UNIVERSITE DE NANTES

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année : 2014 N° : 045

INTERET DE LA PROTHESE TRANSITOIRE AVANT LA PROTHESE IMMEDIATE AMOVIBLE COMPLETE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée

et soutenue publiquement par

LIOTTIER - Clémence

29/02/1988

Le devant le jury ci-dessous

Président M.GIUMELLI

Assesseur M.LE GUEHENNEC

Assesseur M.BADRAN

Directeur de thèse : M. LE BARS

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

Α	Mo	ารเคมช	· 1e	Professe	air GILIN	MELLI	ſ
$\boldsymbol{\Box}$	101()	1516.011	- 10	1 1016556	/UII \ 	V I I 7 I 7 I 7 I	

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur d'Etat en Odontologie

Chef du département de Prothèse

- NANTES - Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Merci pour votre bonne humeur et votre gentillesse, ainsi que votre enseignement au cours de mon cursus. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur LE BARS

Maître de Conférence des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Département de Prothèse

- NANTES - Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse.

Merci pour vos conseils lors de la rédaction de ce travail et en clinique qui m'ont permis d'approfondir mes connaissances.

Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde estime et sincère reconnaissance.

Α	Monsier	ır le	Docteur	LE.	GU	ΙEΗ	ENI	NEC

Maître de Conférences des Universités de Nantes

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Département de Prothèse

- NANTES - Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury.

Merci pour vos remarques constructives, votre intérêt pour mon travail et votre aide précieuse durant mes études et l'élaboration de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

Δ	Monsieur	le Docteur	RADRA	N
$\boldsymbol{\neg}$	MOUSICUI	ic Docteur	DADNA	IN

Maître de Conférences des Universités de Nantes

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Département de Parodontologie

- NANTES - Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury.

Merci d'avoir répondu présent. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance pour votre disponibilité et votre gentillesse durant ce travail.

Je tiens tout d'abord à remercier ma famille pour m'avoir soutenu au cours de cet exercice difficile mais également tout au long de mon parcours étudiant, en particulier ma mère pour les heures qu'elle a passé avec moi à m'encourager, me rassurer et m'aider. Un grand merci donc à Claude, Emilie, Gérard et Valentin Liottier.

A ceux qui ne sont plus là pour le voir, je pense fort à vous et j'espère que vous êtes fiers de moi.

Je dédie également cette thèse à Adrien pour m'avoir supporté pendant les longues heures studieuses et réconforter quand cela été nécessaire. Pour tout ce que tu as fait pour moi et pour plus encore, merci.

A tous les enseignants et membres de la scolarité qui ont croisé mon chemin et conduit dans cette direction, pour tout ce que vous m'avez appris et pour votre aide précieuse, je vous souhaite le meilleur.

A tous ceux qui ont partagé ses années d'études avec moi, à tous nos bons moments, nos fous rires, nos moments de stress, à Marianne, Marie Caroline, Esther, Benjamin, Cindy, Aurélie, Guillaume et aux autres qui se reconnaîtront, merci

INTERETS DE LA PROTHESE TRANSITOIRE AVANT LA PROTHESE IMMEDIATE AMOVIBLE COMPLETE

I.	INTRO	ODUCTION	13
II.	FPIDE	EMIOLOGIE	14
		tiologies de l'édentement	
•	. <u> </u>	Lésions carieuses	
	1.2	Atteintes parodontales	
	1.3	Traumatismes	
	1.4	Addictions	
	1.5	Sénescence	
	1.6	L'avenir	
111	т л	DDOTHESE TO ANSITOIDE	20
III.		PROTHESE TRANSITOIRE	
1.		initions	
2		intérêts	
	2.1	Les objectifs techniques	
•	2.2	Les objectifs psychologiques	
3.		s indications	
	3.1	Valeur des dents résiduelles	
	3.2	Valeur rétentive et stabilisatrice des arcades	
	3.3	Rapports inter-maxillaires	
	3.4	Dimension verticale	
	3.5	Pathologies salivaires ou musculaires et para-fonctions	
	3.6	Anxiété	23
	3.7	Echecs thérapeutiques et absence d'antécédents de port de prothèse	
		ble	
	3.8	Couloir prothétique réduit	
	3.9	Hypersensibilité extrême lors des avulsions.	
	3.10	Nécessité d'une chirurgie pré-prothétique	
	3.11	Autres indications	
4		contre indicationsd'ordre générale et locale (54)	24
	4.1	Absence d'hygiène bucco-dentaire satisfaisante	
	4.2	Refus du patient des soins	
	4.3	Autre choix thérapeutique plus favorable	
5.	. Les	exigences techniques	25
6	. Les	deux types de prothèses transitoires	25
	6.1	La prothèse transitoire assurant seulement la transition du passage	
	d'éde	nté partiel à total	
	>		
		r anom rayant jamaio ou do promoto amo no come	
	6.2	La prothèse transitoire de traitement	
	>	Edentement mal compensé (37, 54)	27

IV.	LA]	PROTHESE COMPLETE IMMEDIATE	28
1.	Déf	inition	28
2.	Les	intérêts (7, 37, 43, 54, 86)	28
2	2.1	Immédiats	28
2	2.2	Esthétique	28
2	2.3	Conservation d'une dimension verticale	28
2	2.4	Phonation	28
2	2.5	Ostéogénèse et cicatrisation	28
2	2.6	Adaptation prothétique	
2	2.7	Passage d'un édenté partiel à total	29
3.	Les	indications (7, 37, 54, 66, 86)	29
(3.1	Le statut social	29
(3.2	La vie affective	29
(3.3	L'âge	
(3.4	Les circonstances particulières	
(3.5	L'absence de prothèse partielle	30
4.	Les	contre indications (7, 37,54,86)	
	4.1	L'intégrité des structures anatomo-physiologiques	
	4.2	La santé	
	4.3	Le niveau socio-économique	
	4.4	L'état local	
	4.5	L'état psychique	
		corrections (37, 54)	
6.	L'éc	quilibration	31
		RET DE LE PROTHESE TRANSITOIRE AVANT LA PROTHESE COMPLE	
		TE	
1.		RODUCTION – GENERALITES	
2. 3.		S CLINIQUE CONTEXTE GENERAL DES SOINS PROTHETIQUES DENTAIRES	
	<i>LE</i> (3.1		
		Symbolisme de la cavité buccale (27, 34, 40 et 52)	
`		La réhabilitation prothétique	
		Réfection totale de la base prothétique	
	<i>▶</i>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	41 12
	3.3		
	3.3.1	Les types de sujets	
		Classification HOMEOPATHIQUE	42 12
	a. <i>b.</i>	Classification PSYCHOPHYSIOLOGIQUE	
		Classification de HOUSE, de 1937	
:	c. 3.3.2	Patients coopérants versus non coopérants	
•	a.	La personnalité du patient (78):	
	a. b.	L'entourage du patient :	
	C.	La conception de la causalité de la maladie	
	d.	La relation praticien patient	
:	3.3.3	Particularités :	
•	a.	Les maladies entrainant un trouble du métabolisme phosphocalcique	
	b.	Les allergies	
	C.	Le diabète	
	d.	Les troubles salivaires (14)	
	۵.		

	e.	Les	cancers	. 50
	3.4	Les	éléments généraux de diagnostic pour la prise de décision	
	thérap		que	. 51
	3.4.	1.	Le sexe	. 51
	<i>3.4</i> .	2.	L'âge	. 52
	<i>3.4</i> .		Le comportement	
4.	LE	PAS	SAGE DE L'EDENTATION PARTIELLE A TOTALE : les difficultés	. 53
	4.1		problèmes psychologiques	
	4.2		problèmes techniques	
	4.3		problèmes physiologiques	
			ITEXTE CLINIQUE	
	5.1		kamen clinique (37, 65, 72)	
		1.	L'examen exo-buccal (6, 65)	
	5.1.		Les facteurs généraux	
	5.1.		<i>Les facteurs locaux:</i> (7, 54, 86)	
	a.		dents restantes	
	b.		segments édentés	
	C.		ations inter-arcades	
	d.		nanes para-prothétiques (86)	
	5.1.	4.	L'examen radiologique	
	a.		radiographie panoramique	
	b.		bilan rétro-alvéolaire	
	C.		cône beam	
	d.		radiographie de l'articulation temporo-mandibulaire	
	5.2		kamen fonctionnel	
	5.3		éléments locaux de diagnostic	
		1.	L'état et la valeur de la surface d'appui	
	<i>5.3</i> .		La tonicité des organes périphériques	
	5.3.		Le schéma occlusal des arcades naturelles	
_	5.3.		Le rapport des crêtes dans les trois plans de l'espace	
6.			TIONS D'UNE PROTHESE AMOVIBLE TRANSITOIRE AVANT UN	
			IMMEDIATE COMPLETE	
			orothèse transitoire sur overdentures	
	6.2		prothèse transitoire comme temps préparatoire à la prothèse compl	
	6.2.		Transformation de l'arcade en classe I de kennedy (6)	
	6.2.		Assainissement parodontal	. 62
	6.2.		L'intérêt psychologique de la prothèse transitoire avant la prothèse	
		•	immédiate	
	6.2.		Moyen de prévention pour contrer la résorption osseuse	. 63
	6.2.		L'intérêt de la prothèse transitoire opposée à une prothèse complète	
			ste	
	a.		s où les dents restantes se situent au maxillaire	
	b.		s où les dents restantes se situent à la mandibule	. 64
	6.2.		L'intérêt de la prothèse transitoire avant la prothèse complète comme	
			nt provisoire	
		.6.1	Le contexte	
		.6.2	Le choix des implants	
	6.2	.6.3	Les différentes prothèses complètes supra-implantaire	. 66

	a. Prothèse fixée complète supra-implantaire(21)	. 66
	La prothèse fixée dite conventionnelle :	. 67
	La prothèse fixée dite hybride :	
	La prothèse fixée dite sur pilotis :	. 68
	b. Les éléments télescopiques supportées par des dents ou des implants	69
	c. Prothèse amovible implanto portée (51, 75)	. 69
	La barre de conjonction	. 70
	Les boutons pressions	. 70
	Les attachements magnétiques	. 70
	Le Locator	. 70
	Le Dalbo	.71
	Les attachements rupteurs de force	.71
	6.2.6.4 Le remboursement par les mutuelles(15)	. 73
	6.2.7. L'intérêt de la prothèse transitoire avant la prothèse immédiate complète	
	comme alternative à la prothèse supra-implantaire	
	6.2.7.1 Contre-indications à la prothèse supra-implantaire	. 74
	a. Contre indications médicales	
	b. Contre indications anatomiques	. 74
	c. Contre indications selon l'âge	. 75
	d. Contre indications liées à l'état buccal	. 75
	e. Contre indications liées au tabac	
	f. Contre indications financières (15)	. 75
VI.	DISCUSSION/CONCLUSION	.77

I. INTRODUCTION

Actuellement, les dernières études montrent une diminution en pourcentage du nombre d'édentés dans le monde mais on observe également et en particulier dans la société occidentale, une augmentation des édentés totaux. Hors le passage d'édenté partiel à total demeure une étape très difficile surtout dans la société actuelle où l'apparence prédomine.

L'absence de dents est souvent vécue somme un véritable handicap social, esthétique et fonctionnel. Conserver des dents même à l'état de racine rassure le patient. La sensation de manger sur « ses vraies dents » perdure ainsi un peu plus longtemps.

D'un point de vue tant psychologique que physiologique et fonctionnel, il appartiendra au chirurgien dentiste d'évaluer chaque patient dans son intégrité et de définir une prise en charge adaptée à chaque situation afin de faciliter cette étape délicate. Il est primordial de comprendre qu'il existe différents types de patients dont les attentes ne seront pas les mêmes.

Avec les progrès constants des thérapeutiques, un large choix de traitement s'offre à nous pour traiter un patient chez qui il reste peu de dents naturelles présentes. Et malgré une forte avancée dans le domaine grâce à l'implantologie, cette solution n'est pas toujours la meilleure alternative du moins dans un premier temps. La réalisation d'une prothèse transitoire, comme étape intermédiaire avant une prothèse immédiate complète peut trouver son intérêt dans de nombreuses situations.

Après un rappel général sur l'épidémiologie conduisant à la perte de dents, nous verrons en quoi consiste une prothèse transitoire. Ensuite, nous aborderons succinctement la prothèse immédiate complète. Puis nous verrons l'importance du contexte dans la décision thérapeutique et enfin nous traiterons des intérêts de la prothèse transitoire avant la prothèse immédiate complète.

II. EPIDEMIOLOGIE

1. Les étiologies de l'édentement

Les raisons pouvant conduire à un édentement de grande étendue sont multiples. Il est d'ailleurs fréquent qu'il s'agisse du résultat combiné de multiples facteurs locaux comme les maladies carieuses étendues ou parodontales sévères ou encore cancéreuses, de même que les traumatismes pouvant être associés à des facteurs comorbides généraux (30) tels que le tabac, le diabète, les cardiopathies congénitales cyanogènes non opérées ...

De plus, il est souvent mis en évidence dans la littérature une corrélation entre l'édentation et le niveau psycho-socio-économique(61). Ainsi, le niveau d'étude (30), le lieu d'habitation ville versus campagne, le niveau des revenus (24), l'accessibilité aux soins sont autant de facteurs cumulatifs à l'origine de la perte de dents.

De part leur prévalence et leur incidence élevées dans le monde, les maladies buccales demeurent un facteur important de la santé publique. D'autant que les traitements surtout prothétiques demeurent couteux. (58)

1.1 Lésions carieuses

Les lésions carieuses profondes ou radiculaires conduisent souvent à l'avulsion des dents atteintes.

Ainsi il semble bon de rappeler que les seniors sont de plus en plus sujets aux caries surtout radiculaires(58). Notamment car le vieillissement de la population, les atteintes parodontales généralisées ainsi que la conservation prolongée des dents, augmentent ce risque de carie radiculaire.

L'indice CAOD (Cariées, Absentes pour causes de caries ou Obturées de façon définitive) imaginé par Klein et Palmer en 1940 comptabilise le nombre de dents adultes cariées, absentes et obturées d'un individu et permet de créer une échelle de mesure pour comparer le taux de carie entre différentes populations. Il est nul lorsque toutes les dents sont saines. Hors il est très élevé chez les adultes de 33 à 44 ans surtout en Amérique, en Europe et en Océanie. (58)

On observe également que le CAOD est supérieur chez les femmes, dans les catégories socio-économiques avec un faible niveau d'éducation et un faible revenu ainsi que lors d'une atteinte de l'état de santé général, en cas de maladies graves ou troubles alimentaires.

1.2 Atteintes parodontales

La maladie parodontale peut également être à l'origine de perte dentaire. Cette pathologie est une atteinte des tissus de soutien dentaire, les gencives sont d'abord touchées puis au stade suivant de la maladie, on observe une résorption osseuse qui lorsqu'elle devient très importante entraine une mobilité des dents importantes conduisant soit à la perte spontanée des dents touchées soit à leurs avulsions pour causes de gènes, mobilité excessives interfèrent avec les mouvements de mastication ou de douleurs d'origine infectieuses.

Cette maladie lorsqu'elle est diagnostiquée à temps peut être stabilisée cependant une étude a démontré que la plupart des patients porteur d'une prothèse amovible ont des connaissances limitées quand à la prévention, le développement et l'étiologie des maladies parodontales et des caries. (80)

1.3 Traumatismes

Les traumatismes dentaires et alvéolaires peuvent également être à l'origine d'un édentement. L'incidence et la prévalence de ces traumatismes semblent sous estimées, il est fréquent de dire qu'une personne sur dix en aurait été victime et que cette incidence diminue avec l'âge. Par ailleurs les hommes seraient d'avantage touchés (97)

Ils surviennent par ordre d'importance suite à des accidents de la circulation dans 10 à 54% des cas, suite à une agression dans 13 à 48%, lors d'une pratique sportive dans 6 à 33% ou encore suite à des accidents domestiques ou du travail.

Cependant et malgré leur fréquence, les traumatismes dentaires ne conduisent que dans 0,5 à 16% à l'avulsion des dents définitives (20). Ils sont donc que très rarement à l'origine d'un édentement de grande étendue.

1.4 Addictions

Certaines addictions peuvent également être la cause d'un édentement précoce. Cependant toutes les addictions n'ont pas les mêmes effets. (69)

Le tabac entraîne une altération de la perception du goût et de l'odorat, une halitose, voir une coloration jaunâtre ou noirâtre des dents. Il augmente également le risque de développer une maladie parodontale ou de l'aggraver voir de développer un cancer.

L'alcool peut être la source de traumatismes dentaires, chute, bagarre, agression, accident de la voie publique. Il augmente aussi le risque de parodontite. Par ailleurs lorsqu'il conduit à un état de dénutrition, il augmente aussi le risque hémorragique et infectieux. Les patients souffrant d'éthylisme sont plus sujets à être nauséeux ou à développer un cancer.

Le cannabis est souvent responsable d'une démotivation à l'hygiène dentaire et donc à l'apparition de caries, de gingivite, de parodontite. Il augmente aussi le risque de cancer.

La prise de benzodiazépines comme beaucoup d'autres médicaments, engendre souvent des sécheresses buccales, des candidoses et des caries serpigineuses.

Les amphétamines et la cocaïne provoquent des sécheresses buccales sévères, avec souvent l'apparition de candidoses et de caries à progression rapide souvent serpigineuses.

Les acides, le LSD ou les hallucinogènes entraînent des lésions carieuses, des douleurs dentaires importantes voir des pulpites. Elle augmente par ailleurs le risque d'hémorragie ou d'infection.

D'après l'encyclopédie médico-chirurgicale (69), les dernières recommandations pour les patients souffrant d'addictions sévères restent de réaliser des plans de traitement simplifié. Les avulsions sont souvent multiples et se pratiquent couramment sous anesthésie générale.

Il convient cependant de noter que lorsque l'individu souffre de plusieurs addictions, dans environ un tiers des cas, il refuse de porter une prothèse amovible conduisant le chirurgien dentiste à se contenter d'éradiquer les foyers infectieux et/ou douloureux sans réhabilitation prothétique. (69).

En outre lorsque le patient accepte l'élaboration d'une prothèse amovible, le problème financier est souvent présent et il incombe au chirurgien dentiste de l'aider à obtenir d'éventuelles aides dans la limite de ses possibilités.



Figure 1

1.5 Sénescence

Actuellement dans la population française, les personnes âgées de plus de soixante ans représentent 20% de la population générale. Ce pourcentage devrait atteindre les 30% en 2020. (79) Il convient donc de ne pas négliger cette tranche de la population.

La sénescence s'accompagne toujours d'une usure dentaire qui est un phénomène progressif entraînant une modification de l'anatomie originelle des dents.

Ce vieillissement dentaire est souvent plus marqué chez les hommes (98).

Les structures dentaires et péridentaires peuvent se modifier de différentes façons, soit par attrition résultant des contacts dento-dentaires, soit par abrasion qui touche surtout la face occlusale est qui est le fruit d'un contact dentaire avec un autre corps comme une brosse à dent, du dentifrice, soit encore par érosion, causée par une dissolution chimique, ou bien par abfraction qui entraîne une perte micro-structurale au niveau de la jonction émail cément.

Le parodonte lui aussi peut s'altérer avec le temps, entraînant une perte plus ou moins importante de tissu de soutien qui dépend plus de la présence de maladies parodontales que de l'âge du patient.(98)

Par ailleurs, il est fréquent de remarquer une diminution des capacités de cicatrisation chez les personnes âgées.

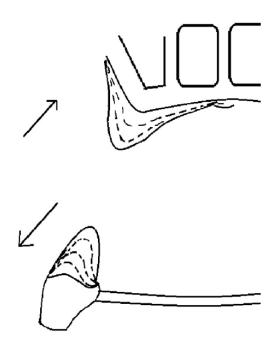
Le vieillissement s'accompagne également d'une fibrose du tissu du conjonctif(98).

Il est fréquent de rencontrer des problèmes de dyskinésie(86) ou de proglissement mandibulaire pouvant compliquer la prise en charge des patients.

Cependant la sénescence n'est pas une maladie en soi mais elle reste néanmoins une cause physiologique et irréversible de la résorption osseuse avec une réduction du volume osseux avec l'âge, souvent d'évolution lente (86) et nécessite donc d'être compensée par une réfection périodique des PA. Lors d'une édentation terminale ou totale non compensée chez la personne âgée, il existe une diminution de la hauteur de l'étage moyen et inférieur (79).

Il est nécessaire de rappeler que l'os alvéolaire d'un sujet denté représente plus de la moitié de la hauteur mandibulaire (79) hors les pertes dentaires s'accompagnent de la résorption de l'os alvéolaire qui n'a alors plus lieu d'exister. Ainsi la résorption à cet endroit est très importante chez un sujet édenté surtout si les tissus parodontaux sont atteints (79).

La résorption maxillaire s'effectue de façon centripète et la résorption mandibulaire s'effectue de manière centrifuge avec souvent une crête osseuse négative dans la région antérieure et un élargissement dans le sens vestibulo-lingual pouvant atteindre les zones d'insertions des freins vestibulaires ou linguaux (86 + figure 2). En effet, l'insertion possible des muscles mylohoidiens et buccinateurs vers le sommet de la crête résiduelle peut poser problème, d'où parfois la nécessité de réaliser un approfondissement vestibulaire avec désinsertion musculaire. Une autre solution ne faisant pas intervenir une plastie vestibulaire est la mise en place de barres ou d'attachement implanto-porté pour stabiliser la PA(79).



