

Université Saleh Boubnider Constantine 3

Faculté De Médecine

Département De Médecine Dentaire



*Cours de prothèse
dentaire.*

3eme année.

LES EMPREINTES SECONDAIRES.

Dr : LAICHE. A

Maitre Assistante

Année universitaire 2023-2024

Plan

Introduction

- I. Définition
- II. Buts de l'empreinte secondaire
- III. Classification
- IV. Empreinte analytique anatomo-fonctionnelle.

IV.1.Arcade supérieure.

IV.2. Arcade inférieure.

Conclusion.

Bibliographie.

Introduction :

L'empreinte est le premier stade dans la démarche thérapeutique prothétique qui a un but majeur dans le transfert précis de la réalité clinique au laboratoire, de ce fait la bonne connaissance et le respect de cette étape garantis le résultat prothétique.

I. Définition :

C'est une empreinte définitive à partir de laquelle la prothèse complète sera édifiée, elle est obtenue avec un porte empreinte individuel issu d'un modèle préliminaire. Elle doit respecter l'anatomie et la physiologie des surfaces d'appui et satisfaire toutes les exigences fonctionnelles, esthétiques et phonétiques.

II-Buts de l'empreinte secondaire :

- Un enregistrement fidèle et précis des reliefs morphologiques.
- Une bonne appréciation du volume des zones de réflexion.
- Un bon enregistrement des organes para prothétiques.
- Apprécier les limites de la future prothèse.

III- Classification :

Type d'empreinte.	Indications.
-Empreinte analytique où toute compression est proscrite.	-Tissus hyperémies, Fragiles, ou desinsérés de l'os sous jacent. -La moindre compression risque d'accélérer la résorption alvéolaire. -L'empreinte préliminaire au plâtre est impérative.
- Empreinte secondaire sous pression occlusale.	-Arcade totale édentée opposée à une denture naturelle ou prothèse partielle. -Mise en condition neuro- musculaire et neuro-articulaire a permis d'éliminer les reflexes acquis de posture ou d'occlusion. -le patient coopère efficacement.
- Empreinte analytique anatomo-fonctionnelle simple.	-Elles permettent de résoudre avec succès la généralité des cas.

IV. Empreinte analytique anatomo-fonctionnelle :**IV.1.Arcade supérieure :****A- L'ajustage du PEI en bouche :**

- Consiste à rechercher ses limites fonctionnelles en bouche.
- Rétablir l'esthétique assurée par la correction du volume, orientation et situation du bourrelet occlusal qui doit soutenir la lèvre supérieure et les joues sans provoquer des distensions disgracieuses.
- Suppression des sur extensions d'une façon méthodique.

tests statiques :

- Si le PEI se trouve mobilisé ; des sur extensions interviennent sur l'anatomie même du vestibule.
- La ligne de réflexion muqueuse doit être visible à distance du PEI dont les bords doivent rester en retrait sauf au niveau des régions para tubérositaires.
- Les échancrures au niveau des freins et des insertions musculaires doivent être bien libérées.

Tests dynamiques :

- Ouverture extrême, bâillement, latéralités: si une interférence se situe au niveau des poches para tubérositaires; le PEI sera instable et une correction a ce niveau sera effectuée.
- Rire forcé, creusement des joues: ce test intéresse l'activité du buccinateur qui mobilise la muqueuse jugale et des freins latéraux dont il faut assurer la liberté fonctionnelle.
- Siffler, mimer le baiser: c'est la zone antérieure qui est concernée; l'instabilité peut être due à une échancrure exagérée ou insuffisante du frein médian ou bien à une surépaisseur des bords.
- Réglage de la limite du PEI au niveau de la région du voile: le PEI doit recouvrir 1 à 2mm la zone qui s'étend de la limite du palais dur/palais mou à la ligne de vibration la plus postérieure du voile sans entraver les mouvements fonctionnels du voile du palais.
- Le PEI est inséré en bouche ; le praticien s'assure du recouvrement de cette zone puis vérifie qu'il n'entrave pas l'abaissement fonctionnel du voile en faisant souffler le patient par le nez ,les narines bouchées puis tousser, le PEI ne doit pas être expulsé sinon il faut réduire son extension distal ,cliniquement il faut dépasser 2à4mm en arrière des fossettes palatines,
- Ouverture maximale : afin de libérer les ligaments ptérygo-maxillaire.

