

Université Constantine 3
Faculté de médecine
Département de médecine dentaire
Service de prothèse

Cours de 5eme année :

Le passage de l'édentement partiel à l'édentement total

Plan :

Introduction

- I- Les causes du passage à l'édentement total
- II- L'examen clinique
- III - La prothèse évolutive de transition
- III- La prothèse immédiate
- IV- La prothèse à recouvrement radiculaire

Conclusion

Introduction :

Le passage de l'édentement partiel à l'édentement total est une étape clinique très délicate en raison des problèmes psychologiques, technique, physiologiques qu'elle pose.

La réponse thérapeutique à ces problèmes fait appel à trois propositions:

- ✓ **La prothèse évolutive de transition**
- ✓ **La prothèse immédiate**
- ✓ **La prothèse supra-radicaire**

I-Les causes du passage à l'édentement total : sont multiples et en fonction de l'examen clinique :

- La Mauvaise hygiène
- l'Esthétique
- La polycarie
- Douleurs dentaires
- Problèmes parodontaux
- Problèmes d'ordre général
- Autres raisons

II- L'examen clinique :

La décision thérapeutique découle de la prise en compte de facteurs généraux, locaux et psychologique

1-les facteurs généraux :

Les affections générales, certaines thérapeutiques (radiothérapie, greffe osseuse, cardiopathie...) impose au médecin traitant de prescrire l'avulsion de l'ensemble des dents restantes .

2-les facteurs locaux : ils comprennent :

- Les dents restantes
 - Les segments édentés
 - Les relations inter-arcades
 - Les organes para-prothétiques
- ✓ Les dents restantes : Leur valeur intrinsèque (carie, obturation...) et extrinsèque (morphologie délabrement, forme des racines..) est déterminée par un examen visuel, digital, et radio

✓ Les segments édentés:

Forme de l'arcade

Hauteur et largeur des crêtes, Degré de résorption osseuse...

✓ Les relations inter-arcades :

Les relations de type classe I favorise la stabilité Par contre :,-la classe II et la classe III -La supra clusie - les asymétries transversales→→ instabilité prothétique

✓ Les organes para prothétiques :

L'absence d'une prothèse compensant l'édentement partiel Ou, la présence d'une prothèse mal conçue entraînent souvent un comportement anormal des organes para prothétiques

3-Les facteurs psychologiques :

Le désir de ne plus souffrir, l'espérance d'un meilleur confort, la volonté de retrouver un aspect esthétique satisfaisant doivent être comparée aux difficultés, aux limites techniques et fonctionnelles propres à ce type de traitement

- En fonction des données recueillies lors de l'examen clinique, le praticien est amené à proposer 03 approches thérapeutiques :
- ✓ la prothèse évolutive de transition
- ✓ La prothèse à recouvrement radiculaire
- ✓ La prothèse immédiate

III- La prothèse évolutive de transition :

C'est une prothèse partielle destinée, par modifications successives, à assurer sans heurt la thérapeutique prothétique du passage de l'édentement partiel à l'édentement total. Elle est conçue à partir de l'ancienne prothèse partielle portée par le patient ou d'une prothèse nouvellement réalisée à cette intention. Son évolution lente et progressive vers la prothèse complète assure une continuité prothétique. C'est une thérapeutique transitoire qui peut être qualifiée de

« Thérapeutique de bon sens ».

L'intérêt de la prothèse partielle évolutive de transition est double. Il repose essentiellement sur la participation active du patient à son traitement et sur la possibilité de procéder, si nécessaire, à certains aspects de la mise en condition (tissulaire, neuro-musculaire, neuro-articulaire, esthétique).

❖ la réalisation technique :**1-Programmation des avulsions**

- *Objectif :*

Diminuer le traumatisme psychologique infligé par l'édentement total.

- *Moyens :*

Les avulsions séquentielles permettent au patient d'être actif dans le contrôle des modalités thérapeutiques, participant lui-même à la chronologie de mise en œuvre du plan de traitement. La prothèse évolutive de transition fait intervenir d'une façon Judicieuse le facteur «temps», qui favorise une adaptation à la progression de l'édentement, et contribue largement à l'acceptation de la prothèse. Toutefois, pour des raisons mécaniques de rétention une condition s'impose : les derniers piliers dentaires doivent être impérativement repartis de part et d'autre du plan sagittal médian.