Les différentes étapes de la résorption maxillaire et mandibulaire dans le plan frontal chez l'édenté total.

Figure 2

Chez les personnes âgées lors d'une prise en charge globale à but prothétique, il faudra être plus attentif à un certain nombre de critères.

En effet, il convient d'apprécier si le patient souffre d'une déshydratation importante des muqueuses (86) ou d'hyposialie (86, 98) diminuant la rétention des PAT conventionnelles et modifiant les techniques de prise d'empreinte. En effet, la quantité de salive se trouve souvent amoindrie(98). Outre les problèmes de sécheresse buccale que cela entraine, la qualité même de la salive se trouve modifiée avec une diminution des mucines (couche protectrice) et des immunoglobulines. (79) L'utilisation d'armature en titane pour réaliser les prothèses amovibles peut alors trouver toute son indication car ce métal possède une meilleure mouillabilité et sera donc plus rétentif qu'une prothèse amovible classique en résine. De plus, le titane est moins poreux et présente d'avantage de propriété antibactérienne ce qui diminue considérablement les risques d'inflammation (79).

Nous nous accorderons à dire que l'acceptation des prothèses amovibles par les personnes âgées est plus faible que chez des sujets jeunes. Ceci s'explique par une sénescence du système neuro-musculaire, une diminution de la tonicité, de l'endurance, des forces de contraction, la tendinification du ventre antérieur du digastrique. Mais également par les dysfonctions neuronales qui entrainent une perte de la dextérité linguale, une augmentation du temps de déglutition et une diminution de l'efficacité masticatoire.(79)

Ainsi le temps d'adaptation est plus long chez ces patients et les doléances sont souvent plus difficiles à satisfaire.(79)

Ainsi, le choix du traitement de la personne âgée repose sur l'évaluation d'un certain nombre de critères dont les deux principaux restent l'état général du patient et sa coopération (98).

1.6 L'avenir

Un changement dans l'attitude des patients vis-à-vis de leur santé bucco dentaire, accompagné d'une diminution du stress, de l'anxiété, une meilleure prévention, l'efficacité des traitements des lésions carieuses et des maladies parodontales ainsi que de plus amples informations entraine une diminution constante du nombre de personnes édentées. Cependant il a été répertorié (37) cinq raisons qui nous obligent à affirmer qu'il y aura toujours des édentés totaux.

Premièrement, l'augmentation de l'espérance de vie. Le gain annuel est de 1,5 à 3 mois en 2050 ce qui représentera trois fois plus de patients âgés de plus de 75ans et quatre fois plus âgés de plus de 85 ans.

Deuxièmement, le vieillissement inéluctable de la population actuelle. Les prévisions sont qu'un tiers de la population française sera âgée de plus de 60 ans d'ici quelques années.

Troisième raison, selon une étude plus de 60% des patients âgés de 65 à 75 ans seraient porteur d'une prothèse amovible et dans 30% des cas, ils posséderaient au moins une prothèse amovible totale.

Quatrièmement l'état de santé et la dépendance des personnes âgées est également à prendre en compte.

Le manque d'autonomie surtout pour les personnes de plus de 80 ans demeure un problème. Cela ne concerne pas tous les patients mais nous pouvons les regrouper en trois catégories.

Les patients âgés indépendants, autonomes et intégrés dans la vie sociale pour qui la limite dans les soins effectués sera seulement d'ordre économique; les patients fragilisés constituent la classe de personne ayant perdu une certaine partie de leur autonomie, ils représentent environ 20% des plus de 65 ans; les patients dépendants qui représente 10% de la population âgée dont la moitié continuent de vivre à leur domicile et l'autre en institution.

Enfin la cinquième et dernière raison est basée sur la longévité des prothèses et leur renouvellement. Normalement, il serait indiqué d'effectuer un suivi annuel, voir de les renouveler dans la majorité des cas tous les cinq ans. Cependant, nous constatons que la moitié des prothèses inadaptées continuent d'être portées, entrainant souvent une aggravation de l'état buccal.

III. LA PROTHESE TRANSITOIRE

1. Définitions

La prothèse de transition est une prothèse destinée à assurer le passage sans heurt de l'édentation partielle à totale (54). Elle doit répondre à toutes les exigences techniques et psychologiques d'une PAT, avec un montage idéal des dents et une DVO correcte et validée. Elle est différente d'une prothèse provisoire. Elle permet l'évolution d'un édentement partiel à total.(37)

C'est un type de service rendu aux patients qui souhaitent rester un minimum de temps sans dents (38).

2. Les intérêts

La prothèse transitoire offre de nombreux intérêts qui peuvent être regroupés sous deux types d'objectifs techniques et psychologiques.

2.1 Les objectifs techniques

La prothèse transitoire permet la mise en condition esthétique, tissulaire, neuromusculaire et neuro-articulaire (37,38).

Elle a pour but de contenir ou de remettre en place les organes para-prothétiques dans leur situation la plus physiologique (5, 38, 54). Cependant, il convient de rappeler qu'elle n'est parfois pas suffisante et qu'il est nécessaire de recourir malgré tout à une intervention chirurgicale.

Grâce à une prothèse transitoire il est possible de réaliser une rééducation neuromusculo-articulaire. Cela consiste à établir un schéma occlusal adapté à l'édentement permettant à la fois une efficacité fonctionnelle et la stabilité des bases en effaçant les réflexes acquis ou erronés.(19)

Pour ce faire, elle devra entrainer une activité motrice mandibulaire coordonnée et un déplacement condylo-ménisco-temporal correct sans bruit, ni frottement, ni douleur lors des mouvements d'ouverture, de fermeture et de mastication.(5)

De plus, elle est conçue de façon à réaliser l'adjonction de chaque dent extraite sans aucun risque ni pour sa rétention, ni pour la stabilisation, ni pour sa sustentation.(54) Ces adjonctions peuvent par ailleurs être accomplies de façon immédiate, en reproduisant fidèlement la position des dents naturelles extraites si nécessaire. Le patient ne se montre ainsi jamais édenté. (38)

Avec une réhabilitation prothétique de ce genre, nous pouvons à la fois rétablir une occlusion correcte mais également une fonction masticatrice. (37, 38)

Elle permet aussi une réadaptation des structures orales intervenant dans la phonation. (5,19).

Rappelons qu'un appareil mal adapté peu entrainer des réactions inflammatoires surtout accompagnées d'une hygiène bucco dentaire insuffisante. Ces réactions sont très variables et peuvent aller d'une simple gingivite à une parodontite ou d'un érythème classique jusqu'à une hyperplasie importante. Hors avec une prothèse transitoire correctement réalisée, ces phénomènes peuvent être évités ou éradiqués grâce à une réadaptation tissulaire.(5,19)

Par ailleurs, la prothèse transitoire est idéale pour résoudre les problèmes parodontaux sévères. Elle diminue le stress et la sous nutrition, deux facteurs inhérents à ce type de problèmes.

De plus, elle permet de préserver un maximum de crêtes. En effet lorsque les avulsions sont réalisées sans réhabilitation prothétique post-opératoire, la résorption est très importante. Dans le cas d'avulsions non traumatiques avec réalisation de lambeaux et sutures, l'os alvéolaire peut être d'avantage maintenu et les avulsions sont ressenties moins inconfortables par le patient avec peu de gonflements post-opératoires. (38)

Par ailleurs, il existe trois grandes situations cliniques où l'indication d'implant pour stabiliser une prothèse amovible semble trouver tout son sens.

Premièrement lors d'un édentement bilatéral de grande étendue soit la classe I de Kennedy.

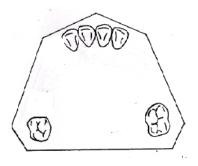


Figure 3.a

Deuxièmement, face à un édentement encastré de grande étendue, qui correspond à la classe III de Kennedy, la pose d'implants surtout en antérieur permet de fortement diminuer les mobilités.

Figure 3.b

Lors d'un étendentement antérieur de grande étendue soit une classe IV de Kennedy, la mise en place d'implant sert à la fois à augmenter la stabilité de la prothèse mais également permet d'éviter la mise en place de crochets inesthétiques visibles.

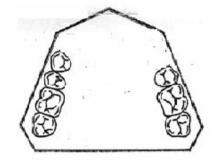


Figure 3.c

Il sera alors possible de poser ses implants durant la phase chirurgicale des avulsions afin d'améliorer la stabilité de la prothèse amovible. Pour cela, il est le plus souvent conseillé de poser quatre implants au maxillaire et deux implants à la mandibule.

2.2 Les objectifs psychologiques

Avec une prothèse transitoire le patient pourra s'habituer progressivement au gabarit de la future prothèse complète.(54) Il en sera de même pour les organes périphériques.(37, 38)

Par ailleurs, n'oublions pas l'importance de la relation praticien patient. Avec ce type de traitement, il sera plus aisé pour la patient de se lier avec son praticien(54). La prothèse transitoire est idéale pour créer un climat de confiance et de sympathie entre un édenté et son thérapeute.

Grâce à elle, le patient ressentira un sentiment de sécurité d'autant plus développé qu'il y aura de dents restantes pour assurer une rétention plus importante de la prothèse.(37)

Avec ce traitement, le chirurgien dentiste pourra donner voir redonner confiance à son patient. (37)

Elle peut constituer un véritable tremplin pour la réalisation des futures réhabilitations prothétiques (38).

3. Les indications

Le choix d'opter pour une prothèse transitoire repose sur un certain nombre de critères.(37)

3.1 Valeur des dents résiduelles

Tout d'abord, les dents résiduelles pouvant être conservées doivent posséder une bonne valeur intrinsèque et extrinsèque, dans le cas contraire, une prothèse transitoire ne peut être réalisée. Les dents présentes ne doivent pas être atteintes de lésion parodontale ou périapicale sévère. Elles ne doivent présenter que de faibles malpositions de type égression, qui ne perturbent pas la plan occlusal ou de type version, si ces dernières n'empêchent pas l'insertion et la désinsertion de la future prothèse.

3.2 Valeur rétentive et stabilisatrice des arcades

Au niveau des arcades, si nous observons la présence de certains éléments anatomiques qui ne favorisent pas la rétention ou stabilisation, il s'agit alors d'une des indications de prothèse transitoire. Comme par exemple, si un versant vestibulaire peu marqué, une dépressibilité des muqueuses au niveau des tubérosités ou des trigones, des crêtes très résorbées ou une voûte peu profonde ont été observés.

3.3 Rapports inter-maxillaires

De même, si le patient présente des rapports inter-maxillaires défavorables à la rétention et la stabilisation, il sera indiqué de privilégier la prothèse transitoire plutôt qu'une PAT classique. Ceci est le cas en cas de classe II, de supraclusie des classes II.2 ou d'anomalies squelettiques.

3.4 Dimension verticale

Dans les situations où les patients présentent une dimension verticale sous évaluée et ce depuis longtemps, une prothèse de ce type permet une réhabilitation progressive à une DV adéquate.(38,54)

3.5 Pathologies salivaires ou musculaires et para-fonctions

Par ailleurs, si le patient souffre d'hyposialie partielle ou d'asialie, de dyskinésies musculaires, d'une maladie neuro-musculaire, de problèmes articulaires il devient préférable de réaliser une prothèse transitoire plutôt que de choisir une autre technique.

Tout comme s'il souffre de para-fonctions de type pulsions linguales, bruxisme nocturne excentré. (37)

3.6 Anxiété

De même s'il est anxieux à l'idée de perdre ses dernières dents ou si l'avulsion des organes dentaires résiduels, représente pour lui la crainte de perdre une image autoritaire et décisionnelle.

3.7 Echecs thérapeutiques et absence d'antécédents de port de prothèse amovible

Il est également conseillé d'envisager une prothèse transitoire plutôt qu'une autre méthode dans les cas où les patients n'ont jamais été appareillés ou s'ils ont été confrontés de façon directe ou indirecte à des échecs prothétiques.

3.8 Couloir prothétique réduit

De même, en présence d'un couloir prothétique réduit par une augmentation de l'espace utilisé par la langue, les lèvres et les joues souvent observés chez les patients porteurs d'une prothèse instable ou mal conçue, la prothèse transitoire devient une solution prothétique de choix.(38,54)

3.9 Hypersensibilité extrême lors des avulsions.

Si les avulsions antérieures ont été source de douleurs importantes, il sera préférable de retarder l'avulsion des dents restantes au maximum.(5)

3.10 Nécessité d'une chirurgie pré-prothétique

Une chirurgie pré-prothétique est parfois nécessaire avant la réalisation d'une prothèse amovible définitive. Elle permet de diminuer ou de supprimer les tori saillants, les freins muqueux, les tubérosités volumineuses ou même d'approfondir le vestibule pour améliorer la sustentation, la rétention et/ou la stabilisation de la future prothèse. Dans ces conditions, la prothèse transitoire peut être fortement indiquée.

3.11 Autres indications

Cependant la prothèse transitoire trouve également son indication dans des cas plus favorable comme de larges crêtes alvéolaires, peu résorbées, un bon rapport inter arcade, une édentation partielle ou totale de l'arcade antagoniste permettant la réalisation d'un schéma occlusal correct. (54)

4. Les contre indications d'ordre générale et locale (54)

Elles sont en fin de compte très limitées.

4.1 Absence d'hygiène bucco-dentaire satisfaisante

Dans les cas où le patient n'est pas capable d'avoir une hygiène satisfaisante, la conservation des dents restantes doit être à bien étudier. Si le pronostic à moyen terme d'une prothèse transitoire est fort compromis, il conviendra de s'orienter d'avantage vers une prothèse immédiate complète.

4.2 Refus du patient des soins

Il est évident que chez un patient nécessitant de nombreux soins et couronnes pour établir un schéma occlusal correct, il conviendra d'obtenir un consentement libre et éclairé.

Parfois le patient refuse catégoriquement de voir ses dernières dents meulées or si ces dernières sont en malpositions; la réalisation d'une prothèse transitoire ne pourra être envisageable. (54)

4.3 Autre choix thérapeutique plus favorable

Il semble raisonnable de rappeler que si une solution prothétique fixée ou composite peut-être réalisée dans de bonnes conditions et avec un bon pronostic, elle restera la solution de choix.

5. Les exigences techniques

Il a été proposé de réunir les exigences techniques de la prothèse de transition sous

forme d'un tableau d'après Lejoyeux. (54)

Les exigences techniques	Au maxillaire	A la mandibule
Doit recouvrir	L'ensemble de la voûte palatine jusqu'au joint postérieur	Les trigones rétromolaires
Doit occuper	Les versants vestibulaires des crêtes	Les versants vestibulaires des crêtes Les espaces rétromylohyoïdiens
Doit englober	Les tubérosités	
Doit s'adapter	A la zone de réflexion	
Doit s'appuyer		Sur les planchettes d'Ackermann

6. Les deux types de prothèses transitoires

6.1 La prothèse transitoire assurant seulement la transition du passage d'édenté partiel à total.

L'élaboration d'une prothèse transitoire proprement dite diffère selon si le patient a déjà ou non était appareillé. Nous allons donc traiter les deux cas de figure.

> Patient déjà porteur d'une prothèse amovible (37, 54)

Dans ce cas l'adjonction des dents prothétiques se fait immédiatement après les avulsions qui ont lieu séance après séance.

Le patient portera sa prothèse transitoire pendant 48H après chaque avulsion.

Lors des dernières avulsions, cette prothèse amovible devenue totale sera recouverte dans son intrados d'une résine à prise retard. Enfin après la complète cicatrisation des muqueuses, il faudra enduire l'intrados d'un élastomère light pour réaliser une empreinte en vue d'effectuer le rebasage de la prothèse.

Cependant ce type de thérapeutique connait de nombreuses limites (73). En effet, cette prothèse lorsqu'elle est mal adaptée peut créer ou conserver des pathologies muqueuses, articulaires, musculaires

Les adjonctions peuvent modifier le schéma occlusal initial et perturber les rapports intermaxillaires entrainant des complications du cas lorsque apparaissent des pathologies occluso-articulaires. Il est cependant possible si le patient pour diverses raisons tient absolument à conserver sa prothèse de corriger les rapports inter-maxillaires, la dimension verticale et l'articulé en ajoutant de la résine autopolymérisable sur la face occlusale des dents prothétiques de la prothèse amovible.

L'aspect esthétique de la prothèse transitoire peut être également fortement diminué avec des problèmes de teinte, de position et de taille plus fréquemment rencontrés que lors de réalisation de prothèse amovible classique.

De plus, au fur et à mesure des extractions, des crochets vont être retirés rendant la prothèse amovible de moins en moins rétentive. Cet inconfort croissant peut avoir des répercussions très négatives sur le patient. Son anxiété s'accentuera de façon croissante jusqu'à l'avulsion des dernières dents, rendant cette étape plus difficile au lieu de la faciliter.

Par ailleurs, de telles prothèses sont souvent sous évaluées au niveau de leur joint périphérique ce qui entraine une absence de sustentation et de stabilisation qui accentue la résorption des crêtes alvéolaires. Ce problème peut malgré tout être diminué par l'ajout de résine autopolymérisable afin d'étendre la base prothétique et d'améliorer la sustentation. L'utilisation d'adhésifs de type Polident ou Fixodent pour maintenir la prothèse en place peut également palier à ce problème.

De même la « surconservation » de dents mobiles accentue les phénomènes de résorption.

> Patient n'ayant jamais eu de prothèse amovible

Lorsque l'indication d'une prothèse transitoire trouve tout son sens mais que le patient n'a jamais été appareillé, la principale difficulté n'est plus d'ordre technique mais psychologique.

En effet, la prothèse sera conçue comme une prothèse amovible classique en respectant la triade de Housset et l'esthétique.

La complication réside alors dans l'acceptation d'une telle prothèse pour le patient qui souvent n'en comprend pas la nécessité.

Le praticien devra alors mettre l'accent sur l'importance d'une telle restauration pour équilibrer les forces exercées à la fois sur la prothèse et sur les dents restantes. En les sollicitant moins, les dents pourront rester plus longtemps en bouche. De même, avec une prothèse amovible transitoire l'efficacité masticatoire sera améliorée et elle permettra d'éviter l'installation de pathologies articulaires.

Il est aussi nécessaire que le patient comprenne que plus longtemps l'édentement partiel sera non compensé, plus il sera difficile pour lui de s'adapter au gabarit de la future prothèse. D'abord car il peut y avoir au cours du temps l'installation d'un étalement lingual mais aussi car plus il manquera de dents, plus volumineuse sera la prothèse et donc plus difficile sera son acceptation.

6.2 La prothèse transitoire de traitement

C'est une prothèse amovible qui a pour but de corriger les problèmes engendrés par l'absence de prothèse ou une prothèse inadaptée chez un patient partiellement édenté.

Patient jamais appareillé

Lors d'un édentement partiel non compensé nous constatons que les dents restantes sont d'avantage sollicitées ce qui compromet leur pronostic à moyen terme. Plus l'édentement est important plus les dommages sur les dents résiduelles seront accentués.

L'absence de calage suffisant put aussi engendrer des perturbations de la cinétique mandibulaire voir entrainer des maladies neuro-articulaires.

De plus, l'effondrement des crêtes sera plus important.

Edentement mal compensé (37, 54)

Le port d'une prothèse mal adaptée peut entrainer plus de complications que l'absence de prothèse. En effet, cet état peut engendrer des blessures et ulcérations de la muqueuse buccale, voir une diminution en épaisseur et en élasticité des muqueuses et fibro-muqueuses. Leur rôle d'amortisseur et de stimulateur ostéogénique se trouvent alors fort compromis.

Par ailleurs, dans ce type de cas, il est fréquent de constater une augmentation de la résorption des crêtes par rapport à un patient porteur d'une prothèse adaptée.

Il convient donc de réaliser une remise en condition tissulaire qui englobe l'ensemble des procédés destinés à améliorer les structures histologiques, anatomiques et physiologiques des tissus en contact avec une prothèse amovible (Lejoyeux 55).

Pour réaliser ce type de prothèses transitoires, nous utilisons des résines à prise retardée type Fitt de Kerr, Hydrocast ou Visco-gel qui sont appliquées dans l'intrados des prothèses, sur les limites périphériques voir au niveau de l'extrados.

IV. LA PROTHESE COMPLETE IMMEDIATE

1. Définition

La prothèse immédiate complète est classiquement décrite comme une prothèse conçue avant l'extraction des dents restantes et insérée immédiatement après leur avulsion. (54)

2. Les intérêts (7, 37, 43, 54, 86)

2.1 Immédiats

Lorsque les dents restantes ne peuvent être conservées pour différentes raisons citées précédemment, la prothèse immédiate permet de remplacer les organes dentaires sans transition.

2.2 Esthétique

Elle a aussi un avantage esthétique incontestable, ainsi à aucun moment le patient ne se retrouvera édenté total.

Grâce aux nombreuses teintes, tailles et forme de dents artificielles commercialisées disponibles sur le marché, il devient aisé d'imiter la denture naturelle du patient ou de répondre aux exigences esthétiques de ce dernier.

2.3 Conservation d'une dimension verticale

Par ailleurs lorsque les enregistrements et la conception ont été correctement effectués et ce de manière très précise, elle permet de garder la dimension verticale originelle du patient lorsque celle-ci est correcte.

2.4 Phonation

Dans la majorité des cas, l'insertion d'une PAT immédiate en bouche ne perturbe pas la phonation. Cependant un délai d'adaptation variable selon les patients, peut être nécessaire.

2.5 Ostéogénèse et cicatrisation

Les processus de cicatrisation et d'ostéogénèse se trouvent améliorés par le port d'une PA immédiate. En effet, elle assure une organisation rationnelle des trabéculations osseuses.