B- Enregistrement du joint périphérique:**Définition du joint périphérique :**

- C'est la jonction fonctionnelle étanche entre la prothèse et la surface d'appui ;elle est assurée par apport de pâte de KERR a la périphérie d'un PEI .
- Elle doit s'opposer à la pénétration de l'air entre la prothèse et les tissus d'appui, empêchant ainsi la perte de la rétention.

Principe :

Rechercher des bords prothétiques les plus hauts (supérieur) les plus bas (inférieur) et les plus larges possible compatibles avec le libre jeu physiologique des organes para prothétiques.

- Cet enregistrement assure la rétention et la stabilité de la future prothèse ; il est conduit méthodiquement en mettant de la pâte de KERR réchauffée superficiellement sur les bords du PEI.

Région latérale moyenne:

- L'enregistrement de l'activité des buccinateurs et la mobilité des freins latéraux
- Faire creuser les joues en suçant le doigt
- l'opérateur maintien la base en place.

Région latérale postérieure :

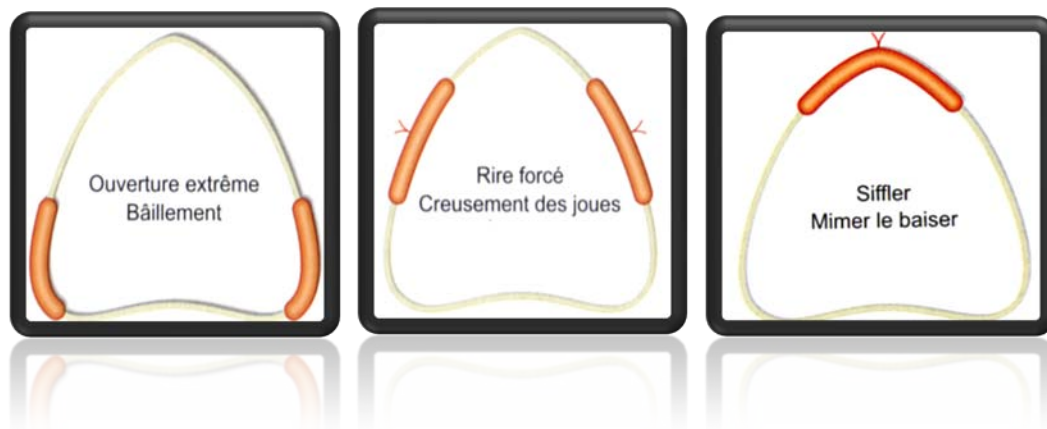
- Elle intéresse le volume des poches paratubérositaires d'EINSERING demandant une quantité importante de pâte de KERR.
- Mouvements d'ouverture extrême.
- Latéralité en bouche semi-ouverte.
- un contrôle de stabilité est effectué en exerçant une pression digitale sur le bourrelet du coté opposé.

Region vestibulaire anterieure:

- La pâte enregistre le volume du vestibule labial et la mobilité du frein.
- La lèvre est tendue vers le bas le patient simule le baiser.
- Un enregistrement correct doit respecter la gouttière philtrale et l'aspect esthétique du visage.

Région palatine postérieure :

- C'est celui du joint postérieur qui assure le blocage hydraulique.
- La pâte de KERR déposée en quantité importante a l'intrados de 4mm de hauteur et de largeur dont le but est d'enregistrer l'amplitude de l'élévation du voile du palais en fonction et en légère pression.
- Pas de matériau dans les zones en regard des tubérosités.
- Le patient est prié de prononcé AH grave le plus longtemps possible.
- L'efficacité du joint est contrôlée en exerçant une pression sur la partie antérieure du bourrelet occlusal pendant la prononciation du AH grave, la base ne doit pas se décrocher.

**C- Empreinte de la surface d'appui :**

- Le matériau est spatulé et chargé sans excès dans le PEI ; il est d'abord inséré dans sa partie distale puis basculé et enfoncé en avant sans pression exagérée, le patient bascule sa tête vers l'avant.
- Quand il est presque en place l'opérateur place ses doigts au niveau des 2emePM et 1ereM centre d'équilibre des futures prothèses pour exercer cette fois une pression digitale contrôlée permettant une mise en place correcte du PEI. L'opérateur est placé derrière le patient.
- Le PEI est maintenu par un seul doigt au milieu du palais tandis que la patient doit répéter les gestes et mimiques qui ont servi à l'élaboration du joint périphérique ; jusqu'à prise complète du matériau.
- La qualité du surfacage est vérifiée en s'assurant de l'épaisseur uniforme du matériau.

