

Université Saleh Boubnider Constantine 3

Faculté De Médecine

Département De Médecine Dentaire



*Cours de prothèse  
dentaire.*

*3eme année.*

# **LA MISE EN CONDITION NEURO-MUSCULO- ARTICULAIRE.**

*Dr : LAICHE.A.*

*Maitre Assistante*

**Année universitaire 2023-2024**

## **Plan.**

Introduction

I. Définition.

II. Altérations du complexe tissulaire et articulaire.

III. Différents aspects de la mise en condition.

III.1. La mise en condition psychique.

III.2. La mise en condition tissulaire.

III.3. La mise en condition neuro-articulaire.

III.4. La mise en condition phonétique.

III.5. La mise en condition esthétique.

Conclusion.

Bibliographie.

**Introduction :**

L'équilibre prothétique est lié systématiquement à la qualité de la surface d'appui. Devant un tissu de revêtement altéré, le praticien doit penser avant tout à un assainissement visant à redonner un comportement physiologique, histologique, et anatomique favorable pour une réhabilitation prothétique de qualité.

**I. Définition :**

La mise en condition est constituée par l'ensemble des thérapeutiques ou des préparations destinées à placer le patient dans les conditions psychiques et physiques idéales pour recevoir une prothèse stable rétentive, confortable et s'adapter rapidement à elle. La mise en condition envisagée est simultanément psychique, tissulaire, musculaire, esthétique, phonétique et neuro-articulaire.

**II. Altérations du complexe tissulaire et articulaire.**

- Altérations suite à une erreur d'occlusion.
- Altérations suite à Mauvaise conception prothétique.
- Altérations suite à une Intervention chirurgicale.

**III. Différents aspects de la mise en condition.****III.1. La mise en condition psychique :**

- Elle doit occuper la première place dans l'approche clinique d'un édenté total.
- Relation praticien – patient :constitue le premier acte et non le moindre d'une mise en condition psychique dont le rôle en prothèse complète est déterminant.
- Une écoute bienveillante et intuitive participe à un relâchement chez l'édenté totale.

**III.2. La mise en condition tissulaire****III.2.1. Définition :**

La mise en condition tissulaire apparaît comme la séquence préliminaire indispensable de tout traitement prothétique, elle est destinée à améliorer les structures biologiques, anatomiques et physiologiques de tous les tissus en contact avec la prothèse en moulant les tissus dans une position voisine de leur position physiologique.

**III.2.2. Objectifs et vocation:**

- Redonner aux tissus ostéo-muqueux en contact avec la prothèse leur viscoélasticité, leur épaisseur ainsi que leur adhérence aux plans profonds en moulant ces tissus dans une position voisine de leur position physiologique.
- Améliorer la forme et le degré de dépressibilité des lignes de réflexion muqueuse a fin d'assurer l'étanchéité d'un joint périphérique intervenant dans la rétention.
- Redonner à l'espace bio fonctionnel (zone neutre) un volume optimal destiné à faire participer les organes para prothétiques à la stabilité des futures prothèses.
- Elargir au maximum l'étendue des surfaces d'appuis (primaires et secondaires) surtout mandibulaires.

**III.2.3. Indications :**

- Ecrasement des tubérosités ou des trigones rétro molaire.
- Résorption alvéolaire excessive.
- Tissu hyperhémie sensible, blessé par une prothèse mal conçue.
- Prothèse actuelle de volume réduit interdisant la réalisation d'une prothèse plus large.
- Enregistrement piezographique.

### III.2.4. Matériaux

#### A-Définition :

-On appelle matériau de mise en condition tissulaire tout matériau plastique ou élastique appliqué d'une façon temporaire dans l'intrados, sur les bords ou sur l'extrados d'une prothèse, afin de permettre aux tissus en contact avec lui de retrouver leurs caractéristiques biologiques et anatomiques se rapprochant le plus de la normale.

-Ces matériaux se composent d'une poudre contenant du polyméthyl méthacrylate et d'un liquide contenant de l'éthanol et différentes qui agissent comme plastifiants. (Exemple : coe-confort – viscogel – coe soft – Fitt de Kerr – Hydrocast)

#### B-Les caractéristiques que doivent présenter les conditionneurs tissulaires:

- Etre biocompatible avec la fibro muqueuse.
- Disposer d'un haut fluage initial pour mouler les tissus en douceur.
- Continuer à fluer pour s'adapter aux modifications des formes des tissus.
- Gélifier relativement lentement.
- Repartir uniformément les pressions.
- Absorber ou amortir une partie des contraintes occlusales (être élastique).
- Etre visqueux pour présenter une résistance à la déformation et aussi conserver une épaisseur optimale
- Il faut donc qu'il soit relativement flexible et peu élastique.

