire adéquat à la réhabilitation prothétique .

Alvéoloplastie simple :Au niveau des crêtes osseuses post-extractionnel ; elle se fait à la pince gouge,à la fraise et aussi à la lime à os. Le but est de faciliter l'insertion des prothèses et empêchent les manifestations douloureuses.(Fig 1)

Remodelage d'une crête en lame de couteau : Elles s'observent essentiellement sur la partie antérieure de l'arc mandibulaire. La technique est la même que pour l'alvéoloplastie simple , mais plutôt que de pratiquer une ostéctomie, il est préférable de conserver ce relief sur lequel peut s'adosser un greffon osseux.

Exérèse d'un torus :

Au maxillaire : L'exérèse du torus palatin est conduite selon un protocole chirurgicale adéquat de manière à ne pas créer une communication ; une plaque palatine peut être positionnée en postopératoire pour appliquer les deux lambeaux palatins sans compression, en évitant un espace mort (source d'hématome).

À la mandibule : Les tori mandibulaires peuvent être modelé à l' à la fraise prudemment; les œdèmes et hématomes sont fréquents.

Remodelage d'une tubérosité : Les indications seront limitées, elles seront réduites au seul cas où l'exubérance d'une d'entre elles sera telle qu'elle risquerait d'interdire un montage correcte des dents postérieurs selon un plan d'occlusion horizontal et physiologique.

Les modèles d'études mis en occlusion préliminaire permettent d'objectiver la nécessité et l'amplitude de la correction,dans tous les autres cas les tubérosités même de contre dépouille seront conservées.

Le Remodelage d'une ligne oblique interne : Lorsque la ligne oblique interne est projetée horizontalement, douloureuse à la moindre pression et elle interdit la création d'une prothèse de conception correcte, il est indispensable de procéder à la régularisation de cette arête.

Dans les autres cas, nous utiliseront des techniques de décharges de ces régions douloureuses.

Remodelage des apophyses géni : trouve son indication Lorsqu'elles sont situées a un niveau supérieur de celui du rebord alvéolaire et que la rétention et la stabilisation de la prothèse sont difficiles a assurer.

VI.1.2. Plastie par addition

Ostéotomies et crêtes mandibulaires :Des procédés d'ostéotomie ont été décrits afin de remodeler la crête ; le greffon osseux étant utilisé en interposition :

- Ostéotomie dite en « sandwich » (décrite par Schettler en 1971)
- Ostéotomie en « visière ».

Ostéotomies et crêtes maxillaires : L'atrophie maxillaire peut être corrigée par une ostéotomie totale basse associée à des greffes osseuses d'interposition.

Cette technique permet d'une part, d'abaisser et / ou d'avancer le maxillaire afin de corriger les déficits verticaux, antéropostérieurs, voire transversaux, et d'autre part, d'obtenir une augmentation osseuse à l'aide de greffes osseuses.

Greffes osseuses d'apposition crétale : La greffe d'os autogène est le traitement de choix pour l'augmentation maxillaire ou mandibulaire.

Les prélèvements d'os autogène sont réalisés au niveau pariétal, iliaque ou péroné et le choix du site et de la technique dépendent du volume et de la qualité d'os recherché ainsi que des risques liés au prélèvement (Fig 2)

Procédés par apposition simple (onlays) : Le biomatériau le plus utilisé est l'**hydroxyapatite** ; C'est un matériau biocompatible non résorbable, composé de phosphate de calcium ayant les caractéristiques physiques et chimiques de l'os et de l'email ;il fournit une matrice non résorbable de support pour un dépôts d'os avec liaison chimique et sans interposition d'une capsule fibreuse ; on obtient facilement un contrôle radiographique car sa richesse en calcium le rend radio opaque.

Le matériau est fourni en seringues ou en flacons (des blocs solides).(Fig3-4)

VI.2. Chirurgie muqueuse :

VI.2.I. Plastie de soustraction :

Résection des freins qui empiètent sur la fibro-muqueuse attachée: l'obtention d'une fibro-muqueuse plus étendue.(Fig 5)

Suppression du frein lingual: L'obtention de mouvements linguaux physiologiques.

Resection d'hypertrophie gingivale : Due à une irritation locale, une infection chronique ou d'une action chimique peuvent nuire à la stabilité prothétique. Elle peut être localisées au niveau des tubérosités maxillaires entraînant une réduction de l'espace libre entre crêtes antagonistes et empêchant ainsi la réhabilitation prothétique.(Fig 6)

Résection d'une pseudo hyperplasie de la fibro muqueuse : « crêtes flottantes » (bourelet flottant vestibulaire ou linguale en forme de tablier) : obtention d'une crête mucco-osseuse arrondie et la confection immédiate d'une nouvelle prothèse totale adjointe occlusale ment bien ajustée.(Fig 7)

Résection des tubérosités mucco-osseuses du maxillaire supérieur trop saillantes (par hyperplasie muqueuse): l'obtention de tubérosités qui n'ont plus de contact avec la crête mucco-osseuse inférieure (à la fermeture de la bouche) et l'élimination de l'obstacle pour le montage des dents prothétiques.