Par ailleurs, lorsqu'elle est conçue en utilisant les alvéoles mal comblées pour améliorer sa stabilité, elle donne au patient la sensation tactile profonde de mastiquer sur ses vraies dents.

2.6 Adaptation prothétique

Par ailleurs, elle permet une adaptation rapide du patient à sa restauration prothétique.

2.7 Passage d'un édenté partiel à total

Mais son avantage principal réside dans le fait que le passage d'édenté partiel à total se fait alors sans heurt. Elle permet donc d'éviter ou du moins de réduire les traumatismes psychiques de ce changement radical.

3. Les indications (7, 37, 54, 66, 86)

3.1 Le statut social

Il paraît évident que selon la profession exercée et l'importance du physique de certains domaines, il n'est pas envisageable de demander à un patient de stopper son activité en raison de l'absence de dents antérieures. Cela regroupe de nombreux domaines où l'apparence extérieure influe sur la qualité de l'exercice de la profession comme le milieu artistique, commercial, la politique, la mode...(54)

La prothèse immédiate est ainsi indiquée dans les cas où l'esthétique est un impératif pour le patient.

3.2 La vie affective

L'estime de soi peut être considérablement diminuée chez certains individus lors de la période d'édentation totale imposée par la cicatrisation des tissus péri-dentaires après des avulsions lors de la conception d'une prothèse totale classique. Notamment chez les hommes dont l'image de virilité peut se trouver fortement compromise.

Les femmes quant à elles, seraient plus sensibles aux commérages de leur entourage. C'est pourquoi dans la majorité des cas qu'elles ne désirent pas révéler à leurs proches qu'elles sont porteuses d'une prothèse partielle ou totale.

3.3 L'âge

Plus un sujet est jeune, moins il lui sera facile d'assumer le statut d'édenté partiel. D'autant qu'il sera souvent plus impatient d'obtenir un résultat visible rapide. C'est donc dans ces conditions que la prothèse immédiate trouve le plus son indication. Cela ne veut pas pour autant dire que le sujet âgé ne soit pas concerné par ce genre de solution thérapeutique.(40)

3.4 Les circonstances particulières

Pour chaque patient à traiter il convient de répondre au mieux à ses attentes. Ainsi lorsque ces derniers nous annoncent des contraintes de temps pour causes de déménagement, départ en vacances, mariage ou tout autre changement de situation imprévue, il convient de trouver une solution rapide pour une restauration prothétique de grande étendue. La prothèse immédiate répond parfaitement à ses attentes, mais il ne faut cependant pas négliger qu'elle n'est pas une solution prothétique définitive et qu'elle nécessite de nombreux rebasages et contrôles.

3.5 L'absence de prothèse partielle

Si le patient ne possède à ce jour pas de prothèse partielle ou s'il n'est pas envisageable d'adjoindre des dents sur la prothèse actuelle, une prothèse immédiate devra être proposée.

4. Les contre indications (7, 37,54,86)

4.1 L'intégrité des structures anatomo-physiologiques

Avec une prothèse complète immédiate, nous pouvons conserver l'intégrité actuelle de l'ensemble des structures articulaires et musculaires du patient. Ainsi l'articulation temporomandibulaire n'est pas perturbée. L'étalement lingual qui est fréquemment observé chez les patients édentés et non appareillés de longue date ne risque pas d'apparaître. Hors nous savons qu'il est un véritable obstacle à la confection de prothèse amovible lorsqu'il existe, en créant une instabilité prothétique et un couloir prothétique très réduit. De même, grâce à la présence de la prothèse les muscles élévateurs et abaisseurs de la mandibule conservent leur élongation physiologique.

4.2 La santé

Pour tous les patients, il convient de réaliser un interrogatoire médical et prendre contact avec le médecin traitant lorsque cela s'avère nécessaire. Certaines pathologies contre indiquent certains actes médicaux dont les avulsions dentaires, dans ces conditions il est donc préférable de conserver au maximum les dents sur les arcades. Au cas par cas, des bilans hématologiques, des avis médicaux avec des spécialistes, des prises de décisions collectives pourront être entrepris.

4.3 Le niveau socio-économique

Il convient de rappeler que la prothèse immédiate nécessite une voir souvent plusieurs étapes de rebasages. Ces étapes ajoutées ont chacune un coût en plus de la prothèse immédiate et selon les moyens financiers du patient le total peut s'avérer trop élevé.

4.4 L'état local

L'examen clinique reste un élément indispensable à la prise de décision thérapeutique ainsi la présence de foyers infectieux est à détecter radiologiquement, la fragilité des muqueuses, la densité osseuse sont autant d'éléments pouvant contre indiquer la réalisation de prothèse amovible complète immédiate.

4.5 L'état psychique

Selon l'état psychologique du patient, il conviendra de jauger de sa capacité d'adaptation. Certains nécessiteront des solutions prothétiques plus transitoires, mais dans la majorité des cas, la prothèse complète immédiate reste la solution la plus favorable pour un passage d'édenté partiel à total. Il vaut mieux dire que quand le patient accepte cette solution c'est la plus rationnelle mais s'il préfère reculer l'échéance de la perte de ses dernières dents nous devons essayer de respecter son choix.

5. Les corrections (37, 54)

Le lendemain des avulsions la prothèse est retirée et nettoyée au sérum physiologique. Le plus souvent les irritations dues à la prothèse ne se retrouveront pas au niveau des alvéoles mais plutôt au niveau des tubérosités maxillaires ou de la ligne oblique interne mandibulaire. Si tel est le cas des retouches seront nécessaires et un polissage soigneux de la prothèse sera effectué.

Un rebasage de l'intrados avec un matériau de type hydrocast peut être envisagé dès cette séance. En revanche le contrôle de l'occlusion ne se fera qu'après un certain délai, le temps pour la prothèse de « faire son lit », seuls les contacts prématurés très forts devront être corrigés les premiers jours.

6. L'équilibration

Elle sera plus délicate si l'arcade antagoniste comporte des dents résiduelles plutôt que si elle est constituée d'une prothèse amovible complète.

Même si nous obtenons une équilibration correcte avec une DV satisfaisante tant sur le plan esthétique que sur le plan fonctionnel, il convient de rappeler que des séances de contrôles devront être effectuées régulièrement.

Ces séances sont nécessaires pour plusieurs raisons, premièrement car il existe un phénomène de résorption secondaire à ne pas négliger. En effet, il provoque avec le temps une diminution de la stabilité et de la rétention de la prothèse. Deuxièmement, le patient doit s'habituer à sa nouvelle occlusion en position centrée et oublier ses anciennes habitudes ce qui nécessite du temps. Il a donc été établi qu'un contrôle à trois mois était primordial.

Puis environ un an après, il sera nécessaire de réadapter la base de la prothèse.

V. INTERET DE LE PROTHESE TRANSITOIRE AVANT LA PROTHESE COMPLETE IMMEDIATE

1. INTRODUCTION - GENERALITES

Dans cette quatrième et dernière partie nous traiterons des intérêts de cette alternative thérapeutique et des raisons qui motivent notre choix.

Tous les traitements odontologiques s'inscrivent dans un contexte général particulier, celui d'intervenir dans la cavité buccale sur un être humain. Cette condition influe sur le choix des traitements et nous oblige à considérer chaque cas d'une manière spécifique.

L'état buccal propre à chaque patient intervient également dans la prise de décision thérapeutique, un examen clinique complet sera nécessaire avant d'élaborer un plan de traitement quel qu'il soit.

Le choix d'opter pour la réalisation d'une prothèse transitoire avant une prothèse complète immédiate n'est pas toujours évident ou possible. En effet, lorsqu'un patient se présente au cabinet dentaire avec un nombre de dents réduit, il existe de nombreux traitements alternatifs en fonction du cas. Il peut être ainsi envisagé également d'utiliser des implants pour améliorer la stabilisation voir la rétention prothétique.

Au travers d'un cas clinique qui sera traité dans le chapitre suivant intitulé cas clinique, nous vous présenterons quelques unes des difficultés cliniques auxquelles nous pouvons être confrontés ainsi que les solutions mises en œuvre pour remédier aux différents problèmes rencontrés chez cette patiente.

2. CAS CLINIQUE

Lors de la prise en charge d'un patient, il faut toujours se demander ce qu'il veut lorsqu'il vient nous consulter, ce qui correspond à son motif de consultation, mais aussi ce qu'il souhaite, donc ses attentes.

Puis après un examen clinique complet, il conviendra de se demander ce que l'on peut mettre en œuvre pour répondre à sa demande, les thérapeutiques à notre disposition. Il sera nécessaire de bien expliquer au patient les différentes options proposées pour enfin déterminer ce qui sera fait en fonction du patient, de ses convictions, de ses moyens financiers et de ses attentes.

Le cas suivant permet d'illustrer un cheminement décisionnel qui sera repris dans un arbre décisionnel non exhaustif dans le dernier chapitre discussion/conclusion, intitulé conduite à tenir chez un patient édenté de grande étendue.

• Première consultation le 28/06/12

Motif de consultation : Mme R., âgée alors de 78 ans vient consulter pour des douleurs dentaires en secteur 3. Elle ne souffre d'aucune allergie ou d'antécédents médicaux malgré sons âge avancé.

Après examen clinique et radiologique, le praticien prend la décision de ne pas conserver 34 et 35, qui sont en stade terminal de parodontite avec foyer infectieux et mobilité 4 sur les deux dents.

La patiente ne souhaite pas rester sans dents trop longtemps.

La patiente possède déjà une prothèse amovible partielle mandibulaire sur laquelle seront ajoutées les dents 34, 35 et deux crochets sur 44/45.

Prise des empreintes avec de l'alginate pour l'adjonction des éléments sur la prothèse amovible.

• Deuxième consultation le 13/07/12

Motif de consultation : Avulsion de 34 et 35 sous anesthésie locale,

Il ne reste alors en bouche que la 44, la 45 et la 21 semi-incluse.

La patiente possède également une prothèse maxillaire qu'elle n'a jamais portée en 10 ans.

Le praticien lui expose alors qu'il serait préférable après un délai de cicatrisation de refaire la PA subtotale mandibulaire et de confectionner une nouvelle PAT maxillaire.

La patiente après avoir pris connaissance du devis répond qu'elle n'a actuellement pas les moyens mais qu'elle y réfléchira.

A l'examen clinique, nous notons la présence de la 21 semi-incluse suite au processus de résorption osseuse, pas de douleur, pas de gène de la patiente.

A la mandibule, il reste seulement deux dents 44 en mobilité 2 et 45 en mobilité 3.

Les crêtes édentées sont fines et flottantes surtout au niveau antérieur de la mandibule. Un relief osseux est présent en secteur 2.

• Troisième consultation le 09/08/12

Motif de la consultation : La patiente consulte à nouveau plus d'un an après sa dernière visite. Elle se plaint de douleur lorsqu'elle boit des liquides frais ou qu'elle se brosse les dents.

Après examen le diagnostique de sensibilité dentinaire est posé pour les dents 44/45.

Il sera donc réaliser en vue de l'usure importante au niveau des collets de ces deux dents, deux composites.

• Quatrième consultation le 7/11/13

Motif de la consultation : La patiente consulte cette fois car elle a pu débloquer les fonds nécessaires à l'élaboration des deux prothèses.

✓ Contexte:

La patiente est de nature plutôt joviale mais possède un caractère bien déterminé. Elle a une forte tendance à l'humour et la dérision. Elle a longuement réfléchie et elle semble désormais prête à accepter une nouvelle prothèse maxillaire bien que le premier essai ait été un échec. Elle vient accompagnée de sa fille avec qui elle semble entretenir de bons rapports.

✓ Examen clinique

Exobuccal

Le sillon naso-génien est très marqué.



L'étage inférieur est fortement diminué avec un affaissement des commissures labiales et une lèvre supérieure fine quasi inexistante.

Figure 4

Par ailleurs, on peut également observer un proglissement mandibulaire.

Endobuccal

Un relief osseux est présent en secteur 2 au niveau d'où serait positionné la 24 si elle était encore présente en bouche.



Au maxillaire, présence de la 21 semi-incluse suite au processus de résorption osseuse. Pas de douleur, pas de gène de la patiente. « Elle a poussé un jour comme ça il y a pas si longtemps! » dit-elle.



Figure 5.2

Figure 5.1

A la mandibule, il reste seulement deux dents 44 en mobilité 2 et 45 en mobilité 3.



Figure 6

Les crêtes édentées sont fines et flottantes surtout au niveau de la crête antérieur mandibulaire.



La prothèse amovible mandibulaire actuellement en place n'est plus adaptée et tient surtout par les crochets placés sur 44 et 45 et par de la pâte à dentier.

Figure 7

Lors de la mise en fonction des muscles, on observe un étalement lingual peu important.

En revanche, on constate un proglissement mandibulaire accentué par l'absence du port de la PA maxillaire.

En raison de l'âge de la patiente, il a été décidé de conserver la 21 incluse, en position vestibulée par rapport à la crête ne gênant ni la stabilisation, ni la rétention, ni la sustentation de la future prothèse.

Lors de cette séance ont été réalisées les empreintes primaires à l'alginate.

• Cinquième consultation le 14/11/13





Figure 8 et 9

Après réalisation des portes empreintes individuels par le laboratoire de prothèse, les empreintes secondaires ont été réalisées avec deux types de matériaux VPS hydrophile de consistance dense et de consistance fluide.

• Sixième consultation le 20/11/13

C'est le jour de l'enregistrement des rapports inter-maxillaires, selon les méthodes habituelles.

Choix de la teinte et de la couleur des futures dents prothétiques.

Au maxillaire puis une autre adaptée à la mandibule comme en prothèse amovible complète (des maquettes rigides sont préférables aux maquettes en cire)

• Septième consultation le 25/11/13

Essayage du montage dents sur cire issue des empreintes secondaires coulées au laboratoire.

• Huitième consultation le 5/12/13

Livraison des prothèses amovibles. Bonne tenue en bouche. Patiente et sa fille contentes du résultat esthétique. Phonation légèrement perturbée par la prothèse maxillaire (espace de Donders). Après contrôle, aucune retouche n'a été effectuée.

Vue exobuccale avec les prothèses amovibles maxillaire et mandibulaire en bouche.



Figure 10 Figure 11



Figure 12 Figure 13

Figure n° 12 et 13: il convient d'observer la tendance de la patiente au proglissement mandibulaire. Ceci étant dû à l'absence de prothèse maxillaire pendant plus de dix ans ayant conduit à l'absence de calage et de guide antérieur pendant toute cette période.





Figure 14 Figure 15

La prothèse maxillaire a été espacée à deux endroits :

- classiquement au niveau du raphé médian et de la papille rétro incisive
- spécifiquement au niveau du relief osseux en regard de 23 (d'après le modèle en plâtre issu de l'empreinte secondaire) et de la 21 semi-incluse.

• Neuvième consultation le 10/12/13

Equilibration des prothèses. La patiente supporte très bien ces deux prothèses qui présentent une rétention sans colle à la différence de son ancienne prothèse. Un deuxième contrôle est prévu une semaine plus tard.

• Dixième consultation le 17/12/13

La patiente se plaint de douleurs importantes et insomniantes, peu de sommeil ces deux derniers jours. Elle incrimine les deux dents restantes 44 et 45 et dit souffrir même lorsqu'elle ne porte pas les prothèses. Après anamnèse approfondie, elle avoue avoir toujours eu des douleurs sur ces deux dents mais supportables jusqu'à maintenant. Sa fille qui l'accompagne à chaque séance et le chirurgien dentiste sont toutes les deux surprises par cette révélation car la patiente bien qu'interrogée à de multiples reprises sur le sujet n'en avait pas fait par avant.

Après examen clinique et radiologique, ils s'avèrent que la 44 et 45 doivent être retirées. Nous pouvons observer une suppuration (non visible auparavant) au niveau du collet de ces deux dents.

En raison de la période de fête qui suit (fin Décembre), il est convenu de pratiquer l'avulsion après les fêtes.

Le chirurgien dentiste a prescrit en attendant les extractions des antibiotiques (2g amoxicilline par jour pendant 6 jours), des antalgiques et des bains de bouche.

• Onzième consultation le 27/12/13

Les douleurs ont persisté encore deux jours après la dernière consultation (efficacité des antibiotiques) mais la patiente grâce aux antalgiques a pu dormir pendant cette période. Au jour de la consultation, elle ne souffre plus du tout sauf lorsqu'elle boit des boissons froides. Elle est cependant toujours très motivée pour enlever les deux dents restantes « avant qu'elles ne lui fassent à nouveau mal ».

Les crochets de la prothèse amovible sont sectionnés dans la même séance.

Les dents 44 et 45 en bouche avant les extractions. A noter la présence de tartre et de pus, ainsi que l'inflammation des gencives suite à une hygiène insuffisante.





Les deux prémolaires extraites

Figure 17

Figure 16



Figure 18

Les alvéoles des deux dents montrant un début de remodelage osseux

• Douzième consultation le 02/01/14

C'est la consultation post-opératoire. La cicatrisation se déroule bien, il n'y a eu aucune douleur depuis l'intervention.

La patiente n'est pas du tout gênée par l'absence des crochets. Les prothèses tiennent aussi bien en bouche qu'avant.

Discussion

Ce cas illustre quelques uns des intérêts et des indications qui peuvent nous conduire à réaliser une prothèse transitoire avant une prothèse complète immédiate.

Tout d'abord l'importance du caractère du patient. Les différentes typologies seront reprises par la suite mais il convient déjà de noter que les patients peuvent être plus complexes qu'il ne nous le laisse croire et certaines craintes peuvent être dissimulées sous une apparence joviale.

Ensuite nous étudierons en quoi et pourquoi l'accompagnant est il tout aussi important à prendre en compte.

Par ailleurs, à travers ce cas nous pouvons déjà comprendre que l'intérêt majeur de ce traitement réside dans l'acceptation dans le temps de la prothèse complète et de l'avulsion des dernières dents sur un plan financier et psychologique.

De plus, comme il s'agit d'une thérapeutique longue elle permet de créer une véritable relation de confiance entre le patient et son praticien qui facilite la transition au passage d'édenté total.

3. LE CONTEXTE GENERAL DES SOINS PROTHETIQUES DENTAIRES

3.1 Symbolisme de la cavité buccale (27, 34, 40 et 52)

La bouche participe à la phonation, elle est donc primordial dans la communication. Elle est également un lieu très riche en sensation et ceux depuis la plus tendre enfance. L'érotisme oral qui en découle est en partie dû à l'importance des informations tactiles qu'elle réceptionne. Elle ne devrait donc jamais être négligée.

Les dents elles-mêmes sont symboles de puissance voir d'agressivité comme le démontre les nombreuses expressions populaires dans lesquelles ce mot intervient. « avoir une dent contre quelqu'un », « montrer les dents ».

Le sourire quant à lui représente la joie, le bien-être et donc la santé.

Lors de l'élaboration d'une prothèse dentaire, il ne faudra pas perdre de vue l'ensemble de ces connotations car même si selon les cultures, l'esthétique dentaire diffère et que les origines du patient seront également à prendre en compte, intervenir sur la cavité buccal n'est jamais totalement anodin.

3.2 La réhabilitation prothétique

Selon la gravité des cas cliniques la réhabilitation prothétique diffère. Nous allons détailler trois grandes situations rencontrées.

Réfection totale de la base prothétique

Lors de réaction tissulaire souvent des stomatites de type I apparaissent, il convient d'évaluer la prothèse actuelle en place.

Si cette dernière est bien acceptée, que sa dimension verticale est jugée correcte, que son équilibration occlusale est validée mais que seul l'intrados de la prothèse amovible pose problème, une simple réfection de la base prothétique à l'aide de matériaux de remise en condition tissulaire suffira. Elle devra aussi être accompagnée d'une augmentation de l'hygiène bucco dentaire.

> Utilisation d'une prothèse pour remise en condition tissulaire

Si nous constatons une diminution de la dimension verticale et une usure des dents prothétiques sur la prothèse actuelle. Il sera alors nécessaire de rétablir une occlusion et un esthétisme correct. Dans ces conditions, nous pourrons utiliser la prothèse actuelle pour rétablir progressivement une dimension verticale correcte par adjonction de résine autopolymérisable sur les faces occlusales des dents prothétiques, tout en pratiquant une réfection de la base prothétique au Viscogel.

Au bout de deux semaines, si les lésions ont disparues, une empreinte fonctionnelle sera réalisée pour la réfection définitive de la prothèse amovible.

Prothèses amovibles obsolètes

Si les prothèses amovibles actuelles sont inexistantes ou inutilisables, il sera nécessaire de passer par une phase de prothèse transitoire pour réaliser à la fois une remise en condition tissulaire et une réhabilitation fonctionnelle. De plus, un traitement médicamenteux adjuvant sera nécessaire pour une guérison complète des surfaces d'appui. Cela sera surtout valable lorsque les stomatites rencontrées dépasseront le stade II.

Le traitement médical se fera par voie locale en première intention à base de l'amphotéricine B (Fungizone®) ou de nystatine (Mycostatine®) en suspension buvable. Il sera par ailleurs recommandé au patient d'appliquer un gel buccal antifongique comme le micanozole (Daktarin®) sur l'intrados prothètique et les lésions buccales. De plus, il devra utiliser un bain de bouche à base de bicarbonate de sodium afin d'alcaliniser le milieu. Le traitement durera trois semaines. En cas d'échec, la voie systémique sera utilisée en seconde intention. Le traitement sera alors à base de Kétoconazole (Nizoral®) ou de Fluoconazol (Diflucan®).