Dans tous les cas, l'ordre d'avulsion des dents dépend:

- ✓ De leur degré de mobilité
- ✓ De leur degré de sensibilité

- Il est possible de réaliser une ou plusieurs avulsions dans la même séance à condition de respecter le placement des rétentions, côté droit et côté gauche
- En revanche, il est contre-indiqué de réaliser l'avulsion de l'ensemble des dents d'un seul côté du plan sagittal médian (côté droit ou du côté gauche).
- L'avulsion des dernières dents restantes marque l'étape du passage de l'édentement partiel à l'édentement total et la nécessité de transformer la prothèse existante en prothèse amovible complète

2-Augmentation progressive de l'encombrement :

- *Objectifs :*

1) Familiarisation progressive avec le gabarit de la future prothèse amovible complète

2) Traitement ou prévention du réflexe nauséux

- *Moyens :*

Elle est rendue possible grâce à la programmation des avulsions avec (à chaque étape), non seulement le remplacement des dents, mais également une augmentation significative de la surface d'appui de la base prothétique.

- Un avantage majeur de cet encombrement progressif au maxillaire est de traiter ou d'éviter un réflexe nauséux.
- Le réflexe nauséux en prothèse amovible complète est une réalité clinique. C'est un réflexe acquis, conditionné par différents stimuli (tactiles, visuels, olfactifs, acoustiques ou psychiques) apparaissant de manière exacerbée chez certains patients.

IV- La prothèse immédiate :

La prothèse amovible complète immédiate (PACI) est « une prothèse d'usage, conçue et réalisée entièrement avant l'avulsion des dents restantes, et insérée immédiatement après. »

✓ **Indications :**

Générales: le plus souvent, elles découlent d'une décision médicale majeure;

Elles peuvent être liées à des phénomènes douloureux incontournables, à un pronostic totalement défavorable,

Locales: le praticien est conduit à proposer l'avulsion de l'ensemble des dents restantes:

- En présence d'atteintes parodontales généralisées en phase terminale
- Valeurs intrinsèques et extrinsèques des dents restantes très réduites.....

✓ **Les temps de réalisation :**

- 1^{ère} étape: l'avulsion des dents postérieures :

Ces avulsion offrent un temps de cicatrisation plus long et simplifient la prise d'empreinte secondaire

-2^e étape: l'empreinte préliminaire:

Prendre empreinte de série et de l'alginate en un temps ou en deux temps

-3^e étapes: la conservation des données existantes:

Données esthétiques et occlusales

- Les Données esthétiques: à ce stade la motivation, les espérances et souhaits esthétiques du patient doivent être parfaitement définis.
- Le patient désire-t-il changer d'aspect ou bien désire-t-il garder la teinte, la position des dents existantes?

Cette option conditionne le choix des caractéristiques des dents prothétiques (forme, dimension, teinte, position...)

- Les Données occlusales: elles doivent être retenues avec beaucoup de réserves car l'édentement des arcades s'accompagne souvent de changements des paramètres suivants: -Le plan d'occlusion-la dimension verticale- La relation intermaxillaire

4^e étape: la préparation des porte empreintes individuels PEI

- Les dents restantes sont recouvertes d'une feuille de cire calibrée 1,5 à 2mm afin de créer un futur espacement, puis, le PEI réalisé en résine, est adapté au niveau de la surface d'appui muqueuse, espacé par l'intermédiaire de la cire par rapport aux dents restantes.

5^e étape : l'empreinte secondaire :

- ✓ Contrôle de la stabilité
- ✓ Réglage des limites
- ✓ Réalisation du joint périphérique
- ✓ La surface d'appui est enregistrée avec une pâte à l'oxyde de zinc ou avec un polyéther(en absence de contre dépouille) ou d'un silicone light
- ✓ Contrôle et correction de l'empreinte

6^e étape: la mise en articulateur des modèles secondaires :

- Les modèles sont montés en articulateur selon les séquences habituelles: arc facial et relation centrée

7^e étape: le montage des dents absentes:

Le choix de la forme et de la teinte, des dimensions des dents prothétiques est réalisé en fonction des données recueillies et du désir du patient

8^e étape: l'essai fonctionnel:

- Vérification de l'esthétique, DV, RC, de l'engrènement, avec validation du patient

9^e étape: le montage des dents restantes:

a-L 'enregistrement de la position des dents: Par l'utilisation:

- des repères (tracé de l'inclinaison de chaque dent, axe sagittal médian)
- par l'emploi des clefs en silicone lourd qui enregistrent la forme, la position verticale, vestibulaire, l'orientation des bords libres et des faces vestibulaires.
- par l'utilisation des photos numérique du patient au préalable (dents en occlusion, sourire, repos)

b- La simulation de la résorption: avec un remodelage du versant vestibulaire et occlusal de la crête de manière à réduire le volume osseux

C- Le montage des dents: chaque dent est alors soigneusement découpée, la dent prothétique est remodelée pour ressembler à la dent naturelle, et de proche en proche, les dents naturelles sont remplacées par des dents prothétiques

10^e étape: la polymérisation:

- La phase de polymérisation se déroule en respectant les règles de la prothèse totale conventionnelle

11^e étape: les avulsions des dents restantes:

- Les avulsions doivent être réalisées avec beaucoup de précautions en évitant de fracturer les parois osseuses intra-septales et vestibulaires
- Les sutures sont indispensables pour une bonne cicatrisation

12^e étape: insertion de la prothèse :

- Au préalable, le praticien doit vérifier l'absence d'aspérités et la non-agressivité des bords et de l'intrados prothétique.
- Le patient doit être prévenu que l'intégration de la prothèse ne sera effective qu'après quelques jours de port et à la suite de l'équilibration primaire.
- Le port de la prothèse dirigera également la cicatrisation muqueuse et osseuse.

13^e étapes : les soins post-opératoires :

- Le port continu de la prothèse pendant 24 heures après l'insertion
- Alimentation semi- liquide
- La prescription d'analgésiques réduit la douleur post-opératoire
- Des recommandations et des conseils, permettant au patient de mieux « intégrer et utiliser » la prothèse amovible sont utiles. Ils portent essentiellement sur la mastication et l'hygiène.
- La mastication est souvent difficile les premiers jours.
- Il s'agit d'un apprentissage qui dure le temps nécessaire à l'acquisition de nouveaux réflexes, contribuant au maintien de la prothèse et à l'établissement d'un cycle de mastication harmonieux

V- La prothèse à recouvrement radiculaire (over denture) :

- ✓ **Définition:** la prothèse à recouvrement radiculaire ou à appui dento-muqueux est une prothèse qui recouvre l'ensemble de la surface d'appui mais qui conserve et utilise les racines restantes pour améliorer la stabilité, la sustentation, et la rétention et le maintien du capital osseux
- ✓ **Les indications thérapeutiques :** sont très proches de celles décrites pour la prothèse de transition, cependant les dents parodontolysées et mobiles sont des contre-indications absolues.

- le nombre idéal est de quatre racines réparties symétriquement dans les secteurs canines prémolaires
- La présence de trois racines est une situation favorable, mais bien espacées et réparties sur les deux côtés de l'arcade
- Deux racines offrent aussi une situation favorable si elles se situent de manière symétrique
- Jamais une seule racine (instabilité et fracture de la prothèse)

✓ **Techniques :**

- Dans la mesure où la longueur radiculaire intra-osseuse dépasse 8mm, la racine est conservable
- Après traitement endodontique et assainissement parodontal, la longueur de la racine est évaluée, sachant que l'obturation apicale doit présenter une longueur de 5mm pour assurer l'herméticité apicale
- En fonction de cette longueur, l'utilisation des racines s'oriente dans 3 directions :

-L'obturation de la lumière canalaire,

-Les coiffes paraboliques

-Les attachements

1ere technique : l'obturation de la lumière canalaire : (longueur canalaire \geq 8mm)

- L'entrée canalaire est désobturée sur une hauteur de 2 à 3mm
- Une fraise cône renversé crée des rétentions dans la paroi canalaire
- Obturation de la cavité à l'aide d'amalgame, ou de composite
- Les surfaces dentinaires apparentes et l'amalgame sont arrondis et polis

2e technique : les coiffes paraboliques : (longueur canalaire 8-13mm)

- Préparation radiculaire: limites périphériques de type congé –entrée canalaire avec 2 gorges qui assurent la parfaite mise en place de l'élément prothétique coulé
- L'empreinte de la préparation
- Réalisation de la coiffe en métal ou en résine
- Essai, retouches, scellement de la coiffe

3^e technique : les attachements : (longueur canalaire 13-16mm)

Les plus utilisés sont les attachements intra-coronaires axiaux

- Ils se composent le plus souvent d'une partie mâle solidaire de la racine dentaire et d'une partie femelle située dans l'intrados prothétique
- Préparation périphérique avec congé, limite cervicale juxta ou sous-gingivale
- Empreinte des dents et des arcades
- Adaptation de l'attachement au labo
- PEI et empreinte secondaire (partie mâle intégrée)
- La prothèse adjointe est ensuite élaborée selon les séquences habituelles

Conclusion :

Il n'est pas pensable aujourd'hui de ne pas remplacer rapidement les dents avulsées. La thérapeutique prothétique, qui accompagne le passage de l'édentement partiel à l'édentement total, doit être mise en œuvre avant les avulsions. Cette transition nécessite la mise en place d'un protocole thérapeutique spécifique qui fait appel à une prothèse transitoire apte à gérer le passage entre l'édentement partiel existant et l'édentement total à venir. La thérapeutique peut prendre trois aspects différents :

— La **prothèse à recouvrement radiculaire**

— La **prothèse immédiate**

— La **prothèse évolutive de transition** ;