#### C-Propriétés du mélange :

|   |  |
|---|--|
| Phase I : phase physique ou liquide (mélange poudre – liquide   | -La poudre est incorporée au liquide<br>-10à 15 secondes de spatulation : mélange homogène<br>-Cet état sans réaction chimique dure 2 à 3 minutes<br>-C'est le moment idéal pour transférer le matériau.   |
| Phase II: phase chimique visqueuse ou début de polymérisation : | - La réaction entre la poudre et le liquide commence.<br>- Le mélange devient collant.<br>-Cette phase dure 2à3 minutes : une phase d'attente  |
| - Phase III: phase plastique (active                            | prothèse sera insérée en bouche.<br>- Au début: Une grande viscosité qui favorise une insertion aisée en bouche.<br>-Au bout de 3à 5 minutes: Apparition d'une phase plastique qui dure environ 12 minutes |
| Phase IV: phase d'élasticité                                    | -L'élément plastifiant est progressivement neutralisé, l'élasticité disparaît peu à peu.<br>-Il faut changer le matériau tous les 3à4 jours  |
| Phase V: phase granuleuse de dessiccation                       | -Phase de dureté, de porosité et rugosité<br>-Le matériau adhère intimement à la base de la prothèse<br>-Il perd son caractère de confort et devient granuleux et irritant                                 |

**III.2.5. Les séquences cliniques :**

toutes les manipulations interviennent dans la cavité buccale. La prothèse transitoire construite d'une empreinte préliminaire ou celle résultant d'un duplicata de la prothèse actuelle améliorée est utilisée comme véhicule du matériau de mise en condition .

Les séances se succèdent selon les séquences suivantes :

1ère séance :

- L'intrados de la prothèse est déchargé systématiquement au niveau des zones incompressibles tel que les lignes obliques internes et tous les tissus comprimés à traiter.
- La résine à prise retardée choisie est préparée selon les préparations définies par le fabricant, puis placée dans l'intrados de la prothèse.
- L'ensemble est délicatement inséré dans la cavité buccale sur la surface d'appui. Cette mise en place doit être d'autant plus délicate que la résine est fluide.
- Le patient est ensuite guidé en occlusion de relation centrée à la bonne dimension verticale.
- Il effectue des mouvements des lèvres, des joues pour modeler les bords vestibulaires, des mouvements de déglutition, de protraction de la langue pour modeler la partie linguale.
- Après la gélification du matériau, la prothèse est retirée puis examinée :
  - Les bords: doivent être épais et arrondis recouvrant d'environ 1 mm la base prothétique.
  - Les surextensions de plus de 2mm sont éliminées .
  - L'intrados : recouvre totalement de 1mm.
  - Les zones corrigées sont regarnies sans excès puis l'ensemble est replacé en bouche.
  - Le patient sera libéré lorsqu'aucun point de résine de la base n'apparaît sur l'hydrocast.

2ème séance : pouvant intervenir au bout de 2 à 3 jours

- La totalité du matériau éliminé, préparation, garnissage et les mêmes épreuves dynamiques, phonétiques sont répétés.
- De nouvelles extensions apparaissent (qui ne sont pas apparues au cours de la première séance ex : région vestibulaire de canine à canine).
- Le nombre de séances nécessaires à la réalisation d'une mise en condition tissulaire est variable de 15 jours à un mois.

Avant dernière séance :

- Lorsque l'ensemble des problèmes a été résolu, la prothèse est adressée au laboratoire pour une réfection totale.

Dernière séance :

Au retour du laboratoire, la prothèse est contrôlée selon les critères précédemment exposés puis désinfectée. Théoriquement, la remise en place se déroule sans aucune difficulté tant au niveau de la muqueuse que de l'occlusion.

**III.3. La mise en condition neuro-articulaire :**

La plus complexe car elle intéresse la majorité des étapes de la construction et du fonctionnement d'une prothèse complète ; qui s'effectue avec une prothèse transitoire par:

- Réorientation du plan prothétique d'occlusion .
- La suppression de toutes les contractions et les tensions musculaires asymétriques.
- Le retour des condyles et des ménisques dans une position symétrique plus physiologique.
- Le relâchement de la tonicité des muscles.

- L'établissement de la DV qui est en rapport avec l'équilibre neuromusculaire elle varie en fonction des facteurs physiologiques (âge ,posture ,fatigue),psychique(stress) ou pathologiques( arthrose).
- Repérage de la relation intermaxillaire.
- Le repos des ATM.
- Les corrections éventuelles des trajectoires condyliennes.
- La facilitation des enregistrements ultérieurs de la relation maxillo\_mandibulaire centrée , des mouvements de latéralité et de propulsion.
- Rétablissement d'une déglutition atypique.

#### III.4. La mise en condition phonétique :

- Elle a pour principal objet de redonner à la langue et aux muscles jouant un rôle dans la phonation leur jeu le plus physiologique .
- Elle participe à leur rééducation, elle agit sur tous les organes du résonateur buccal ayant une incidence sur la tonalité de la voix.
- La prothèse transitoire facilite l'élimination progressive des doléances phonétiques par:
- Élargissement de l'espace réservé à la langue.
- Déplacement de l'un ou des 2 blocs incisifs dans le sens désiré.
- la suppression de toute saillie gênante ou mal tolérée de l'extrados(papilles palatine).

#### III.5. La mise en condition esthétique :

- Les indications de cette mise en condition sont:
  - Une prothèse actuelle inesthétique et dysharmonieuse.
  - Absence de gencive artificielle .
  - DV réduite aggravée.
- La mise en condition esthétique est conduite simultanément avec les autres aspects.
- le choix et le montage des dents seront établis en commun et en présence de la personne la plus influente de son entourage.

#### Conclusion:

L'absence de réhabilitation ou le port pendant de nombreuses années d'une prothèse qui n'est pas adaptée à l'évolution des structures anatomiques qui la supportent impliquent avant son renouvellement, une mise en condition (musculaire, articulaire et tissulaire....) afin de donner au patient et au praticien un confort physique et psychologique .

#### Bibliographie :