3.3 Les types de sujets

3.3.1 Les classifications

L'indication d'une prothèse transitoire dépend en partie du type de patient auquel le chirurgien dentiste sera confronté.

Le type de patient se caractérise par un physique, des actions, un passif héréditaire. Au cours des années de nombreuses classifications ont fait leur apparition afin de définir et mieux appréhender les patients auxquels nous pouvons être confrontés. Elles ont été basées et classées selon différentes catégories, une des première et des plus connues reste celle d'Hippocrate basée sur le tempérament avec les quatre humeurs sanguin, colérique, lymphatique et mélancolique, puis il y eu celle de Galien basée sur la physiologie.

Celle de House 1937 basée sur le comportement psycho des patients vis-à-vis des soins dentaires et surtout prothétiques, donne lieu à 4 cat (voir ajout d'une 5^{ème} intitulée anxieux pour Anderson)

Dans ce chapitre, trois classifications ont été retenues la classification homéopathique (54) encore très utilisé en prothèse, reposant essentiellement sur des critères morphologiques, la classification psychophysiologique réalisée par HEYMANS, WIERSMA Et LESENNE,(54) élaborée essentiellement à partie des capacités et des délais de réponse à un stimulus, ainsi que le type d'action qu'il engendre et la classification de HOUSE,(37) basée sur le comportement psychologique des patients vis-à-vis des soins dentaires et en particulier les soins prothétiques.

a. Classification HOMEOPATHIQUE

TYPE DE SUJETS	Type de visage	Type de main
SULFUR NEUTRE		
CARBONIQUE	100	
PHOSPHORIQUE	The state of the s	
FLUORIQUE		

Figure 17 : Tableau inspiré de Lejoyeux, dessin de C.Liottier

TYPE DE SUJETS	PHYSIQUE	CARACTERE	DIFFICLUTES ET ADAPTATION	COOPERATION
SULFUR	Bien charpenté Formes harmonieuses Fin Bien proportionné et équilibré Arcade souvent elliptique	Positif Logique Pratiques Raisonnements simples	Adaptation facile Surfaces d'appui stables sous PA bien construites	Patient idéal
CARBONIQUE	Squelette pesant Large, trapu, carré Muscles tendus et ligaments épais, courts et résistants Hypersurrénalien Dents blanches Arcades arrondies presque carrées	Fidèle Responsable Fond de notre clientèle.	Voute palatine basse et large Incisives centrales carrées Surplomb et surocclusion faibles	Patient en retrait au début, puis une fois la relation établie sympathie inaltérable malgré les épreuves
PHOSPHORIQUE	Longiligne Cerebro- respiratoire Dents jaunes et longues Arcades étroites	Intelligence vivace mais non fixée Passion des arts	Il se recroqueville à la moindre contrariété Voûte palatine élevée et ogivale Surplomb antérieur fréquent	Le chirurgien est responsable de tout.
FLUORIQUE	C'est un phosphorique altéré par une lourde hérédité Laxité des articulations Besoin de soutien pour l'intégralité de son corps. Denture irrégulière voire anarchique Petites dents grises, ternes, mal implantées	Instable Une fois gai et optimiste puis désespéré	Change souvent de chirurgien dentiste Asymétrie Déviations squelettiques nombreuses et fréquentes (surtout au maxillaire)	Patient déconcertant demandant une grande vigilance

Figure 18 : Tableau inspiré de Lejoyeux, réalisé par C.Liottier

b. Classification PSYCHOPHYSIOLOGIQUE

Elle a été réalisée par HEYMANS, WIERSMA Et LESENNE et repose sur trois vecteurs importants :

✓ <u>L'émotivité :</u>

Les émotifs peuvent être extravertis, ce sont alors des patients avec des yeux humides, des narines ouvertes et frémissantes des lèvres ourlées, bien dessinées ou introvertis ont des yeux plus abrités et des narines moins ouvertes.

Les non émotifs ont un degré de tonicité plus faible, avec une absence de frémissement des muscles de la mimique

✓ <u>L'activité</u>

Les actifs prennent des décisions immédiates. Ils sont plutôt optimistes et confiant, avec souvent une tonicité importante.

Les non actifs reportent à plus tard tous les efforts que ces derniers soient physiques ou psychiques.

✓ Le retentissement

C'est le temps de réaction existant entre l'excitation et la perception de la réaction.

Les primaires ont des réactions immédiates à toutes sensations ou agressions. Ce sont des êtres vifs avec souvent une arcade supérieure, un nez et des lèvres projetés en avant.

Les secondaires ont une réaction seulement après une réflexion. Ils dominent ou filtrent leurs sentiments. Leur physique est souvent typique avec des yeux très abrités, un nez long, des narines étroites et des lèvres minces.

En s'appuvant sur ces trois vecteurs, il en ressort donc huit types de sujets :

Dir s appayar	En's appuyant sur ces trois vecteurs, if en ressort done nuit types de sujets.					
EMOTIVITE ACTIVITE	EMOTIF	NON EMOTIF				
	PRIMAIRE = <i>Colérique</i> Impulsif, yeux lumineux et mobiles, narines frémissantes, lèvres mobiles	PRIMAIRE = Sanguin Objectif et pratique				
ACTIF	SECONDAIRE = Passionné Canalise et rationalise tout. Narines plus fermées et lèvres jointes.	SECONDAIRE = Flegmatique Méthodique, rationnel et courageux				
	PRIMAIRE = <i>Nerveux</i> Instabilité et agitation stérile	PRIMAIRE = Amorphe Sensuel mais paresseux				
NON ACTIF	SECONDAIRE = Sentimental Fidèle mais rancunier et souvent pessimiste	SECONDAIRE = Apathique Méticuleux, entêté, ordonné et archiviste				

Figure 19 : Tableau inspiré de Rignon-Bret, réalisé par C.Liottier

c. Classification de HOUSE, de 1937

Elle est basée sur le comportement psychologique des patients vis-à-vis des soins dentaires et surtout prothétiques, donne lieu à quatre catégories initialement mais avec ajout d'une 5^{ème} intitulée anxieux pour Anderson.(78)

Les catégories	Qualités et défauts	Implication, coopération et compréhension	Etat d'esprit pour acceptation d'une PAT
Philosophe	Rationnel, calme, compréhensif, coopératifs vis-à- vis des exigences techniques liées au traitement	Coopération, +++ Compréhension de l'intérêt de la PA dans rétablissement des fonctions physiologiques et esthétiques. Représente la majorité des patients	Le meilleur La perte des dents fait suite à des soins dentaires satisfaisants pour lui Adaptation rapide à nouvelle situation prothétique
Suspicieux	Les mêmes qualités que le philosophe. Recherche de la précision.	Demande à connaître chaque temps opératoire	Nécessite beaucoup d'intérêts, de soins, de temps et de patience. Exigences ++++
Agressif	Instable, excitable, très craintif, agressif, impatient, irritable	Non coopératif, çà détecter dès l'examen initial pour parfois ne pas les prendre en charge. Exprime des demandes impossibles à satisfaire	Réaction défavorable à la prothèse Nombreuses séances de retouches Pronostic de succès limité
Indifférent	Inerte Rejette la faute de son état sur les anciens praticiens qu'il a côtoyé	Apathique, non concerné par le traitement Coopération passive Souvent accepte le plan de traitement sous l'insistance d'un membre de sa famille	Peu de chance de succès tant pour patient que pour CD Ne suit pas les conseils, absence de persévérance. Adapter les soins à l'exigence du patient sans oublier les règles de base.
Anxieux	Comportement guidé par peur et anxiété. Réponse démesurée.	Impossibilité de définir la cause réelle de son anxiété, peut-être dû à l'âge, la mise en retraite, l'isolement, une surcharge de travail ou un changement de son image corporelle.	Les explications peuvent compenser ses sentiments ou sensations désagréables qu'il éprouve

Figure 20 : Tableau inspiré de House et Lejoyeux, réalisé par C.Liottier

Selon ces classifications, il ressort que pour certains types de patients l'étape de prothèse transitoire permettra une meilleure acceptation du plan final prothétique conduisant à l'édentation totale du sujet alors que pour d'autres, elle ne sera pas nécessaire.

En outre, la forme et la couleur des dents d'un individu serait corrélé à sa personnalité. Il conviendra donc de bien cerner notre patient afin de restaurer correctement sa denture prothétique pour qu'elle soit adaptée à son caractère. Cela facilitera son acceptation de la prothèse.

3.3.2 Patients coopérants versus non coopérants

Selon les auteurs (10, 44) la place de la relation praticien patient dans le succès de l'acceptation finale de la prothèse est très variable (37). Pour certains elle représenterait un point crucial de la prise en charge alors que pour d'autre elle n'interviendrait absolument pas.

Elle se joue sur de nombreux facteurs dont bien évidemment la communication verbale qui influence essentiellement le caractère cognitif de la relation et les problèmes techniques relatifs au soin. Mais il ne faut pas négliger pour autant la communication non verbale qui passe par la vision, la posture, la gestuelle et qui intervient d'avantage sur le plan émotionnel de cette relation.

Lors de l'examen clinique, il convient également d'estimer le degré de coopération du patient qui influencera à la fois le choix de traitement prothétique et la prise en charge du patient. (37)

D'un point de vue psychologique, pour chaque nouveau patient se poseront deux questions. La première viendra du patient qui s'interrogera sur les capacités du chirurgien dentiste à effectivement répondre à ses attentes, la deuxième surgira de l'esprit du praticien qui se demandera quels sont les désirs et espérance du patient.

La réponse à ces deux interrogations dépend de quatre critères selon HUE O et BERTERETCHE M-V (37) : la personnalité du patient, son entourage, sa conception de la causalité de la maladie et la relation praticien patient.

a. La personnalité du patient (78):

Elle se décompose en une organisation dynamique regroupant entre autre des aspects cognitifs, synonymes ici d'intellectuels, affectifs, physiologiques et morphologiques. Comme développé dans la chapitre sur les classifications, situé un peu plus haut, il existe plusieurs manière pour tenter d'estimer la personnalité d'un patient. Elles reposent essentiellement sur des critères physiques, morphologiques ou émotionnels. Il convient de noter qu'aucune de ses classifications n'est infaillible et que chaque patient doit être analysé de façon objectif mais elles peuvent dans certain cas nous orienter vers une décision.

b. L'entourage du patient :

Il est nécessaire de le prendre en compte dans les restaurations prothétiques car l'acceptation de la PA par le patient passe également par l'approbation de l'entourage. C'est une des raisons pour lesquelles il est fortement conseiller de réaliser l'essayage esthétique des dents sur cire en présence d'un proche.

De plus, si le patient ne vient pas seul aux séances de soins, l'accompagnant possède alors un rôle actif dans la relation praticien patient, sans que l'autonomie du patient entre en ligne de compte. (23). La relation devient alors triangulaire et il est nécessaire de bien comprendre le lien qui les unit. Ce dernier peut-être favorable, calmer une situation et faciliter la prise en charge du patient ou défavorable et au contraire l'aggraver.

S'il s'agit d'un couple, le plus souvent l'épouse sera la personnalité décisionnelle, mais cela dépend des positions affectives de chacun.

Lors d'une relation père-fils, peu fréquente, il existera rarement de déséquilibre décisionnel. A contrario, le lien mère-fille, beaucoup plus courant, pose d'avantage de problèmes, avec souvent des relations tendues voir opposées mettant le chirurgien dentiste dans une situation beaucoup plus délicate et l'obligeant à agir avec d'avantage de souplesse.

c. La conception de la causalité de la maladie

Il ne s'agit pas ici d'énumérer les causes physiques ayant abouti à cet édentement mais la conception intellectuelle de ces raisons pour le patient. Elle peut se résumer avec la question de comment le patient en est-il arrivé à cet état ?

La réponse à cette question est un des éléments permettant de cerner le patient, il convient donc de l'interroger sur le sujet.

Les types de réponses pouvant être entendues peuvent se classer en deux catégories, soit le patient énonce la situation comme s'il en était responsable, pouvant même pousser sa culpabilité jusqu'à s'excuser de poser des difficultés en raison d'une anatomie défavorable, d'un os de mauvaise qualité... Soit au contraire, il nie toute implication et rejette la faute sur son ancien praticien traitant, en l'accusant d'avoir « retiré des dents saines, de ne pas avoir fait du bon travail ». Dans ce dernier cas, il parait évident que la prise en charge sera plus délicate et que le patient aura de nombreuses doléances.

d. La relation praticien patient

Elle est le résultat entre autre de la personnalité du patient, de celle du praticien, éventuellement de celle de l'entourage et de la conception causale de la maladie. Selon les auteurs, elle occupe une plus ou moins grande place dans la prise en charge du patient.

3.3.3 Particularités :

Avant tout geste thérapeutique, il convient au préalable de pratiquer un examen clinique et de questionner le patient sur ses antécédents médicaux et ce quelque soit le traitement envisagé.

L'anamnèse doit avoir lieu dès la première consultation avec le patient et doit être répétée régulièrement afin de se tenir informé de tous changement de l'état de santé du patient au cours des soins.

Le recueil de ses informations est capital dans la prise en charge d'un patient en vue d'une réhabilitation prothétique. En effet, cela peut influencer de façon considérable les décisions thérapeutiques au même rang que l'examen clinique bucco-dentaire.

Nous allons dans cette partie aborder de façon non exhaustive, les pathologies pouvant contre-indiquer ou au contraire indiquer le choix de la prothèse transitoire comme solution de remplacement des organes dentaires défectueux ou absents.

a. Les maladies entrainant un trouble du métabolisme phosphocalcique

La résorption osseuse représente la principale difficulté de la réhabilitation d'un édentement subtotal. Ce phénomène est la conséquence d'un processus multifactoriel (86) dont certaines étiologies sont des maladies d'ordre général comme le diabète, la syphilis, la tuberculose, la maladie de Paget, la maladie de Recklinghausen, l'ostéoporose, l'ostéomalacie, l'ostéodystrophie, l'arthristisme, les ostéoradionécroses. Ainsi pour tous les patients affectés par une ou plusieurs de ses maladies, il faudra prendre en compte le degré et la vitesse de résorption osseuse ainsi que la possibilité et le risque de conserver ou d'extraire les dernières dents présentes.

Outre le fait que toutes les maladies impliquant un trouble du métabolisme phosphocalcique influencent la résorption osseuse, certaines entrainent également la création d'un os de moins bonne qualité voir contre indiquent la pose d'implant.

Ainsi il semble évident que pour les pathologies traitées par bisphosphonates, sous forme intra-veineuse, il sera préférable de conserver les dents au maximum afin de palier au risque d'ostéochimionécrose. Ainsi la prothèse transitoire semble être une solution préférable à l'avulsion de toutes les dents restantes et la mise en place d'une PAT classique. Il en sera de même pour les patients souffrant d'ostéoradionécrose. Cependant il convient de rappeler que dans ces situations, il vaudrait mieux prévoir les extractions avant les traitements (radiothérapie, biphosphonates ect..).

Les troubles endocriniens d'origine hypophysaire (65, 86) entrainent également une ostéogénèse pathologique. Quand à ceux d'origine thyroïdien ou para-thyroïdiens,, ils sont à l'origine d'ostéolyse importante (65, 86).

Tous les patients atteints de ces maladies sont d'avantage exposés à une résorption osseuse pathologique et rapide, rendant plus difficile la rétention, la stabilisation et la sustentation d'une PAT classique. Il sera donc préférable de palier ce problème en privilégiant

la conservation de dents résiduelles dans la mesure du possible pour ralentir le processus de résorption.

Cette résorption pathologique est à distinguer de la résorption physiologique des patients en bonne santé, car il existe des moyens préventif et curatif pour lutter contre ce processus morbide.

b. Les allergies

Certains patients peuvent être allergiques à un des composants utilisés pour la conception d'une prothèse amovible comme la résine ou un colorant par exemple. En cas de suspicion, suite à des antécédents avec signes muqueux durant le port d'une prothèse amovible, il conviendra de réaliser un bilan allergologique pour avérer ou réfuter le diagnostic allergique.

c. Le diabète

Une prothèse amovible complète sera moins bien tolérée lorsque le taux de glycémie est élevé car les tissus sont plus fragiles et résistent donc moins bien aux traumatismes liés au port d'une prothèse.

Une période de transition peut être donc mise en place le temps nécessaire au médecin de ramener le patient à un diabète équilibré.

d. Les troubles salivaires (14)

La salive est un élément important car elle favorise l'adhérence de la prothèse amovible aux tissus de soutien.

Des maladies comme le syndrome de Gougerot-Sjögren, la radiothérapie traitant les cancers des voies aérodigestives supérieures, certains médicaments comme les psychotropes ou encore la ménopause peuvent en perturber la composition et diminuer le débit.

Dans ces conditions, il peut être intéressant de demander au patient d'augmenter la prise de boissons acides qui stimulent la sécrétion salivaire.

Cependant face à une asialie ou une hyposialie importante, il pourra être envisagé la prise de sialogogues de type Artisial® ou Sulfarlem S25® pour diminuer les effets secondaires.

Parfois, la sécheresse buccale engendrée par un déficit salivaire peu entrainer un assèchement des muqueuses voir un une hypersensibilité. De même, elle favorise le développement des mycoses buccales.

e. Les cancers.

La prise en charge d'un patient atteint d'un cancer diffère de celle d'un patient sain, cependant il convient de distinguer de quel type de cancer le patient souffre, le pronostic et le traitement.

Il semble évident qu'un patient ayant un pronostic vital très défavorable à court terme n'est pas le candidat idéal pour la réalisation d'une prothèse transitoire. Il est recommandé que dans cette situation, il convient seulement de pratiquer les soins d'urgences et d'éradiquer les douleurs dentaires. Le plus souvent de toute façon, ces patients n'ont ni la volonté, ni la motivation, ni la nécessité (alimentation par sonde naso-gastrique fréquente) de consulter un chirurgien dentiste ou de réaliser une prothèse.

De même pour les patients en cours de chimiothérapie, qui sont souvent démotivés où il reste préférable de ne rien entreprendre.

Pour les patients avec antécédents cancérologiques, ils sont le plus souvent à prendre en charge comme des patients sains, avec des séquelles éventuelles signes de leur maladie. Exception faite des patients ayant eu recours à un traitement par radiothérapie pour soigner un cancer oro-facial. Dans ce cas, il sera très important de connaître la zone d'irradiation et le nombre de Gy reçus. Il conviendra pour les dents présentes dans le champ d'irradiation d'être le plus conservateur possible afin d'éviter leur avulsion et le risque d'ostéoradionécrose qui les accompagnent. De même, le possibilité de poser des implants dans ces conditions est plus restreinte. Les avis dans la littérature divergent encore sur le sujet. D'après une étude (11) menée sur trente trois patients ayant reçus des doses moyennes de 60.5 Gy et soixante huit implants posés dont plus de 90% dans la région symphysaire, il apparait comme possible d'implanter en territoire irradié pour améliorer la qualité de vie des patients. Mais ce choix dépend des conditions locales, régionales, générales, de l'aspect psychologique et de la technique implantaire envisagée. De même, le délai post-radiothérapique doit être suffisamment long pour estimer le pronostic vital et état général du patient. D'après cette même étude, il ressortirait que l'implantation sous AG serait préférable afin de préserver la vascularisation.

La prise en charge des patients avant irradiation de la sphère oro-faciale est quant à elle plus normalisée. Il convient d'évaluer la motivation du patient et sa capacité à maintenir une hygiène bucco-dentaire rigoureuse, ainsi qu'à réaliser un apport de fluor deux fois par jour à vie. Si elle est absente, il conviendra de retirer toutes les dents présentes dans le champ d'irradiation afin de prévenir le risque d'ORN. Si le patient est motivé, seront conservées les dents intactes avec parodonte sain ou les dents avec traitement endodontique de qualité et obturation coronaire étanche. Toutes les dents ne rentrant pas dans ces critères ou avec un pronostic douteux à moyen terme devront être enlevées.

3.4 Les éléments généraux de diagnostic pour la prise de décision thérapeutique

3.4.1. Le sexe

Les femmes seraient de meilleures patientes que les hommes pour une réhabilitation prothétique. Premièrement, leur désir esthétique est souvent plus fort que chez les hommes. De plus, leur faculté d'adaptation est plus développée. Par ailleurs, dans la majorité des cas, leur muscles périmandibulaires sont moins développés que chez leur homologue masculin, ce qui améliore la durée de vie des restaurations prothétiques grâce à des contraintes moindres exercées sur les surfaces d'appui.

Les hommes quant à eux seraient moins habilités à accepter la présence d'un corps étranger. En outre, a contrario des femmes, les contraintes exercées sur les surfaces d'appui seraient beaucoup plus fortes et les pressions excessives soumises nous contraindraient à émettre un pronostic plus réservé.

3.4.2. L'âge

Un âge avancé et un édentement de longue date non compensé sont autant de facteurs négatifs à la réalisation prothétique car l'adaptation, la motivation et le désir d'être appareillé seront alors diminués.(86) De plus, au cours du vieillissement le métabolisme osseux varie ce qui complique également le traitement des personnes d'âge très avancé.

3.4.3. Le comportement

Avant toutes réalisations prothétiques, il convient de définir clairement les objectifs et désirs du patient de façon à répondre le plus efficacement possible à ses attentes. Ces raisons peuvent être de différents types : esthétiques, phonétiques, affectives, digestives ou sociales.