La réduction en volume des papilles retro molaires flottantes : Elle sera réalisée selon une technique décrite par « Lewis » le même souci d'économie et de prudence doit présider a l'intervention dont les indications sont rares.

VI.2.2. Plastie par addition

Approfondissement vestibulaire (TRT d'insuffisance vestibulaire) :

Le manque de profondeur du vestibule ne permet pas d'utiliser toute la hauteur osseuse disponible pour bénéficier d'une surface d'appui prothétique suffisante.

Intervention de Trauner : Par adjonction tissulaire relative lorsque le plancher buccal est trop haut: l'obtention d'un plancher buccal plus bas.

L'intervention de Trauner a pour but de supprimer l'action répulsive des muscles du plancher buccal et, éventuellement, des glandes sublinguales, par section du muscle mylohyoïdien. Cette intervention va, en outre, permettre d'obtenir un approfondissement du sillon pelvi lingual.

Conclusion :

De nos jours ; il est possibles de rendre le site prothétique plus favorable grâce à des interventions chirurgicales ; plus au moins importantes. Mais avant de prendre le bistouri ; il faut exploiter toutes les ressources prothétiques .De même après une intervention chirurgicale l'utilisation d'une prothèse transitoire est de règle et le passage par une mise en condition tissulaire est très fréquent ; pour ne pas compromettre le résultat de l'opération.