IV.2.Arcade inférieure :**A- L'ajustage du PEI en bouche :**

- Le volume, l'orientation et la situation du bourrelet de préhension doit être sur la crête, il doit assurer dans :
- La zone latérale le soutien des joues et le respect du volume lingual et l'espace prothétique disponible en tenant compte de la tonicité musculaire.
- La zone antérieure par sa largeur et (2 à 3 mm) et sa hauteur le soutien de la lèvre inférieure.
- Le bourrelet respecte et exploite la mobilité linguale grâce à un profil interne concave dans lequel la langue vient se placer pour modeler le joint sublingual.

Tests et réglage des bords du PEI:

- Supprimer les surextensions.
- Assurer la libération des insertions musculaires et ligamentaires.
- Traction de la lèvre inférieure horizontalement, on vérifie la liberté des freins.
- Simuler le baiser ou succion: une mobilisation du PEI nécessite un raccourcissement.
- Ouverture moyenne de la bouche : si le PEI maintenu par les deux doigts de l'opérateur se mobilise ; il faut chercher des sur extensions au niveau des poches de Fish.

- Ouverture extrême de la bouche :si le PEI se mobilise ;il faut rechercher ,soit un manque de liberté des fibres antérieures du masséter soit une sur extension au niveau du ligament pterygo mandibulaire.
- Pointe de la langue au niveau du palais.
- Pointe de la langue déplacée au dessus du bourrelet.
- Langue portée sur la lèvre supérieure de commissure à commissure.
- Pro traction linguale et caresse de la lèvre inférieure.
- Déglutition: la mobilisation du PEI nécessite de raccourcir le bord en face de la région pharyngée.

B- Enregistrement du joint périphérique :

Région sublinguale:

- Le bord lingual est garni dans sa partie antérieure: de PM gauche à PM droite de pâte de Kerr verte.
- Le PEI est mis en place, maintenu fermement alors que le patient est prié d'effectuer les mouvements suivants :
- La langue au niveau du palais.
- Toucher lentement la lèvre supérieure de la commissure droite à commissure gauche avec la langue ainsi la lèvre inférieure
- Toucher la face interne de la joue droite et gauche avec la pointe de la langue.
- Prononcer le « ME, MA, MI » qui définissent trois positions du plancher.
- Déglutir.
- Tirer la langue complètement en dehors et en avant (profondeur du frein linguale.
- L'extension est satisfaisante lorsque le retrait du PEI s'effectue avec un bruit de succion particulier.

Région mylo-hyoidienne :

- Limitée à 2ou 3 mm au dessous de la ligne oblique interne, destinée à combler la niche rétromolaire
- Le patient est prié de toucher la face interne des joues avec la pointe de la langue coté oppose.
- Déglutir et passer la pointe de la langue de la commissure droite à la commissure gauche.

Région vestibulaire postérieure :

- Le remarginage à la pâte de Kerr s'effectue au cours des mouvements d'ouverture de grande amplitude alors que le PEI est maintenu fermement sur la surface d'appui à l'aide des deux index.

Région vestibulaire antérieure :

- De la 1^{ère} PM droite à la 1^{ère} PM gauche.
- Le modelage s'obtient alors par des mouvements de la lèvre inférieure.

C-Empreinte de la surface d'appui:

- Comme pour le supérieur le PEI est garni de matériau, ainsi que le joint périphérique.
- Il est tout d'abord inséré dans la zone des volets linguaux souvent en légère contre dépouille puis basculé vers l'avant.
- Le praticien, placé devant le patient et exerce une pression bilatérale au niveau des 2emePM et 1ereM des centres d'équilibre des futures prothèses.
- Une fois le PEI est en place, le patient est invité à répéter les gestes et mimiques qui ont servi au réglage et à l'enregistrement du joint, enfin l'ensemble est maintenu en place sans pression jusqu'à prise complète du matériau.

Conclusion :

L'empreinte préliminaire est indissociable de l'empreinte secondaire, aussi bien dans le choix des matériaux que dans le choix de la technique. Elles sont complémentaires. Il est nécessaire pour chaque praticien de connaître et de respecter les étapes afin d'obtenir le meilleur résultat possible pour le patient.

Bibliographie :