Il est aussi nécessaire de comprendre comment le patient en est arrivé à cet état. En effet, si le patient n'a jamais toléré une prothèse amovible même très décolletée, notre champ d'action se trouve très limité et le succès de la réalisation prothétique reste très incertain. Si la raison principale est un réflexe nauséeux important, une attitude très psychologue devra être établie associée ou non à un traitement médicamenteux. Si les précédents échecs sont dus à des idées reçues erronées comme la peur d'une prothèse instable ou inesthétique, il conviendra alors de prendre le temps d'expliquer clairement au patient les possibilités et les limites d'une prothèse pour appréhender au mieux ses réticences.

Si les échecs successifs sont évoqués pour raisons allergiques, il sera nécessaire de réaliser un bilan allergologique complet et de définir de la véracité d'une allergie à la résine acrylique choisie. En cas d'allergie reconnue, une sensibilisation pourra même être envisagée.

Parfois l'équilibre psychique du patient sera tellement fragile qu'il vaudra mieux s'abstenir de pratiquer des avulsions.(56)

Nous serons donc amenés à faire appel à notre sens clinique mais également à un abord psychologique et intuitif important pour déterminer au mieux la situation et en appréhender les difficultés afin de mieux pouvoir les gérer.

4. LE PASSAGE DE L'EDENTATION PARTIELLE A TOTALE : les difficultés

Le principal intérêt de la prothèse transitoire est de faciliter le passage de l'édentation partielle à totale chez un patient. Cet obstacle peut être décliné selon trois axes,(37) les problèmes psychologiques rencontrés, les problèmes techniques et les problèmes physiologiques.

4.1 Les problèmes psychologiques

Il existe deux catégories de réactions face à la présence d'un nombre de dents réduit en cavité buccale. Ceux qui souhaitent à tout prix les conserver et ceux qui choisissent au contraire ou émettent le désir de se faire retirer leurs dernières dents.

Ce deuxième choix est plus fréquent qu'il ne devrait (37) car la plupart du temps, les patients comme parfois les praticiens ne se rendent pas réellement compte des conséquences psychologiques que cette décision entraine.

D'après une étude (16) réalisée sur 433 patients, voici les différents motifs évoqués pour justifier ce choix classés par ordre de fréquence: en premier lieu et dans 1/5ème des cas, ils évoquent une mauvaise denture, en deuxième position vient l'esthétique puis les douleurs, la sensation de fatalité, les problèmes parodontaux, les problèmes d'ordre généraux et enfin les évènements aigus.

Cependant, il ne faut pas perdre de vue que pour 45% d'entre eux ces avulsions provoquent des problèmes psychologiques importants qui pourraient être évités en choisissant la prothèse transitoire.

Une autre étude (17) a regroupé les termes de regrets évoqués par les patients ayant choisis de se faire enlever l'ensemble des derniers organes dentaires restants . Ils sont multiples et divers comme la perte de confiance en soi, un sentiment de vieillissement prématuré ou encore l'apparence ou l'image personnelle. Cependant de toutes ces raisons, la plus fréquente reste le manque de préparation avec un ressenti décrit comme proche du deuil et très souvent une forte anxiété face à la rétention de la PAT, augmentée chez les patients ayant vécus des expériences négatives avec les PAP.

4.2 Les problèmes techniques

Ils sont nombreux et seront évoqués au cours des chapitres suivants. Mais l'absence totale de dents augmente les difficultés à obtenir une rétention, une stabilisation e une sustentation correcte surtout à la mandibule. Il est donc préférable dès que cela est techniquement possible de maintenir les dents résiduelles en place ou d'envisager leur remplacement immédiat en cas de problèmes majeurs. Ce sont deux des intérêts rendant plus judicieux le choix de la prothèse transitoire par rapport à une PAT classique.

4.3 Les problèmes physiologiques

Ils ne peuvent être évités mais ils doivent être connus par le patient avant la réalisation des avulsions de façon à ce que ce dernier puisse prendre sa décision de façon libre et éclairée. Le praticien se doit donc de l'informer sur les moyens de rétention possible des prothèses, la diminution de l'efficacité masticatoire, la notion de perte de goût mais surtout

des limites du traitement au niveau de l'alimentation et de la nécessité malgré l'absence de dents de préserver une hygiène orale satisfaisante.

(37) Il est important de mettre en parallèle les croyances du patient et les réalités techniques et fonctionnelles d'une restauration prothétique amovible, souvent trop idéaliser. De même, le chirurgien dentiste devra en expliquer les limites et les étapes de la conception.

5. <u>LE CONTEXTE CLINIQUE</u>

5.1 L'examen clinique (37, 65, 72)

L'examen clinique, un élément clé dans la prise de décision d'une thérapeutique.

Il sera développé dans cette annexe les facteurs à prendre en compte lors de la prise en charge de patient.

5.1.1. *L'examen exo-buccal (6, 65)*

La forme du visage, tout comme la personnalité, le sexe et l'âge du patient conditionne le choix des dents prothétiques. Il sera par exemple plus adapté de restaurer des canines un peu plus pointues chez quelqu'un d'assez agressif. De même, les angles incisifs seront plus carrés chez un homme. Pour quelqu'un d'un peu corpulent avec un visage plutôt rond, des dents de formes rondes seront plus harmonieuses que des dents triangulaires.

En outre, la convexité du profil d'un individu doit être conservée par la position des dents artificielles.

5.1.2. Les facteurs généraux

Il est très important de connaître l'état de santé du patient. Pour cela, il ne faudra jamais négliger l'interrogatoire médical voir si besoin se mettre en relation avec le médecin traitant.

En effet, comme développé un peu plus haut, dans le cas de certaines maladies ou thérapeutiques, le traitement se résume à des avulsions multiples même si ce choix reste une étape lourde et traumatisante pour le patient.

Il en sera de même si les conditions ne permettent pas de traiter efficacement les dents restantes ou si l'état du patient peut être mis en péril par la préservation excessive de dents résiduelles en mauvaise état, à problèmes infectieux ou au pronostic à court terme défavorable.

La santé générale du patient primera toujours sur tout le reste.

5.1.3. Les facteurs locaux: (7, 54, 86)

Lors de l'examen exo et endo-buccal, il conviendra d'apprécier un certain nombre de critères avant de s'orienter vers une solution thérapeutique plutôt qu'une autre.

a. Les dents restantes

Dans un premier temps, il faudra s'intéresser aux dents restantes.

Tout d'abord, il sera nécessaire d'évaluer leur valeur intrinsèque qui repose essentiellement sur l'examen de la portion coronaire de la dent ainsi que la vitalité pulpaire. L'examen clinique sera conduit de façon rigoureuse, pour y parvenir il est proposé ci-dessous de regrouper cette inspection sous forme de questions à se poser lors de l'examen endobuccale et radiologique. (liste non exhaustive)

• La dent est-elle cariée ? A quel niveau ? Etendue de la lésion ?

A noter que les lésions carieuses sont essentiellement cervicales chez la personne âgée, souvent défavorable à une éventuelle reconstitution.

La prise de décision face à une lésion carieuse s'effectuera toujours après curetage de la lésion afin de bien appréhender la quantité de tissu dentaire sain résiduel.

• Existe-t-il des restaurations volumineuses ?

Si oui, évaluer leur qualité, leur étanchéité et la quantité de tissu dentaire sain résiduel.

• Existe-t-il des couronnes ?

Si oui, évaluer leur qualité, leur étanchéité, leurs limites, leur esthétiques. Sont-elles placées dans les courbes d'occlusion idéale ? Peuvent-elles être retouchées ?

• Evaluer le rapport couronne/racine. Est-il supérieur, égal ou inférieur à 1 ?

S'il est inférieur à 1, la situation sera toujours plus défavorable.

• La dent est-elle vivante ? La pulpe était-elle rétractée ? Existe-t-il des traitements endodontiques ?

Si oui, la qualité de l'obturation canalaire est-elle satisfaisante ? Y-a-il la présence d'instrument fracturée ?

- Y-a-t-il un ancrage radiculaire présent ? De quel type ?
- Evaluer l'usure des dents, surtout en cas de bruxisme.

Dans un second temps, il conviendra d'évaluer la valeur extrinsèque des dents résiduelles qui est définie essentiellement par leur position sur l'arcade.

• S'agit-il de dents mono ou pluri-radiculée ?

• Pour les molaires et prémolaires, définir leur morphologie radiculaire. Les racines sont-elles divergentes ou convergentes ?

Remarque : les racines très coniques ont une valeur extrinsèque nettement moins favorable que les autres. De même pour les racines convergentes. (8)

- Observer la position des dents sur l'arcade sont-elles en malpositions version, gression, rotation.
- Evaluer la qualité de la gencive marginale. Est-elle fibreuse ?

Plus elle sera épaisse, plus le cas sera favorable.

• Définir l'état parodontal des dents résiduelles grâce à un charting parodontal accompagné du bilan rétro-alvéolaire. Y a-t-il des mobilités ? Les quantifier de mobilité 1 à 4 (avec mouvements verticaux et horizontaux).

Si après sondage, on constate de nombreuses lésions parodontales, il sera possible d'utiliser des matériaux de comblement pour améliorer la situation car dans ces conditions l'effondrement des crêtes alvéolaires sera très important après les avulsions.

- Existe-t-il une inflammation gingivale? Quelle est son importance.
- Observer également le niveau et qualité du tissu osseux.

Il conviendra également d'évaluer la qualité de l'hygiène des dents restantes, de la gencive et des prothèses existantes afin d'évaluer le degré et la motivation à l'hygiène du patient.

Il apparait évident qu'un patient avec une hygiène déplorable ne serait pas un bon candidat pour la réalisation d'une prothèse transitoire.

b. Les segments édentés

Après s'être intéressé aux dents résiduelles, il faudra observer les segments édentés qui sont des éléments clés pour la stabilité et la rétention de la future prothèse.

• Commencer par évaluer la forme de l'arcade, la hauteur et la largeur des crêtes (classification d'Atwood 4).

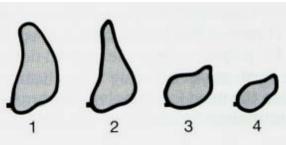


Figure 21

La classification d'Atwood (4) décrit différents types de résorption de l'os mandibulaire.

Catégorie 1. Elle est décrite comme une légère atrophie de l'arcade alvéolaire. La hauteur d'os est légèrement réduite.

Catégorie 2. La réduction d'os est surtout présente dans le sens vestibulo-lingual. Il y a peu de perte de hauteur. Cette catégorie est le plus souvent défavorable à la pose d'implant malgré une hauteur d'os résiduel satisfaisante.

Catégorie 3. L'atrophie est beaucoup plus sévère. La crête alvéolaire est arrondie ce qui en général favorise la possibilité de poser un implant dans cette région.

Catégorie 4. L'arcade alvéolaire est cette fois réduite dans toutes les dimensions de l'espace. Ce cas de figure est le plus défavorable tant pour la pose éventuel d'implant que pour la réalisation d'une prothèse amovible. Cependant selon une étude (4) elle représente 1/3 de la population étendée.

Il faudra ensuite examiner la profondeur de la voûte palatine et déterminer approximativement la résorption de la corticale, la valeur des trabéculations, ainsi que l'épaisseur des tissus épithélio-conjonctifs, la présence de crête flottante ainsi que les caractéristiques de la muqueuse.

c. Relations inter-arcades

Les classes I favorisent la stabilité prothétique

Les classes II-1 et II-2, les asymétries transversales, les supraclusies favorisent l'instabilité prothétique.

d. Organes para-prothétiques (86)

Suite à un édentement non compensé ou à une prothèse instable, il est fréquent d'observer la présence de para-fonctions ou de fortes perturbations de l'ensemble des organes para-prothétiques, ce qui complique la restauration prothétique.

Dans ces conditions l'indication d'une prothèse transitoire plutôt que d'une prothèse immédiate peut être posée.

De même, si l'on constate la présence de brides ou d'insertion fibreuse à proximité du sommet des crêtes alvéolaires, il sera alors nécessaire de réaliser des freinectomies afin qu'elles ne déstabilisent pas la prothèse par la suite.

Souvent les édentements favorisent l'apparition de tissu cellulaire graisseux. Il faudra donc bien palper les muqueuses avoisinantes pour en évaluer l'étendue.

Le volume et les mouvements linguaux ont eux aussi tendance à s'amplifier avec l'absence de dents. Le couloir prothétique s'en trouve amoindri et une prothèse transitoire peut permettre de repositionner les organes para-prothétiques.

5.1.4. L'examen radiologique

Les examens complémentaires comme leurs noms l'indiquent complète mais ne remplace jamais l'examen endo et exo-buccal. Pour la prise en charge d'un patient en vue d'une restauration prothétique amovible, le chirurgien dentiste peut être amené à réaliser différents types de clichés radiographiques.

a. La radiographie panoramique

Elle devrait être quasi-systématique dans cette situation car elle permet de visualiser un certains nombres de points primordiaux.

Tout d'abord, grâce à elle, nous pouvons mettre en évidence la présence de dents ou racines incluses, de kystes.

Il est aussi possible avec ce cliché de déterminer la valeur et la quantité d'os résiduel (même si cela reste une vision en deux dimensions) ainsi que le degré d'atteintes parodontales des dents restantes.

b. Le bilan rétro-alvéolaire

Il complète la radiographie panoramique et précise les valeurs intrinsèques des dents restantes.

c. Le cône beam

Il permet de visualiser en trois dimensions la quantité de l'os et des traitements endodontiques et permet de préciser la position vestibulaire ou palatine des dents enclavées ou incluses. Il ne doit absolument pas être systématique, mais dans certains cas il peut être très utile notamment lorsque la situation implantaire est envisagée.

d. La radiographie de l'articulation temporo-mandibulaire

Il ne sera demandé qu'en cas de troubles importants de l'articulation (douleur, claquement, blocage...) Elle permet de mettre en évidence une altération de la morphologie ou du positionnement de cette zone et oriente parfois le traitement vers le choix d'une prothèse transitoire.

5.2 L'examen fonctionnel

Il conviendra d'évaluer l'ensemble du complexe neuro-musculo-articulaire. Pour cela, il faudra palper les condyles mandibulaires, au repos et en mouvement et être attentif à la présence de bruits articulaires comme des claquements ou des crépitements.

Grâce à la kinésiologie et à l'ostéopathie, il est possible dans certains cas de retrouver une fonction occlusale plus physiologique mais certaines maladies surtout articulaires peuvent être difficiles à traiter. Dans ces conditions l'élaboration d'une prothèse transitoire peut être d'un grand secours.

Les mouvements masticatoires sont à prendre en compte. En effet, si le patient a pris l'habitude de mastiquer de façon unilatérale, les surfaces articulaires de l'articulation temporo-mandibulaire ont pu se modifier, de même une asymétrie musculaire a pu s'installer, ceci peut être la raison d'une diminution de l'ouverture buccale.

L'absence de calage postérieur et la diminution de l'étage inférieur peuvent également entrainer des troubles au niveau de l'ATM.

En l'absence de calage occlusal correct, l'effet compensatoire des muscles masticateurs pour assurer un cycle masticatoire des plus naturel peut entrainer des contractions voir des douleurs musculaires qui seront à noter.

5.3 Les éléments locaux de diagnostic

L'examen clinique est un élément indispensable à toute prise en charge d'un patient en odontologie quelques soit son motif de consultation. Quelques particularités sont cependant regroupées ici lorsqu'une restauration prothétique amovible est envisagée.

5.3.1. L'état et la valeur de la surface d'appui

Il est important de noter que si une des deux arcades est édentée et l'autre seulement partiellement, les forces exercées sur les surfaces d'appui seront plus importantes. De même la direction de ses forces sera différente, en effet elles seront orientées en autant de directions qu'il reste de dents naturelles. Il conviendra de faire attention à l'asymétrie importante pouvant résulter entrainant un déséquilibre nuisible de la future prothèse. Elles peuvent se situer par exemple au niveau de tubérosité maxillaire ou trigone rétromolaire de volume et hauteur importante.

La présence d'anomalies osseuses doit être également à prendre en compte. En cas d'hypertrophies osseuses (tori), il faudra soit décharger la prothèse amovible dans ces zones, soit avoir recours à la chirurgie.

Si les tubérosités ou trigones dépassent du plan d'occlusion, une gingivoplastie ou une chirurgie osseuse seront à effectuer.

Lorsque la surface d'appui est insuffisante mais que la hauteur d'os est de 6 à 8mm et que la muqueuse est de bonne qualité, le chirurgien dentiste pourra réaliser un approfondissement vestibulaire pour augmenter la surface d'appui prothétique.

5.3.2. La tonicité des organes périphériques

L'absence de structure alvéolo-dentaire favorise une infiltration cellulaire importante qui réduit avec le temps le couloir prothétique dans lequel devra être réalisé la prothèse. Ainsi chez les patients non appareillés de longue date, il est fréquent d'observer un étalement lingual et des troubles de la déglutition. En outre, la dimension verticale sera diminuée. De plus, la mandibule aura tendance à s'élever en l'absence de calage postérieur. Toutes ces modifications des organes périphériques devront être prises en compte et il sera nécessaire d'envisager pour les cas les plus complexes une mise en condition tissulaire et neuro-articulaire avant toute réalisation prothétique.

5.3.3. Le schéma occlusal des arcades naturelles

Il faudra observer l'inclinaison des surfaces occlusales afin de noter les malposition comme les égressions et les versions. Encore une fois, un édentement ancien entrainera d'avantage d'égressions importantes des dents antagonistes qu'un édentement récent. S'il est décidé de conserver des dents résiduelles, il conviendra de corriger le schéma occlusal dans les trois plans de l'espace pour obtenir une équilibration adéquate de la future prothèse.

Pour se faire, nous pourrons dans les cas les plus simples se contenter d'un meulage sélectif ou pour les cas plus complexe avec des courbes d'occlusion très perturbées nous devrons opter pour le couronnement de certaines dents voir leur avulsion en dernier recours notamment lors d'espace prothétique inter-arcade trop réduit.

5.3.4. Le rapport des crêtes dans les trois plans de l'espace

Il convient de rappeler que dans le cas des patients non appareillés de longue date, un proglissement mandibulaire important peut s'être établi. Dans ces conditions la réalisation d'une prothèse transitoire avec plan de surocclusion molaire pourra faciliter le retour de la mandibule dans une position postérieure plus physiologique.

6. <u>INDICATIONS D'UNE PROTHESE AMOVIBLE TRANSITOIRE AVANT UNE</u> PROTHESE IMMEDIATE COMPLETE

6.1 La prothèse transitoire sur overdentures

L'intérêt d'une prothèse transitoire sur overdentures avant une prothèse immédiate complète peut avoir plusieurs indications.(54, 100)

Rappelons tout d'abord que le niveau osseux d'une crête édentée diminue de 4mm tous les 10ans. Il peut donc être envisagé selon l'âge du patient de conserver des racines résiduelles même en mauvaise état pour diminuer le processus ostéoclastique.

Par ailleurs, si un patient émet à la fois le désire de conserver ces dernières dents et qu'il a de nombreuses craintes quant à la stabilité d'une prothèse complète, il peut être très intéressant de réaliser une prothèse transitoire sur overdentures.

La dernière indication rencontrée est lorsqu'après examen clinique, le rapport couronne clinique et racine clinique est nettement inférieure à 1. Dans ces conditions l'utilisation d'une racine comme ancrage prothétique peut être à envisager.

L'intérêt de la prothèse transitoire supra radiculaire avant une prothèse immédiate complète. (7, 54)

C'est une prothèse amovible qui recouvre totalement les organes dentaires et s'appuient sur eux (Lejoyeux)

Les intérêts d'une telle prothèse amovible transitoire sont nombreux.

Sur un plan tissulaire, nous savons qu'une résorption osseuse importante accompagne toujours l'avulsion de dents. Leur conservation même sous forme de racines ralentit le processus.

Par ailleurs, plus la stabilité d'une prothèse amovible augmente, moins importante sera la résorption. De plus, la prothèse amovible complète est seulement mucco supportée ce qui entraine des modifications tissulaire des tissus de soutien pouvant conduire à un état pathologique.

Ainsi la conservation de dents même sous forme de racines résiduelles s'oppose aux phénomènes ostéoclastiques voir favorise l'ostéogénèse grâce aux transmissions des forces de pression dans le sens axial par le biais d'une prothèse transitoire sur overdenture.

Plusieurs études comparatives entre des patients ayant été traité avec une prothèse amovible immédiate et ceux avec une prothèse transitoire supra-radiculaire ont été menées. Les résultats montrent que la résorption osseuse était deux fois plus importante à un an chez les porteurs d'une prothèse immédiate. Le degré de résorption serait plus faible avec une prothèse supra radiculaire au niveau des zones édentées.

L'esthétique s'en trouvera amélioré car la résorption osseuse entraine aussi une diminution du soutien des tissus faciaux.

L'intérêt d'une prothèse supra radiculaire est également psychologique comme nous l'avons déjà vu, l'avulsion des dents est assimilé au vieillissement, à l'impuissance voir à la castration. Les conserver peut être réconfortant pour le patient surtout s'il n'est pas encore apte à perdre ces dernières dents.

Par ailleurs, la proprioception est maintenue grâce à la conservation des dents même à l'état de racines. Ce qui permet au patient de mieux gérer les déplacements mandibulaires et de conserver à la fois les réflexes protecteurs d'ouverture buccale, la sécrétion salivaire physiologique ainsi que le sens tactile lors de l'alimentation sur l'épaisseur et la texture des aliments ce qui assure un confort non négligeable.