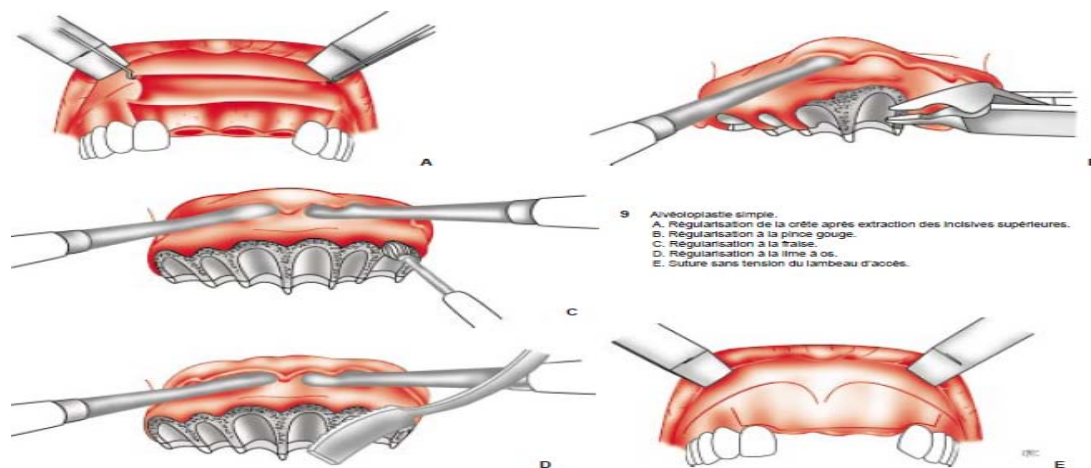


Fig 1 . Alvéoloplastie simple

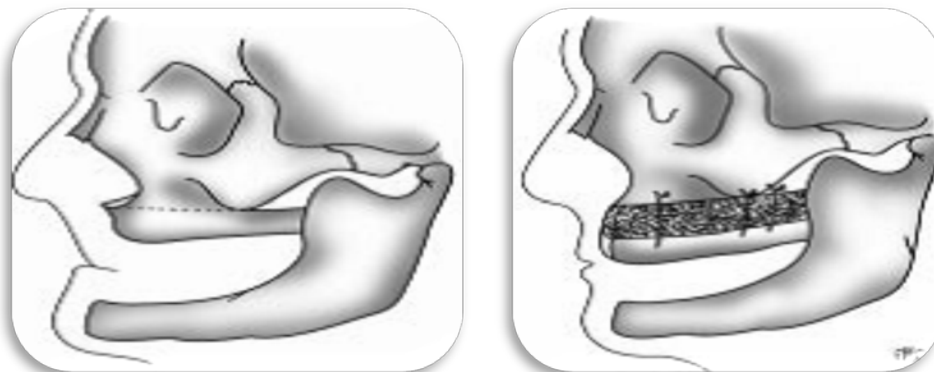


Fig 2 . Greffe osseuse d'apposition crétale

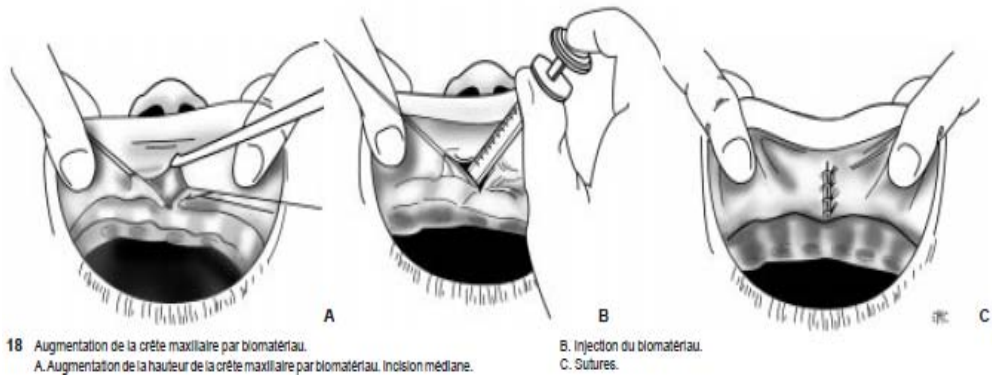


Fig 3. Greffe osseuse par apposition simple

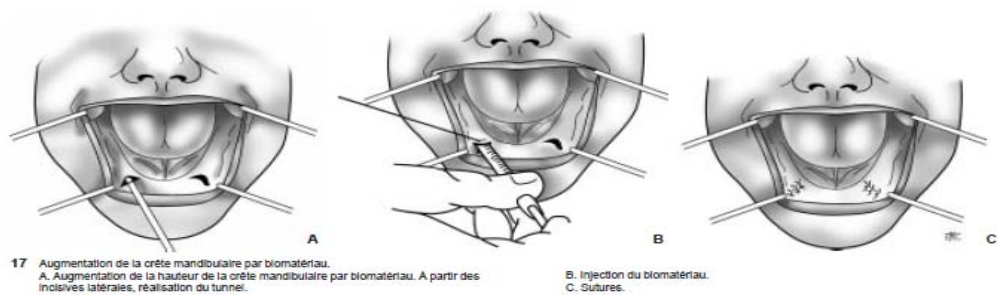


Fig 4. Greffe osseuse par apposition simple

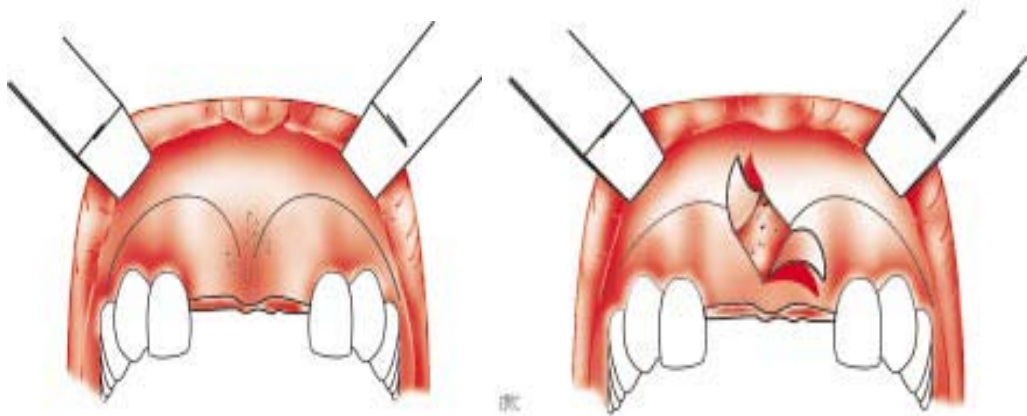
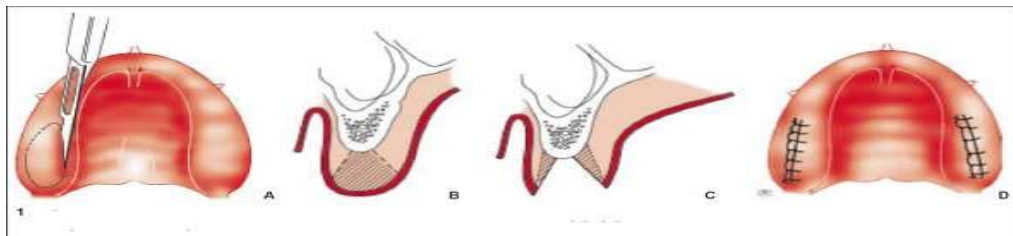


Fig 5. Plastie du frein labial supérieur



A- Incision. B-Résection gingivale. C-Désépaississement. D-Sutures.

Fig 6. Resection d'hypertrophie gingival.

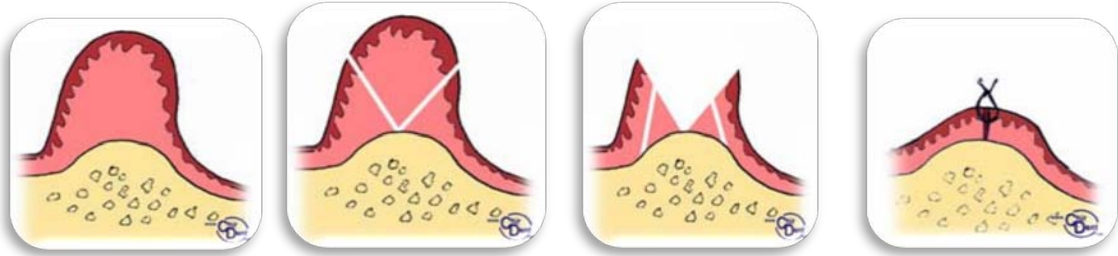


Fig 7.Resection d'une crete flottante

Bibliographie :