En outre, la prothèse supra radiculaire permet une meilleure stabilisation, rétention et sustentation qu'une prothèse immédiate car les racines résiduelles maintiennent un certain niveau de crêtes alvéolaires et empêchent l'enfoncement de la prothèse amovible, voir dans certains cas peuvent servir de moyens de rétention.

Cependant pour réaliser ce genre de prothèse, il sera idéalement préférable d'avoir une répartition équilibrée des racines résiduelles et de préférence des canines ou des prémolaires. Les dents doivent pour cela être dévitalisées correctement et la partie coronaire sera diminué a minima. Ces recommandations peuvent être des sources de contre indications à la réalisation d'une telle thérapeutiques surtout selon l'état de santé général du patient comme des pathologies cardiaques ou des antécédents d'endocardite infectieuse où les traitements endodontiques peuvent être proscrits. De même si l'hygiène du patient est défaillante cette technique ne peut être mise en place.

6.2 La prothèse transitoire comme temps préparatoire à la prothèse complète immédiate

6.2.1. Transformation de l'arcade en classe I de kennedy (6)

La réalisation d'une prothèse complète immédiate est dans la plupart des cas précédée par l'avulsion des dernières molaires et prémolaires car il est très difficile d'anticiper le remaniement osseux et la régularisation des crêtes alvéolaires postérieures lors de la cicatrisation. Lejoyeux préconise d'ailleurs de les retirer en premier pour assurer un temps de cicatrisation plus important. (54)

Une prothèse transitoire peut donc être réalisée en attendant la suite des avulsions surtout pour compenser l'édentement postérieur et maintenir ou rétablir un calage postérieur durant cette période. De même, elle permettra également d'obtenir une fibro-muqueuse bien adhérente et donc de guider la cicatrisation.

6.2.2. Assainissement parodontal

Il est important d'assainir le parodonte avant des avulsions pour trois grandes raisons.

Tout d'abord pour la conformité de l'empreinte. En effet, s'il n'y a plus d'œdème gingival, l'empreinte à réaliser pour la confection de la prothèse complète immédiate sera plus précise.

De plus, lors des avulsions, l'absence d'inflammation facilitera l'acte chirurgical en réduisant les saignements et donc en augmentant la visibilité.

Et enfin si le patient a été éduqué à avoir une bonne hygiène buccale, la cicatrisation des sites d'extractions sera améliorée. De même par la suite, il sera plus facile de le motiver à conserver une bonne hygiène buccale et prothétique assurant une longévité plus importante de la prothèse complète.

Durant cette phase d'assainissement, il peut être indiqué selon la durée du traitement de réaliser une prothèse transitoire.

De plus, l'acquisition d'une motivation à l'hygiène bucco dentaire est toujours favorable même chez les patients dont les dernières dents seront retirées rapidement car le brossage des crêtes édentées diminue l'inflammation de la fibro-muqueuse, maintien une certaine kératinisation et donc limite la dépressibilité ce qui permettra d'espacer d'avantage les séances de rebasage des prothèses amovibles complètes.

6.2.3. L'intérêt psychologique de la prothèse transitoire avant la prothèse complète immédiate

Nous ne reviendrons pas sur l'ensemble des avantages psychologiques de la prothèse transitoire, traités dans le chapitre II. Rappelons juste que ceci ne sont pas négligeables et que pour nombreux types de patients, la réalisation d'une prothèse transitoire améliorera considérablement l'acceptation de perdre ses dernières dents et facilitera l'acceptation d'une prothèse amovible complète.

6.2.4. Moyen de prévention pour contrer la résorption osseuse

Le port d'une prothèse amovible entraine toujours des résorptions osseuses mais elles peuvent être encore plus importantes lorsque la prothèse est mal adaptée.

Pour tenter de ralentir le processus de résorption osseuse, nous pouvons avoir recours à plusieurs moyens thérapeutiques.

L'utilisation d'implants dentaires notamment comme moyen de rétention et stabilisation de la prothèse amovible, en est un. C'est surtout vrai à la mandibule.

De même, lors des rebasages nécessaires de l'intrados de la prothèse, le fait d'utiliser des matériaux souples améliore la structure de l'os sous-jacent en quelques semaines.

La conservation de quelques dents même en overdenture tend à diminuer fortement ce phénomène. Ainsi le passage par une prothèse transitoire ralentit le processus immuable de résorption osseuse, ce qui est non négligeable surtout chez les patients jeunes.

6.2.5. L'intérêt de la prothèse transitoire opposée à une prothèse complète antagoniste.

Dans cette partie nous allons développer ce qu'il faut faire lorsque les dents restantes se situent sur un seul des maxillaires(92).

a. Cas où les dents restantes se situent au maxillaire

Dans la littérature, il est fortement contre indiqué de réaliser une prothèse transitoire maxillaire opposée à une prothèse complète mandibulaire car la prothèse transitoire comme la prothèse maxillaire exige une occlusion bilatéralement équilibrée qui sera plus difficile d'obtenir dans ces conditions.

Il sera donc préférable d'opter directement pour la réalisation d'une prothèse bimaxillaire complète immédiate plutôt que de passer par une face transitoire.

Par ailleurs, pour des raisons anatomiques, il est moins fréquent de rencontré cette situation car les dents sont d'avantages ancrées à la mandibule et seront souvent perdues plus tardivement que les dents maxillaires.

b. Cas où les dents restantes se situent à la mandibule

Ce cas est beaucoup plus favorable au précédent et il existe un véritable intérêt de la prothèse transitoire dans ces conditions.

La prothèse complète maxillaire par rapport à celle mandibulaire permet souvent d'obtenir une meilleure rétention et sa surface de sustentation est bien plus étendue. De plus, elle résiste d'avantage aux pressions occlusales antagonistes. Par ces considérations, elle représente un taux de succès supérieur.

Il peut donc être très intéressant chez un patient partiellement édenté mandibulaire et totalement édenté maxillaire de passer par une phase transitoire mandibulaire.

Ainsi il pourra s'habituer dans un premier temps à son complet maxillaire tout en conservant un temps les dents résiduelles mandibulaires.

L'intérêt de cette thérapeutique sera triple, premièrement cela diminuera ses craintes face à la tenue d'une prothèse complète et le temps venu, il acceptera plus facilement une prothèse complète mandibulaire si la prothèse complète maxillaire est réussie.

Deuxièmement, comme dans la phase initiale de traitement, il n'y aura pas d'avulsions, le patient se sentira plus en confiance et sa relation avec son chirurgien dentiste s'en trouvera améliorée facilitant la suite des soins. Si surtout vrai lorsque les extractions précédentes ont été difficiles et sont redoutées par le patient qui les a mal vécu. Troisièmement, pour la majorité des patients il sera plus facile d'admettre un plan de traitement en plusieurs étapes plutôt qu'un changement brutal avec avulsions multiples des dernières dents et pose d'une prothèse bimaxillaire car le temps est souvent un allié dans nos thérapeutiques.

6.2.6. L'intérêt de la prothèse transitoire avant la prothèse complète comme traitement provisoire

6.2.6.1 Le contexte

La prothèse transitoire peut aussi être une solution lorsque le patient n'a actuellement pas les moyens de financer une prothèse totale sur implants mais qu'il espère réunir la somme dans l'avenir.

C'est surtout le cas chez les patients jeunes qui supportent très mal l'idée d'une prothèse complète amovible mais qui n'ont pas les moyens de réaliser une prothèse totale fixée supra implantaire.

Il peut alors leur être proposé un plan de traitement en plusieurs étapes. Tout d'abord la conservation des dents restantes et l'élaboration d'une prothèse transitoire dont nous avons vu les intérêts précédemment. Les avulsions seront réalisées au fur et à mesure de leur nécessité. Lorsque le temps des dernières extractions arrivera, le chirurgien dentiste réalisera une prothèse immédiate complète de façon à ce que le patient ne se retrouve jamais sans dents. Et enfin après un laps de temps nécessaire à la cicatrisation et au financement du projet, la réalisation des implants et la conception de la prothèse supra implantaire.

Ce plan de traitement pouvant s'étaler sur quelques années peut permettre au patient d'anticiper l'avenir sur un plan psychologique certes mais surtout financier.

Rappelons que l'avenir des prothèses complètes classique a évolué ces dernières années avec l'arrivée des implants dans le domaine dentaire.

Il peut donc être envisagé outre l'intérêt financier d'une telle pratique de réaliser une prothèse transitoire puis une prothèse immédiate complète tout en expliquant au patient que s'il n'est pas satisfait d'une prothèse totale classique, il existe d'autres solutions thérapeutiques non compromises par le plan de traitement initial.

L'intérêt d'une telle thérapeutique serrait alors sa capacité à évoluer vers une autre solution thérapeutique dans le temps.

Ce qui peut être nécessaire chez les patients dont l'insertion des muscles mylohyoïdiens et buccinateur se retrouvent au sommet de la crête résiduelle après résorption osseuse. En effet, lors de ce contexte, deux cas deux figures, soit nous pratiquons un approfondissement vestibulaire avec désinsertion musculaire, soit il n'y a pas de plastie osseuse et nous préconisons dans ce cas la mise en place de barres ou attachements implantoportés pour stabiliser la prothèse amovible. (79)

En outre, il sera toujours nécessaire de réaliser une prothèse amovible d'usage avant un traitement implantaire afin de faciliter le traitement chirurgical et prothétique, de valider le concept occlusoprothétique, d'objectiver l'espace prothétique disponible et de donner un aperçu du résultat esthétique final. (21)

6.2.6.2 Le choix des implants

Récemment, il aurait été démontré dans la littérature (45) que les prothèses amovibles supportées par des implants auraient un taux de réussite plus élevé que celle soutenues par des racines dentaires, surtout à la mandibule. Il y aurait en effet, plus d'échecs au maxillaire.

Les implants représentent un vaste sujet et nous ne nous étendrons pas dessus. Rappelons seulement une partie de leurs intérêts dans les traitements des édentements de grande étendue. (72).

L'espace prothétique disponible déterminé par le degré de résorption verticale et horizontale conditionne le type de restauration prothétique possible (21). Dès la phase initiale de traitement, le choix de la technique la plus adaptée s'impose à nous. Le chirurgien dentiste sera de ce fait plus apte à définir le coût du traitement de façon précise dès le début. A noter que selon la technique implanto-prothétique choisie le prix de la restauration variera considérablement.

Cependant d'après de nombreuses études (26) sur les résultats cliniques à long terme de la stabilité prothétique chez les patients avec des édentements de grande étendue, il convient d'inclure les prothèses supra-implantaires comme possibilité de traitement.

Une revue systématique (89) a tenté de prouver quelle technique d'imagerie devait être utilisée lors de la planification d'implants dentaires dans la région antérieure mandibulaire comme moyen de rétention d'une prothèse amovible. En raison du peu d'articles retenus (seulement 5) et du risque élevé de biais, il n'a pas été possible de permettre de soutenir une modalité d'imagerie plutôt qu'une autre. La théorie soutenue par certains comme quoi l'imagerie de coupe est toujours nécessaire et que la radiographie conventionnelle ne suffit pas n'a donc toujours pas été validée.

6.2.6.3 Les différentes prothèses complètes supraimplantaire

a. Prothèse fixée complète supra-implantaire(21)

La réalisation d'une prothèse complète conjointe implant-portée réduirait immédiatement la morbidité associée à la perte des dents et au port d'une prothèse amovible conventionnelle. (26)

Une étude américaine de 2011 publiée dans le Journal de l'Association Dentaire américaine par Malo et ses collaborateurs (60), a rapporté que sur 245 patients recevant un total de 980 implants dentaires, les taux de réussites à 10 ans :

• concernant le patient : 93.8 % et les taux de réussites

• concernant les implants : 94.8 %.

Le taux de survie des prothèses mandibulaires fixées était 99.2 % à 10 ans.

Ces résultats sont significatifs et fortement comparables au taux de succès rapporté par le journal de référence de Branemark et coll. en 1977.

Le choix d'opter pour une prothèse totale fixée implanto-portée dépend de plusieurs critères mais demeure souvent le « Gold standard » pour les édentés totaux. Cette décision peut survenir pour limiter la résorption osseuse chez un sujet âgé ou pour la prévenir chez un sujet jeune. De même, cette thérapeutique peut être envisagée lorsque le patient n'a pas été satisfait par sa prothèse amovible complète. Cela peut aussi être une excellente solution de transition entre édenté partiel et total en limitant ce traumatisme tout en assurant un confort et un certain esthétisme tout au long du traitement.

Il existe différents types de prothèses complètes implanto-portées selon le degré de résorption osseuse du patient (21, 72).

La prothèse fixée dite conventionnelle :

Elle sera possible au maxillaire comme à la mandibule lors de faible résorption osseuse. Elle ne comporte pas de fausse gencive.

A noter que le nombre d'implants nécessaires dépend de leurs positions sur l'arcade, des capacités masticatoires du patient et de la situation de l'arcade antagoniste.

Elle répond aux mêmes caractéristiques qu'une prothèse conjointe conventionnelle.

Lorsque l'espace prothétique est faible, elle sera fixée sur 6 (All-on-6) à 8 implants, elle est composée de 12 à 14 dents avec possibilité d'une extension distale pour les deuxièmes molaires lorsque la résorption est très faible. Elle peut être scellée ou transvissée.

Elle peut aussi être indiquée lorsque la résorption est moyenne, le nombre d'implants sera alors réduit de 4 à 6 et ils seront souvent angulés en raison d'une diminution osseuse à prédominance horizontale. Cela complique la restauration car le rattrapage des axes implantaires nécessitera l'utilisation de piliers anatomiques.

La prothèse fixée dite hybride :

Elle ne trouve quasiment jamais d'indication à la mandibule. Elle est conseillée pour les résorptions osseuses faibles à moyennes au maxillaire quand l'espace prothétique disponible est qualifié de moyen car elle comporte de la fausse gencive pour conserver la morphologie dentaire et des rapports harmonieux. Elle est adaptée pour les exigences esthétiques particulières.

Des contreparties supportant les dents artificielles sont scellées sur une barre métallique fraisée en or ou titane. Celle-ci sera transvissée sur des implants. Le plus souvent cette restauration nécessitera 6 implants de préférence avec mise en charge immédiate. Souvent les deux implants distaux seront angulés de 20 à 40° le long de la paroi antérieur du sinus pour éviter un comblement sinusien et diminuer le porte à faux distal.

Lorsque les diminutions de l'espace prothétique sont à prédominance horizontale, il sera nécessaire d'envisager une ostéotomie verticale pour éviter que la fausse gencive ne remonte de trop dans le vestibule ce qui entraine souvent des bourrages alimentaires et un inconfort pour le patient. De plus, cette technique permettra de diminuer les angulations.

Lorsque le volume osseux est limité, il est possible de ne mettre que 4 implants, cette technique est appelée All-on-four. Elle n'est pas toujours réalisable et dépend de l'âge du patient, de sa typologie ...

Les taux de réussite des restaurations « all on for » à la mandibule comme au maxillaire selon une étude de 2010 (68) sur deux ans (2008 à 2010) serait de 96.53 % au maxillaire et 99.30 % à la mandibule.



Figure 23

La prothèse fixée dite sur pilotis :

Très adaptée au cas de résorption avancée. Le recul clinique sur ce genre de prothèse est supérieur aux autres éléments fixés sur implants. Elle est constituée d'une prothèse de type bridge sur pilotis implantoportée transvissée avec des dents du commerce et une fausse gencive en résine. C'est l'option de prothèse fixée implantoportée la moins onéreuse. Elle nécessite selon les cas 4 à 8 implants.

Au maxillaire, le choix de la restauration sera essentiellement basée sur le degré de résorption, la position de la ligne du sourire haute ou basse, mais aussi sur l'épaisseur et la longueur de la lèvre et la situation frontale et sagittale du plan esthétique.

Dans les cas où la ligne du sourire est haute, il sera possible d'effectuer une ostéotomie verticale pour éviter un sourire trop gingival et donc améliorer l'esthétisme.

Lors des réhabilitations prothétiques complètes fixées supra-radiculaires, il a été démontré qu'il était préférable d'utiliser des attachements non rigides pour équilibrer la répartition des contraintes exercées car le ligament alvéolo dentaire et l'interface implantaire ostéointégrée n'ont pas les mêmes propriétés et ne distribuent par les forces de la même façon (76).

Cependant les prothèses fixées sur implants compliquent la restauration prothétique (51). En effet, beaucoup de paramètres fonctionnels et esthétiques sont à prendre en compte. La phase transitoire doit être longue pour que l'équilibre neurophysiologique et l'intégration des organes buccaux comme les tissus mous, la langue et les muscles soient correctes. Le vrai test pour valider la tenu des implants sera alors la phase de temporisation avec un bridge provisoire, nous ne parlerons pas toutefois de véritable échec lorsque la perte d'un implant surviendra dans la première année, surtout que nous serons toujours en phase de temporisation et que la prothèse définitive n'aura pas encore été élaborée.

Le bridge provisoire en résine doit souvent avoir une armature métallique car le métal permet de mieux rétablir les forces. Cela augmente le coût de la restauration mais permet de correctement tester l'occlusion et la contention des implants.

Ceci dit, il n'est pas toujours nécessaire d'avoir une armature métallique, surtout lorsqu'il y a beaucoup d'implants de posés, que le volume osseux était plus que correct et que les axes implantaires sont parallèles dans ce cas un simple bridge de laboratoire en résine suffira. (51)

b. Les éléments télescopiques supportées par des dents ou des implants (71)

Il existe plusieurs raisons de maintenir des racines en place. Cela permet de diminuer la résorption osseuse alvéolaire, de fournir une meilleure transmission de la charge, de maintenir le retour de l'information sensorielle, mais aussi d'assurer une meilleure stabilité des prothèses amovibles et enfin d'un point de vue psychologique cela permet au patient de ne pas être édenté complet ce qui n'est pas négligeable. (71)

L'arrivée des implants en titane dans la dentisterie a permis de remplacer des dents avec un faux taux de succès.

Mais quant est-il des prothèses amovibles mixtes, soutenues à la fois par des implants et par des dents résiduelles.

Au début du XXème siècle, les couronnes télescopiques représentaient une avancée importante dans l'élaboration des prothèses amovibles.

Elles sont constituées d'une partie scellée de façon permanente dans la racine résiduelle et d'une seconde partie amovible fixée sur la prothèse amovible.

Elles représentent une alternative plus polyvalente car la prothèse amovible peut évoluée indépendamment de la superstructure de chaque couronne. Elles peuvent être mise en place sur des dents naturelles ou sur des implants.

Selon les recommandations, il serait par contre nécessaire d'avoir au moins une racine ou un implant par secteur.

Elles représentent un coût peu élevé par rapport aux autres techniques mais elles nécessitent une hygiène bucco-dentaire rigoureuse.

c. Prothèse amovible implanto portée (51, 75)

Comme la prothèse amovible complète classique, elle est mucosupportée (51), mais elle est beaucoup plus rétentive que cette dernière car elle est également implanto-retenue. Les principes de conception de la prothèse amovible classique par rapport à une implanto-portée seront quasiment les mêmes.

Certaines études récentes ont démontrées que pour des raisons esthétique et d'entretien, la majorité des patients préfèrent une PACSI = Prothèse Amovible Complète Supra-Implantaire à un bridge implanto-porté (22).

Il existe plusieurs types de rétention possible pour ce genre de prothèse. Le choix du système d'attachement reposera sur trois critères.

Premièrement la simplicité, à la fois d'insertion et de maintenance pour le patient mais aussi de mise en œuvre pour le chirurgien dentiste et le prothésiste. En deuxième, il faudra prendre en compte l'efficacité de l'attachement et donc connaître la valeur rétentive de chacun. A noter qu'une trop forte rétention peut gêner les patients âgés dont les forces peuvent être fortement diminuées. Le troisième critère est celui de la fiabilité dans le temps, il repose sur la facilité de remplacement des pièces usées et de la fréquence de cette maintenance, ainsi les pièces en plastiques seront plus fragiles.

Nous allons détailler de manière non exhaustive quelques uns des attachements possibles.

> La barre de conjonction

C'est une barre soit vissée sur les implants par l'intermédiaire de piliers transgingivaux soit coulée et directement transvissée lorsque le cas est favorable et le prothésiste très qualifié.

Dans l'intrados de la prothèse amovible complète vont alors se trouver des cavaliers positionnés en regard de la barre. Il sera préférable qu'ils soient rectilignes afin d'éviter un effet scoliodontique sur l'implant.

Aujourd'hui les barres peuvent être réalisées par procédé informatisé (59) comme CAD-CAM I.

Le montage prothétique est alors scanné et la barre peut alors être conçue en fonction de la position et de la forme de la prothèse amovible complète. La pièce sera lors usinée selon les données validées de la CAO.

Les boutons pressions

Ils permettent une importante augmentation de la rétention et de la stabilité des prothèses amovibles surtout à la mandibule. Ils sont d'ailleurs moins conseillés au maxillaire. La partie mâle sera vissée sur l'implant et la partie femelle dans l'intrados de la prothèse amovible complète.

> Les attachements magnétiques

Ils peuvent être réalisés sur des racines résiduelles ou des implants. Ils sont constitués de deux éléments l'alliage magnétisable attaché à la racine ou à l'implant et l'aimant présent dans l'intrados de la prothèse. Ils présentent de nombreux avantages dont entre autre une rétention permanente. Ils ne requièrent ni un parallélisme rigoureux, ni une activation comme les crochets. L'insertion prothétique est plus aisée que d'autre systèmes d'attachements.

Cependant, leur usage doit être réservé à des patients coopérants et motivés avec une hygiène buccale satisfaisante.

Le Locator

C'est un attachement à faible hauteur de type bouton pression destiné aux prothèses amovibles partielles ou totales. Lors de la mise en place de l'appareil en bouche l'alignement est automatique entre la partie femelle et l'attachement. Les avantages de cet attachement sont multiples, tout d'abord grâce à un positionnement automatique Locator le patient peut facilement mettre sa prothèse même si les implants ne sont pas parallèles entre eux. Il

convient d'ailleurs aux implants divergents et permet ainsi de rattraper jusqu'à 40° d'angulation. De plus, il nécessite peu de hauteur verticale. En outre, le Locator possède une surface de rétention supérieure aux autres attachements grâce à une double rétention interne et externe ce qui améliore la durée de vie de ses composants.

Le Dalbo

C'est un ancrage sphérique hautement résistant. Cela fait plus de quarante ans que le système a fait ses preuves. Il est assez simple d'utilisation. La force d'ancrage se règle de façon individuelle. C'est un système très compatible avec les autres systèmes d'attachements, ainsi toutes las parties femelles du Dalbo®- System peuvent s'adapter aux parties mâles sphériques des autres fabriquants.

Les attachements rupteurs de force

Les attachements rupteur de force type CFF ont de nombreux avantages, ils permettent une rétention appropriée de la prothèse amovible, de plus ils sont faciles à utiliser car ils sont « prêt à l'emploi » et peuvent être facilement installés dans l'intrados de la prothèse amovible mais surtout ils protègent les implants de forces occlusales excessives (95). Cependant ils nécessitent une hauteur prothétique suffisante car ils sont supérieur de 1mm aux attachements sphériques classiques et leur force de rétention ne peut être ajustée.

Le choix des attachements sera essentiellement conditionné par la position des implants sur l'arcade et leur parallélisme. La barre supporta d'avantage d'une divergence des implants a contrario les bouton pression nécessiteront un certain parallélisme. (75) La réalisation d'une telle prothèse reste assez simple et fiable même pour des chirurgiens dentistes peu expérimentés. Cependant a contrario d'une prothèse fixée implanto-portée, les forces de mastications exercées par ce type de prothèse restent réduites et elle demeure comme son nom l'indique amovible. (51)

Il est nécessaire de rappeler que même si le concept prothétique d'une prothèse amovible supportée par des dents ou des implants est semblable, la sensation tactile avec les implants est quant à elle réduite par l'absence de récepteurs parodontaux. (63)

Une étude contrôlée randomisée (90) sur un an a voulu étudié la différence entre les prothèses amovibles soutenues par une barre fixée par 4 ou 6 implants postérieurs au maxillaire. Tous les patients avaient eu recours a une intervention chirurgical d'élévation du plancher sinusien par autogreffe d'os de la crête iliaque. Après cicatrisation, les implants avaient été posés en une étape. Puis trois mois plus tard, une prothèse soutenue par une barre avait été réalisée.

Les résultats ne démontrent pas de différence significative entre les prothèses soutenues par 4 implants ou par 6. Dans les deux cas, la survie de la prothèse était de 100% à un an et la satisfaction des patients étaient considérablement améliorée. La résorption osseuse marginale était de 0.35 ± 0.31 mm chez ceux possédant 4 implants et de 0.46 ± 0.34 mm chez ceux en possédant 6. Une fois encore le différence n'est pas significative.

Une étude (45) a montré que les prothèses immédiates mises en place après avulsion ou pendant les phases de cicatrisation chirurgicales sont aussi bien supportées qu'elles soient sur appui muqueux, dentaire ou implantaire.

En revanche, nous observons une augmentation significative (45) du maximum des forces masticatoires après un an lorsque la prothèse amovible est supportée soit par des implants, soit par des dents naturelles par rapport à une PAT conventionnelle.

Une étude randomisée (20) menée sur cinq ans sur des patients édentés totaux maxillaire, mandibulaire et partiellement édenté au maxillaire, a voulu comparé trois systèmes d'attachements implantaires possibles en fonction de leur coût, de leur maintenance et des complications possibles qu'ils engendrent.

Les trois systèmes étudiés étaient les attachements sphériques divisés en deux sous catégories ceux avec un moyen d'ancrage en or et ceux avec un moyen d'ancrage en titane, les attachements magnétiques ou par aimants et les Locators.

Les résultats de cette étude ont démontré que les attachements sphériques avaient le plus haut niveau de maintenance par rapport aux autres attachements étudiés. A contrario, les attachements magnétiques étaient ceux qui nécessitaient le moins de maintenance, en revanche, ils sont les plus chers en coût initial.

Par ailleurs, il est possible de noter une différence significative parmis les attachements sphériques ceux en or entrainaient plus de complications que ceux en titane, en troisième position, nous retrouverons les attachements magnétiques puis les Locators qui détiendraient le taux le plus bas de complication.

Le taux de succès à cinq ans serait plus élevé pour les attachements magnétiques (82,6%) puis les Locators (78,2%) et en dernière position se trouverait les attachements sphériques en or (50%)

D'après cette étude même si les attachements magnétiques ont un taux de succès élevé et une maintenance inférieure aux autres attachements, il serait préférable de s'orienter en raison du coût financier vers des attachements Locator ou sphérique avec ancrage en titane.

D'après les résultats d'une étude in vitro (3), lorsque la quantité et la qualité de l'os résiduel à la mandibule est faible, il sera préférable d'augmenter le nombre d'implant et d'utiliser un attachement par barre plutôt que sphérique pour diminuer les forces exercées sur les implants.

En revanche lorsque l'os est de bonne qualité et que l'épaisseur est suffisante, deux implants avec attachements sphériques reste le gold standard du traitement de l'édenté total mandibulaire.

Le traitement avec prothèse amovible retenue par deux implants mandibulaire est devenu le traitement de choix de l'édenté total mandibulaire, cependant certains attachements pourraient réduire le succès d'une telle réhabilitation à long terme par manque de rétention avec le temps.(47)

Une étude in vitro de trois différents systèmes d'attachements a été menée pour comparer l'évolution de leur rétention et les phénomènes de torque pouvant subvenir suite aux multiples insertion, désinsertion des prothèses amovibles.

Les systèmes d'attachements sur implants étudiés étaient le Locator®, l'attachement sphérique Dalbo -PLUS - et SFI® et l'attachement par barre de Straumann

Chaque système a été divisé en deux sous groupes, l'un avec une série d'implants parallèles les uns aux autres, et l'autre avec des implants angulés de 12 °. Le test a été effectué avec un Instron ® machine d'essai universelle pour un total de 14 600 cycles d'insertion-retrait

D'après cette étude, il n'a pas été démontré que l'angulation des implants engendrait une différence significative sur la rétention des attachements, si cette dernière ne dépasse pas 12°.

Par ailleurs, elle révèle que les différents systèmes d'attachements sont suffisamment résistants à l'usure, cependant le système de barre.

Il semblerait cependant que le système Dalbo -PLUS - et SFI® soit plus rétentif au cours du temps que le système Locator®. Cependant la vis de fixation du Dalbo -SFI® ou celle des barres de Straumann peut se déserrer au fil du temps, toutefois des contrôles annuels pourraient pallier à ce problème.

6.2.6.4 Le remboursement par les mutuelles(15)

Les implants font partis des actes hors nomenclature c'est-à-dire que le praticien est libre de fixer le montant de ces honoraires et que ces actes ne sont pas remboursés par la sécurité sociale.

Seules certaines mutuelles peuvent parfois rembourser une partie des coûts engendrés par la pose d'implant. Le plus souvent, sous la forme de forfait. Par exemple de 300 euros par implant.

Dans la majeure partie des cas, il existe une limitation du nombre d'implants pouvant être remboursés par an et un délai de carence pendant lequel le patient ne peut pas être remboursé, surtout pour les soins les plus onéreux comme les implants dentaires.

De même, certaines mutuelles accordent des « bonus fidélités » à leurs patients c'est-àdire qu'au bout d'une certaine période (souvent de deux ans), ils peuvent augmenter gratuitement leur forfait dentaire.

Toutes ces raisons peuvent parfois conduire le patient en accord avec son chirurgien dentiste à réaliser d'abord une prothèse transitoire, puis immédiate puis des implants dans un troisième temps.

6.2.7. L'intérêt de la prothèse transitoire avant la prothèse immédiate complète comme alternative à la prothèse supraimplantaire

La prothèse complète supra implantaire reste une thérapeutique de choix dans le traitement des édentés totaux. Notamment à la mandibule où le consensus de McGill (28,75) démontre que la prothèse amovible complète supra radiculaire sur deux implants mandibulaires serait le traitement le plus adapté chez les patients n'ayant plus aucunes dents mandibulaires ou dont le pronostic des dents restantes à court terme est défavorable. Ils concluent qu'elle devrait toujours être envisagée comme premier choix thérapeutique dans ce contexte.

Cependant la pose d'implant n'est pas toujours possible et dans les conditions où elle ne pourrait se faire l'élaboration d'une prothèse transitoire puis d'une prothèse immédiate complète trouve tout son sens comme alternative thérapeutique.

Il s'agira dans ce paragraphe d'énumérer quelques unes des contre-indications à la prothèse supra-implantaire.

6.2.7.1 Contre-indications à la prothèse supra-implantaire

a. Contre indications médicales

Il existe de nombreuses maladies qui contre indiquent la pose d'implant de manière absolue ou de manière relative.

C'est le cas entre autres pour les patients immunodéprimés ou immunodéficients, les patients greffés, les patients porteurs d'une valve cardiaque, les diabétiques non équilibrés, les patients avec antécédents d'irradiation de la sphère buccale par traitement radiothérapique ou les patients atteints d'un cancer des voies aériennes supérieures.

Certains antécédents médicaux nous orientent vers des solutions de traitement simplifiées où la pose d'implant est à éviter. Dans ces conditions et surtout lorsque les avulsions sont également déconseillées, la prothèse transitoire trouve toute son indication.

b. Contre indications anatomiques

Parfois et ce malgré un bon état général du patient, la pose d'implant ne peut se faire pour des raisons purement anatomiques comme la proximité d'un sinus, le manque de hauteur ou d'épaisseur d'os, la proximité d'un nerf dentaire inférieur, une qualité insuffisante de l'os.

Cependant ces contre-indications anatomiques tendant à diminuer avec l'arrivée sur le marché des implants courts et l'évolution des techniques de chirurgie de comblement osseux ou sinusien dont les résultats sur le long terme ne cessent de s'améliorer avec le temps.

La notion de volume prothétique disponible pour placer les éléments de rétention est aussi importante. Une hauteur minimum de 6 à 7 mm (75) est souvent conseillée pour placer à

la fois les moyens de rétention et une quantité de résine de la prothèse suffisante. Mais aujourd'hui, il est rare de ne pas trouver un attachement qui convienne à la situation clinique même si l'espace est réduit.(33)

c. Contre indications selon l'âge

Même s'il n'existe pas vraiment d'âge limite pour la pose d'implant, il en va du bon sens clinique du praticien. Le choix d'un traitement faisant intervenir des implants semblent moins justifié lorsque le patient a déjà un âge avancé. Le temps nécessaire au bon déroulement du plan de traitement doit être pris en compte dans la décision thérapeutique. Chaque cas mérite cependant d'être étudié selon le contexte.

Il convient quand même de rappeler que plus l'âge est avancé plus la cicatrisation sera longue à obtenir, ainsi la mise en charge des implants lorsqu'elle n'est pas immédiate (ce qui est rarement le cas pour les prothèses complètes supra implantaire) sera différée et de ce fait la durée du plan de traitement rallongée.

d. Contre indications liées à l'état buccal

Tous traitements prothétiques nécessitent une bonne hygiène bucco-dentaire pour réussir durablement dans le temps. Ceci est encore plus vrai lors de la présence d'implants. Ainsi chez les patients n'ayant pas une hygiène satisfaisante il sera toujours préférable d'écarter la solution implantaire au risque de courir à un échec thérapeutique.

e. Contre indications liées au tabac

La littérature diverge sur le sujet. Certains auteurs considèrent que le tabac est une contre-indication absolue à la pose d'implant car il complique la cicatrisation et donc l'intégration des implants et peut-être source de trop nombreux échecs. Cependant certains praticiens considèrent que du moment que les patients sont prêts à arrêter de fumer durant la fenêtre d'intervention chirurgicale nécessaire cette addiction n'est pas un problème.

Le nombre lui-même de cigarettes fumées par jour pour contre-indiquer une restauration implantoportée n'est pas défini. Pour certains, cinq cigarettes serait le chiffre maximum alors que pour d'autres en dessous de dix cigarettes la chirurgie implantaire serait envisageable.

Quoiqu'il en soit le tabac reste un facteur de risque non négligeable pour la survie implantaire et le patient doit en être informé.(94)

f. Contre indications financières (15)

Tout d'abord la pose d'implant n'est actuellement pas prise en charge par la sécurité sociale et les remboursements s'ils existent dépendront des mutuelles de chaque patient. A ce jour, encore plus de la moitié des mutuelles ne prennent pas en charge ce type de thérapeutique.

Le reste à charge peut être conséquent dans ce type de thérapeutique surtout lorsque des techniques chirurgicales additionnelles doivent être mise en place avant la pose d'implants comme le comblement sinusien ou les greffes osseuses.

Rappelons qu'il faudra au moins deux implants pour la mandibule et quatre au maxillaire. En France, chaque implant coûte en moyenne entre 600 et 1300 euros selon les cabinets.(15) A cela devra s'ajouter le prix des prothèses amovibles complètes étant majorée environ de 20% lorsqu'elles sont retenues par des implants. S'ajoute à cela le renouvellement des moyens de rétention qui au fils du temps s'usent et nécessitent d'être changés, environ tous les un an, un an et demi pour ceux situés dans l'intrados de la prothèse et deux à trois ans pour ceux situés au niveau de l'implant.

Selon l'INSEE, en 2009, 4,5% de la population française totale avait renoncé à des soins dentaires pour raisons financières.

De plus, le renoncement aux soins est deux fois plus important lorsque l'état dentaire est jugé mauvais ou très mauvais relativement aux états dentaires de santé bons ou très bons.

Le taux de renoncement diminue avec le niveau de vie, en effet un quart des patients aux revenus inférieur à 870^E refuse les soins contre seulement 7,5% lorsque les revenus du couple sont supérieurs à 1997^E.

Il arrive donc que dans certaines situations la thérapeutique implantaire ne soit pas retenue ou soit différée en raison de son coût supérieur aux autres traitements.

Selon certains auteurs(63), les implants restent malgré tout une alternative préférable à la prothèse complète conventionnelle grâce à trois avantages principaux, premièrement ils diminuent la résorption des arêtes résiduelles osseuses, deuxièmement ils permettent un meilleur maintien de l'efficacité masticatoire et troisièmement ils représentent un avantage psychologique indéniable pour les patients.

VI. DISCUSSION/CONCLUSION

Lors de l'élaboration de cette thèse, au moment de la recherche de bibliographie correspondant à mon sujet, il s'est avéré que la plupart des articles sur la prothèse transitoire proprement dite datés depuis plus de cinq voir dix ans.

En effet, ce sujet a été de nombreuses fois abordé des années 60 aux années 2000 mais avec l'arrivée des implants, la littérature s'est essentiellement focalisée sur les techniques implantaires. Il convient cependant de noter que la prothèse transitoire et la prothèse implantaire sont deux techniques complémentaires l'une de l'autre.

Certes l'implantologie a révolutionné l'art dentaire surtout dans le traitement des édentés totaux néanmoins la prothèse transitoire demeure une solution de choix dans de nombreux cas.

D'ailleurs la prothèse transitoire a depuis longtemps fait ces preuves mais il semble malgré tout nécessaire de rappeler ses nombreux intérêts.

Le contexte psychologique est toujours un élément important dans la prise en charge médicale d'un patient mais il devient primordial lors du passage d'édenté partiel à total. Hors il a été prouvé à de nombreuses reprises que la prothèse transitoire facilite cette transition.

Elle facilite le passage du stade d'édenté partiel à total. Grâce à elle la mastication, la phonation et la déglutition peuvent être restaurées ou conservées selon les cas malgré des avulsions successives.

De plus, le patient ne se retrouvera ainsi quasiment jamais sans dents, ce qui améliora son bien-être personnel et lui apportera un confort autant esthétique que fonctionnel.

Si des troubles des articulations temporo-mandibulaires existent, elle permettra une remise en condition de la fonction neuro-articulaire.

En cas d'édentement ancien, le plus souvent nous observons un étalement des tissus buccaux internes, en particulier une augmentation de l'étalement lingual, un reconditionnement des organes para-prothétiques sera donc nécessaire et possible grâce à la prothèse transitoire.

Pour les patients n'ayant jamais eu de prothèse amovible, elle facilitera l'acceptation d'une telle restauration car elle sera plus rétentive et stable qu'une prothèse complète immédiate.

De plus, la prothèse transitoire peut être une alternative à une prothèse complète implanto-portée ou au contraire une solution d'attente avant de réaliser la pose d'implant.

La réussite obtenue par cette solution de réhabilitation prothétique transitoire favorise une relation de confiance entre praticien et patient. La suite des soins odontologiques s'en trouvera améliorée.

Elle jouera également un rôle clé pendant les phases post-chirurgicales où elle favorise la cicatrisation en protégeant le caillot sanguin et les tissus traumatisés.

Enfin, grâce à la prothèse transitoire, l'acceptation et l'adaptation d'une prothèse complète définitive se trouvent améliorées.

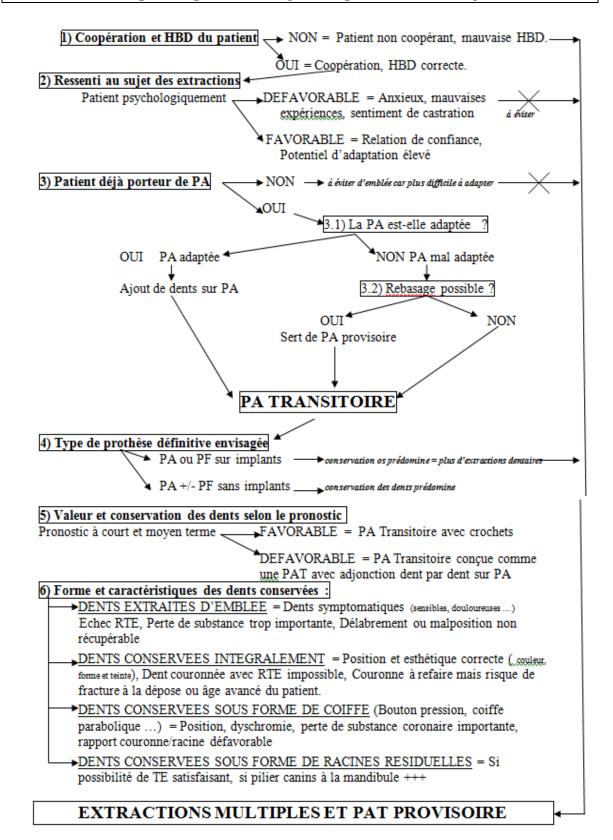
Les thérapeutiques prothétiques dépendent de nombreux facteurs pour réussir et dans de nombreux cas, la prothèse transitoire est une des clés de leur succès.

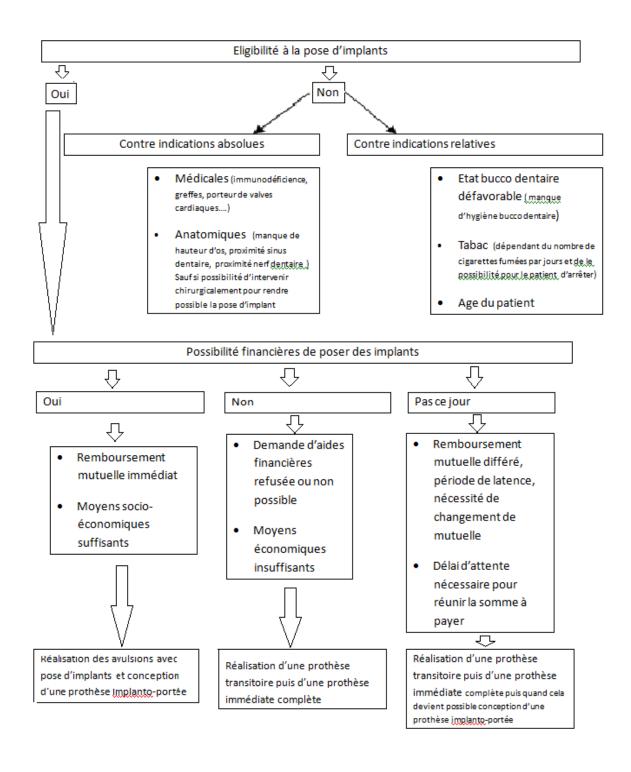
Afin de conclure cette thèse, il a été proposé d'établir de façon simplifié et non exhaustive deux arbres décisionnels.

Le premier est un arbre décisionnel sur la conduite à tenir pour la prise en charge d'un patient édenté de grande étendue.

Le deuxième arbre quant à lui permet de s'interroger sur la possibilité pour le patient d'avoir recours à l'implantologie pour traiter son édentement.

Conduite à tenir pour la prise en charge d'un patient édenté de grande étendue





Tables des figures, illustrations et tableaux

Figure 1 : Photo du Dr Le Bars

Figure 2 : Dessin de C. LIOTTIER

Figure 3.a, 3.b et 3.c : schéma de C. LIOTTIER

Figure 4 : Photo de C.LIOTTIER

Figure 5.1 : Photo de C.LIOTTIER et Figure 5.2 : agrandissement de la photo de C.LIOTTIER

Figure 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 et 18 : Cas et photographies de C.LIOTTIER

Figure 17 et 18 : Tableau et dessins réalisés par C.LIOTTIER d'après le livre de J.LEJOYEUX

Prothèse complète. Tome 1. 3ème édition. Examen clinique, traitement préprothétique, matériaux et techniques d'empreinte. Maloine, s.a. éditeur, 1985

Figure 19 : Tableau réalisé par C.LIOTTIER d'après le livre de JM.RIGNON-BRET et C.RIGNON-BRET, Prothèse immédiate d'usage.

In : Prothèse amovible complète, prothèse immédiate, prothèse supra-radiculaire et implantaire.Rueil-Malmaison : Cdp, 2002 :135-166.

Figure 20 : Tableau inspiré de House et Lejoyeux , réalisé par C.Liottier

Figure 21 : Schéma d'après l'oeuvre d'ATWOOD, D.A. Reduction of residual ridges: A major disease entity. Prosthet. Dent 1971 ; 26 :266-279

Figure 22 et 23 : Dessins de POSTAIRE M, issus de l'œuvre de prothèse amovible implanto-retenue. Le premier choix du traitement de l'édenté mandibulaire. Réalités Cliniques 2013, vol 24, 1 : 47-56

BIBLIOGRAPHIE

1. ABDELKOUI.A, FAJRI.L, BENAMAR.A, ABDEDINE.A.

La prothèse complète immédiate d'usage : Réalisation temps par temps.

Clinic 2013; 34:87-96.

2. ANDERSON J-N, STORER R.

Immediate and replacement dentures 3rd ed.

Oxford, Blackwell: 1981.

3. ARAT BILHAN S, BILHAN H et coll.

The influence of the attachment type and implant number supporting mandibular. overdentures on stress distribution: an in vitro study, part I.

Implant Dent. 2013; 22(1):39-48.

4. ATWOOD, D.A.

Reduction of residual ridges: A major disease entity.

J Prosthet Dent 1971; 26:266-279.

5. **BEGIN M ET MOLLOT P.**

Prothèses temporaires en prothèse adjointe.

Real Clin 1994;5(1):75-90.

6. BERTERETCHE MV.

Visage, esthétique et symétrie.

Cah Prothèse 1996;93:17-24.

7. BERTERETCHE MV, HUE O.

La prothèse complète immédiate : une entité, mais différentes approches.

Cah Prothèse 1998;104:89-101.

8. BERTERETCHE MV, HUE O.

Prothèse complète immédiate.

Encycl Méd Chir, Paris, Odontologie, 23-235-K-10, 2005.

9. BERTERETCHE MV, PENNEQUIN G.

Prothèse immediate : esthétique et montage antérieur.

Rev Odontostomatol (Paris) 1999;28:105-11.

10. BERTRAND C, DUPUIS V, LAFITTE T.

Retrouver le sourire en prothèse totale : la prothèse sans y penser.

Cah Prothèse, 1996; 93: 59-69.

11. BODARD A.G, GOURMET R, LUCAS R., BONNET E. et BRETON P.

Dental implants in radiated areas: a series of 33 patients.

Rev Stomatol Chir Maxillofac, 2006; 107(3):137-142.

12. BOUMA J, WESTER G, SHAUB RM, VAN DE POEL F.

Decision Processes preceding full mouth extraction.

Community Dent Oral Epidemiol, 1987; 15:268-272.

13. BRAUD A., CAYRL C., ESCURE S.

Impact de l'insertion d'une PAP sur la qualité de vie orale : étude à court terme.

Stratégie Prothétique, 2012;12(5):375.

14. BUDTZ- JORGENSEN N, CLAVEL R.

La prothèse totale. Théorie, pratique et aspects médicaux.

Paris: Masson, 1995.

15. BUFFLIER I.

Implants dentaires: quel remboursement attendre?

Le Figaro.fr, le 17/11/2012.

http://www.lefigaro.fr/assurance/2012/11/19/05005-20121119 ARTFIG00636-implants-dentaires-quel-remboursement-attendre.php

16. BURUS D.R, WARDJ E.

A review of attachments for removable partial denture design.

Part 1: Classification and selection.

Int J Prosthodont, 1990;3,98-102.

17. BURUS D.R, WARDJ E.

A review of attachments for removable partial denture design.

Part 2: Treatment planning and attachment selection.

Int J Prosthodont, 1990;3,169-174.

18. CARLSSON GE, THILANDER H, HEDEGARD B.

Histologic changes in upper alveolar process after extractions with or without of an immediate full denture.

Acta Odontol Scand, 1967;25: 21-43.

19. CIANCGLINI R, SGARZINI P et SGARZINI L.

Rôle de la prothèse transitoire dans la réhabilitation cranio-mandibulaire.

Real Clin, 1994;5:63-73.

20. CRISTACHE CM, MUNTIANU LA et coll.

Five-year clinical trial using three attachment systems for implant overdentures.

Clin Oral Implants Res. 2014; 25(2):171-178.

21. **DAAS M.**

La prothèse totale fixée implantoportée. Les différentes options thérapeutiques.

Réal Clin, 2013;24(1): 57-66.

22. DE ALBUQUERQUE JUNIOR RF, LUND JP et coll.

Within-subject comparison of maxillary long bar implant-retained prostheses with and without palatal coverage: patient-based outcomes.

Clin Oral Implants Res. 2000; 11(6):555-65.

23. DELAY J, PICHOT P.

Abrégé de Psychologie, 3ème édition.

Paris , Masson, 1990.

24. DOLAN TA, GILBT GH et DUNCAN RP.

Risk indicators of edentulism, partial tooth loss and prosthetic status among black and white middle-aged and older adults.

Community Dent Oral Epidemiol 2001;29(5):329-340.

25. DOMINGO KB, BURGESS JO et coll.

Strength comparison of four techniques to secure implant attachment housings to complete dentures. J Prosthet Dent. 2013;110(1):8-13.

26. DUELLO GEORGE V.

An evidence based protocol for immediate rehabilitation of the edentulous patient.

J Evid Base Dent Pract 2012; S1:[172-181]

27. DUPEYRAT G.

Le sourire : un art de vivre.

Paris: Ellipses, 2001.

28. FEINE JS, CARLSSON GE et coll.

The McGill consensus statement on overdentures. Mandibular two-implant overdentures as first choice standard of care for edentulous patients.

Gerodontology, 2002;19(1):3-4.

29. FENTON AH.

The decade of overdentures: 1970-1980.

J Prosthet Dent, 1998; 79:31-36.

30. FELTON DA.

Edentulism and comorbid factors.

Tex Dent J 2010; 127(4):389-401.

31. FISKE J, DAVIS DM, FRANCES C, GELBIER S.

The emotional effects of tooth loss in edentulous people.

Br Dent J, 1998; 184:90-93.

32. FLEURY J, FERREY G.

Problèmes stomatologiques courants chez la personne âgée.

Encycl Méd Chir (Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 3-1130, 1998.

33. FROMENTIN O, LASSAUZAY C, ABI NADER S et COLL.

Testing the retention of attachments for implant overdentures – validation of an original force measurement system.

J Oral Réhabil. 2010; 37(1):54-62.

34. GIBERT Y, SOULET H et BLANDIN M.

Incidences psychologiques de l'édentement total.

Encycl Méd Chir (Paris), Odontologie, 23325 B08, 1987, 4.

35. GRAHAM R, MIHAYLOV S, JEPSON N, ALLEN P.F ET BOND S.

Determining 'need' for a removable partial denture: a qualitative study of factors that influence dentist provision and patient use.

Br Dent J,2006;200(3):155-158.

36. HEARTWELL CM, SALISBURY FW.

Immediate complte denture: an evaluation.

J Prosthet Dent, 1965; 15:615-24.

37. HUE O et BERTERETCHE M-V.

Prothèse complète. Réalités Cliniques. Solutions thérapeutiques

Paris: Quintessence International, 2003.

38. HOWARD PAYNE S.

A transitional denture.

J Prosthet Dent, 1964;14(2):221-230.

39. JAUDOIN P. BOTTA JM et SCHOENDORFF R.

Conséquences psychologiques de l'édentation totale.

Encycl Méd Chir (Paris), Odontologie, 23325 B08, 1996.

40. JAUDOUIN P, COUTAREL-FOND C, MILLET C.

Aspects psychologiques de l'édentation totale.

Encycl Méd Chir (Paris), Odontologie 23-325-B-08, 2007. Médecine buccale, 28-810-V-10, 2008.

41. JONKMAN R, VAN WAAS MA, KALK W.

Satisfaction with complete immediate dentures and complete immediate overdentures.

J Oral Rehabil, 1995; 22:791-6.

42. KAOHSIUNG.

Method of retention control for compromised periodontal bone support abutment of conical crown retained denture.

J Med Sci Aug, 2010; 26(8):435-443.

43. **KATZ RV.**

Assessing root caries in populations: the evolution of the root caries index.

J Public Health Dent 1980; 40:7-16.

44. KENT GC, BLINKORN AS.

The psychology of dental care, 2nd ed.

Oxford: Wright, 1991.

45. KHALID SHAH F, GEBREEL A, ELSHOKOUKI A et coll.

Comparison of immediate complete denture, tooth and implant-supported overdenture on vertical dimension and muscle activity.

J Adv Prosthodont 2012; 4:61-71.

46. KNEZOVIC-ZLATARIC D, CELEBIC A.

Comparison of mandibular bone density and radiomorphometric indices in wearers of complete or removable partial dentures.

Oral Radiol 2005; 21:51-55.

47. KOBAYASHI M, SRINIVASAN M et coll.

Effects of in vitro cyclic dislodging on retentive force and removal torque of three overdenture attachment systems.

Clin Oral Implants Res. 2014; 25(4):426-34.

48. **KROL DM.**

Dental caries, oral health, and pediatricians.

Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2003; 33:253-70.

49. LASAUZAY C, VEYRUNE JL, LESCHER J.

La préparation des surfaces d'appui : rôles de la prothèse complète amovible transitoire. Cah Prothèse, 1998; 104:79-88.

50. LE BARS P, AMOURICO Y, BODIC F et GUIMELLI B.

Réactions tissulaires au port des appareils de prothèse dentaire amovible partielle ou totale. Encycl Méd Chir (Paris), Odontologie, 23-325-P-10, 2002,10.

51. LECLERCQ P, DOHAN S.L, DOHAN D.M

Implantologie axiale : procédures chirurgicales et stratégies prothétiques

Encycl Méd Chir (Paris), Odontologie, 23-330-A-16, 2008, Médecine buccale, 28-820-G-10, 2008.

52. LEJOYEUX J.

Psychologie du sourire.

Quest Odontostomatol 1983; 8:169-176.

53. LEJOYEUX J.

Prothèse complète. Tome 1. 3è ed. Examen clinique, traitement préprothétique, matériaux et techniques d'empreinte.

Paris: Maloine, 1985.

54. LEJOYEUX J.

Prothèse complète. Tome 3. 3ème édition. Traitement (2ème partie).

Paris: Maloine, 1978.

55. LEJOYEUX J ET LEJOYEUX R.

Mise en condition tissulaire dans le traitement d'une édentation totale mandibulaire.

Actual Odontostomatol (Paris) 1992; 177:69-81.

56. LEJOYEUX R.

Prothèse immédiate définitive évolutive.

Clin Odontol 1990; 11:257-266.

57. LIEDBERG B, SPIECHIWICZ E et OWALL B.

Mastication with and without removable partial dentures : an intraindividual study Dysphagia 1995; 10:107-112.**bl**

58. LUPI-PEGURIER L, BOURGEOIS L, MULLER-BOLLA M.

Epidémiologie de la carie.

Encycl Méd Chir (Paris), Médecine buccale, 28-260-D-10, 2009.

59. **MAIER B.**

La prothèse complete implanto-retenue.

Stratégie Prothétique 2013; 13:17-26.

60. MALO P, DE ARAUJO NOBRE M et coll.

A longitudinal study of the survival of All-on-4 implants in the mandible with up two years of follow-up.

J Am Dent Assoc 2011; 142:310-320.

61. MARCUS SE, KASTE LM et BROWN LJ.

Prevalence and demographic correlates of tooth loss among the elderly in the United States. Spec Care Dent 1994;14(3):123-127.

62. MERICSKE-STERN R, STEINLIN SCAFFNER T, MARTI P, GEERING AH.

Peri-implant mucosal aspects of ITI implants supporting overdentures. A five-year longitudinal study. Clin Oral Implants Res 1994; 5:9-18.

63. MORAIS JA, HEYDECKE G, PAWLIUK J, LUND JP et FEINE JS.

The effects of mandibular two-implant overdentures on nutrition in elderly edentulous individuals. J Dent Res,2003; 82:53-8.

64. MORGON L, BERY A.

Examen de la denture

Encycl Méd Chir (Paris), Odontologie/Orthopédie dentofaciale, 23-460-D-10, 2005, Médecine buccale, 28-235-M-10, 2008.

65. MOULIN P, DOUKHAN JY et KLEINFINGER S.

Les étapes préprothétiques.

Réal Clin, 1995; 6:411-421.

66. NODENRAM G, DAVIDSON T, GYNTHER G, HELGESSON G, HULTIN M, JEMT T, LEKHOLM U, NILNER K et coll.

Qualitative studies of patients' perceptions of loss of teeth, the edentulous state and prosthetic rehabilitation: a systematic review with meta-synthesis.

Acta Odontol Scand, 2012, 4:12-15.

67. NUWULA S, MOHAPATRA A, KIRANMAYI M, REKHALAKSHMI K.

Anterior fixed interim prosthesis with natural tooth crown as pontic subsequent to replantation failure. J Conserv Dent, 2011; 14(4): 432-435.

68. PAREL S et PHILLIPS W.

A risk assessment treatment planning protocol for the four implant immediately loaded maxilla : preliminary findings

J Prosthet Dent, 2011; 106:(6):359-366.

69. PESCI-BARDON C, PRECHEUR I.

Conduites addictives : tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé buccodentaire.

Encycl Méd Chir (Paris), Médecine buccale, 28-915-M-10, 2010.

70. PHOENIX RD, FLEIGEL JD.

Cast modification for immediate complete dentures: traditionnal and contempory considerations with an introduction of spatial modeling

J Prosthet Dent 2008; 100:399-405.

71. PONSEKAR A, PRADEEP K, MURUGESAN K, VASANTHAKUMAR M.

Telescopic overdenture supported by a combination of tooth and an implant : a clinical report. J Indian Prosthodont Soc,2010;10(4):230–233.

72. POMPIGNOLI M, POSTAIRE M.

Les dernières dents. Garder ou extraire. Solutions Cliniques.

Ed informations dentaires, Paris, 2011.

73. POMPIGNOLI M.

La prothèse de transition en prothèse amovible complète.

Cah Prothèse 1998; 104:64-77.

74. POMPIGNOLI M.

Le projet prothétique préalable à la prothèse implantaire.

Réal Clin,2013;24(1):5-16.

75. POSTAIRE M.

Prothèse amovible implanto-retenue. Le premier choix du traitement de l'édenté mandibulaire. Réal Clin,2013; 24(1):47-56.

76. PRAMOD KUMAR A.V, VINNI T.K, MEHUL R. MAHESH.

Full mouth rehabilitation with maxillary tooth supported and mandibular tooth and implant supported combination prostheses: a 4-year case report.

J Indian Prosthodont Soc, 2012; 12(2):113-119.

77. RAO S, CHOWDHARY R, MAHOORKAR S.

A systematic Review of impression technique for conventional complete denture. J Indian Prosthodont Soc, 2010; 10(2):105-111.

78. RENNER RP.

Complete denture: a guide for a patient treatement.

New York, Masson, 1981.

79. REVOL P, DEVOIZE L, DESCHAUMES C, BARTHELEMY I, BAUDET-POMMEL M, MONDIE J.-M

Stomatologie gériatrique.

Encycl Méd Chir (Paris), Stomatologie, 22-052-A-10, 2006, Médecine buccale, 28-870-B-10, 2008.

80. RIBEIRO DG, JORGE JH, VARJAO FM, PAVARINA AC, GARCIA PP.

Evaluation of partially dentate patients' knowledge about caries and periodontal disease. Gerodontology 2012; 29(2):253-8

81. RIGNON-BRET C.

Attachements et prothèses complètes-radiculaire et supra-implantaire. Collection Guide clinique. Rueil Malmaison : Cdp, 2008.

82. RIGNON-BRET JM, RIGNON-BRET C.

La détermination du rapport intermaxillaire en prothèse complète immédiate (1^{ère} partie). Cas d'une arcade antagoniste entièrement dentée.

Inf Dent 1989; 31:2703-2714.

83. RIGNON-BRET JM, RIGNON-BRET C.

La détermination du rapport intermaxillaire en prothèse complète immédiate (2ème partie). Inf Dent 1989; 36 :3367-3378.

84. RIGNON-BRET JM, MARTINEAU C.

Prothèse complète immédiate. La rectification du modèle, l'étape chirurgicale et la pose de la prothèse.

Inf Dent 1990; 7:489-497.

85. RIGNON-BRET JM, RIGNON-BRET C.

Traitement d'un cas de dysharmonie occlusale par prothèses immediates amovibles. Alternatives 1999; 3:9-17.

86. RIGNON-BRET JM, RIGNON-BRET C.

Prothèse immédiate d'usage.

In : Prothèse amovible complète, prothèse immédiate, prothèse supra-radiculaire et implantaire.

Rueil-Malmaison : Cdp, 2002 : 135-166.

87. SCHITTLY J.

Rôle et conception des prothèses partielles amovibles transitoires.

Cah Prothèse 1998; 104:14.

88. SCHWARTZ IS, MORROW RM.

Overdentures. Principles and procedures.

Dent Clin North Am, 1996; 40:169-194.

89. SHELLEY AM, GLENNY AM et coll.

Conventional radiography and cross-sectional imaging when planning dental implants in the anterior edentulous mandible to support an overdenture: a systematic review.

Dentomaxillofac Radiol. 2014; 43(2):20130321.

90. SLOT W, RAGHOEBAR GM et coll.

A comparison between 4 and 6 implants in the maxillary posterior region to support an overdenture; 1-year results from a randomized controlled trial.

Clin Oral Implants Res. 2014; 25(5):560-6.

91. **SMITH RA.**

Immediate complete dentures – a starting point.

J Am Dent Assoc 1973; 87:641-645.

92. SOULET H, GILBERT Y et BLANDIN M.

Prothèse complète monomaxillaire et occlusion.

Quest Odontostomatol 1984;9:9-18.

93. STEPHAN G, LABORDE G.

Alternative à la prothèse complète immédiate transitoire.

Stratégie Prothétique, 2002; (4):297-304.

94. STOKER GT, WISMEIJER D et VAN WAAS MA.

An eight-year follow-up to a randomized clinical trial of aftercare and cost-analysis with three types of mandibular implant-retained overdentures.

J Dent Res. 2007; 86(3):276-280.

95. SUZUKI Y, OHKUBO C et KURTZ KS.

Clinical application of stress-breaking ball attachment for implant overdenture.

J Prosthodont Res. 2013; 57(2):140-4.

96. TANASIC I, MILLIC-LEMIC A, TIHACEK-SOJIC L et coll.

Analysis of the compressive strain below the removable and fixed prosthesis in the posterior mandible using a digital image correlation method.

Biomech Model Mechanobiol 2012; 11:751-758.

97. TARDIF A, MISINO J, PERON J-M.

Traumatismes dentaires et alvéolaires.

Encycl Méd Chir (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-067-A-05, 2004, Médecine buccale, 28-500-G-10, 2008.

98. TOUZI S, CAVELIER S, CHANTEREAU C, TAVERNIER B.

Vieillissement des structures dentaires et péridentaires.

Encycl Méd Chir (Paris), Médecine buccale, 28-105-M-10, 2011.

99. VACHER C.

Anatomie du viellissement craniofacial.

Encycl. Méd. Chir (Paris), Stomatologie, 22-052-A-05, 2011.

100. VAN WAAS MA, JONKMAN RE, KALK W et coll.

Differences two years after tooth extraction in mandibular bone reduction in patients treated with immediate overdentures or with immediate complete dentures.

J Dent Res, 1993; 72:1001-4.

Les prothèses transitoires et complètes immédiates amovibles sont toujours d'actualité. L'épidémiologie et les étiologies des édentements nous montrent la nécessité de maîtriser ces différentes thérapeutiques prothétiques. Pour cela il semble intéressant de proposer des plans de traitement qui tiennent compte des aspects psychologiques techniques et physiologiques de la prise en charge du patient édenté. Plusieurs situations peuvent se présenter, et c'est ce que nous avons essayé de synthétiser, que ce soit la prothèse transitoire sur overdentures, la prothèse transitoire avant ou comme alternative à une prothèse supra-implantaire. Nous étudierons aussi les différents types de patients qu'il est possible de rencontrer et la relation patient praticien qui en découle, deux facteurs influençant la prise de décision thérapeutique. Nous verrons également les nombreux intérêts de la prothèse transitoire, notamment sur un plan psychologique, mais aussi en tant que moyen de prévention pour lutter contre la résorption osseuse ou encore comme traitement provisoire avant la prothèse complète. Enfin nous proposerons un arbre décisionnel afin d'orienter en fonction des différentes situations, la thérapeutique à mettre en œuvre.

MOTS CLES:

Prothèse transitoire, traitement, implant, thérapeutique

LIOTTIER CLEMENCE
76 BOULEVARD JOLIOT CURIE
44200 NANTES
C.LIOTTIER@HOTMAIL.FR