

**UNIVERSITÉ DE FERHAT ABBAS
SÉTIF
DÉPARTEMENT DE MÉDECINE DENTAIRE
MODULE DE PROTHÈSE**

La prothèse immédiate

Cours de 3ème année

Enseignant : Dr. M. AMRANE, Maître Assistant en prothèse

Année Universitaire 2019 - 2020

PLAN :

Introduction

1- Définition

2- Objectifs

3- Indications

4- Contre-indications

5- Réalisation proprement dite de la prothèse immédiate

5-1- Conservation des documents pré-extractionnels

5-2- Examen clinique préprothétique

5-3- Empreinte d'étude

5-4- Extraction des dents postérieures

5-5- Empreintes préliminaires

5-6- Empreintes secondaires

5-7- Localisation et transfert de l'axe charnière

5-8- Détermination et transfert de la relation intermaxillaire

5-9- Choix et montage des dents postérieures

5-10- Essai fonctionnel

5-11- Construction de la prothèse immédiate au laboratoire

5-12- L'extraction des dents restantes et livraison de la prothèse

5-13- Soins post opératoires et corrections

Conclusion

La prothèse immédiate

Introduction :

La prise d'empreinte secondaire nécessite l'application d'une pression homogène, répartie sur l'ensemble de la surface d'appui. Elle est réalisée en plusieurs étapes, avec plusieurs matériaux.

1. Définition :

La prothèse immédiate est une prothèse conçue avant l'extraction des dents restantes et insérée instantanément après leur avulsion.

2. Objectifs :

Ces objectifs sont :

- Procéder au remplacement sans transition des organes dentaires supprimés lorsque ceux-ci ne peuvent être conservés.
- Préserver l'aspect esthétique de notre patient.
- Conserver la dimension verticale primitive.
- Ne pas altérer la phonation.
- Améliorer le processus de cicatrisation et d'ostéogénèse.
- Assurer une organisation rationnelle des trabécules osseuses.
- Conserver l'intégrité actuelle des structures anatomo-physiologiques (musculaires et articulaires).
- Reproduction contrôlable parfaite de la denture naturelle supprimée.
- Minimiser le traumatisme psychique du passage de l'édentation partielle à l'édentation totale.

3. Indications :

Les différents facteurs pouvant nous conduire à indiquer la prothèse immédiate sont les suivants :

- La position sociale : un artiste, un homme d'affaires ou un homme d'état.
- La vie affective : la période d'édentation totale imposée pour la cicatrisation et la construction d'une prothèse classique est difficile à accepter pour certains patients.
- L'âge : plus un patient est jeune, plus son désir de paraître est intense et plus ce type de restauration s'impose.
- Les circonstances particulières : exemple : un mariage.

4. Contre-indications :

- La santé défaillante : une affection cardiaque ou sanguine, le diabète, la sénilité, les patients irradiés sont souvent des obstacles qu'il convient d'évaluer, il faut avoir l'accord du médecin traitant.
- L'état local : la présence de foyers infectieux locaux décelés radiologiquement.
- Une situation de fortune modeste : les frais supplémentaires qu'une telle technique implique sont souvent au-dessus des possibilités financières du patient.
- L'état psychique : la sensibilité extrême, jointe à un état d'esprit particulier du sujet, le rendant incapable d'apprécier d'emblée cette méthode.

5. Réalisation proprement dite de la prothèse immédiate :

5.1. Conservation des documents pré-extractionnels :

C'est, de toutes les étapes, celle à laquelle il convient de porter le plus d'attention et de soin. Les éléments pré-extractionnels essentiels à consigner dans notre examen préprothétique sont les suivants :

5.1.1. L'orientation du plan d'occlusion existant :

L'efficacité de la mastication est liée au niveau du plan d'occlusion. Afin que les aliments puissent être maintenus près de la surface occlusale et contrôlés constamment par tous les organes périphériques qui interviennent au cours de la trituration.

Il est indispensable de noter et de conserver la situation du plan d'occlusion en relation harmonieuse avec la position d'équilibre de la langue et de la convexité des fibres horizontales du buccinateur.

Dans les cas normaux, le niveau de la surface occlusale doit se trouver légèrement au-dessous du bord marginal de la langue et de la convexité des fibres horizontales du buccinateur.

Dans les cas de rétrognathie, la surface occlusale est située bien au-dessous de ces repères.

Dans les cas de prognathie, elle est placée très légèrement au-dessus.

5.1.2. La relation intermaxillaire :

D.V : représente l'élément extractionnel le plus précieux à enregistrer.

- Profilomètre de SEARS.
- Tatouage de SILVERMAN.
- Téléradiographie.
- Maquette d'occlusion....

R.C : elle détermine avec précision la position de la mandibule dans le plan sagittal. Elle s'effectuera avec les deux bases d'occlusion stabilisées avec une pâte à l'hydroxyde de zinc et munie d'appui central.

5.1.3. Les trajectoires incisives et condyliennes :

Les trajectoires peuvent être enregistrées graphiquement.

Elles le seront aisément avec le bloc de morsure placé entre la cire d'occlusion lorsque le patient place les incisives en bout à bout au terme de la propulsion.

Les trajectoires incisives seront enregistrées au laboratoire avant toute extraction. Les deux modèles sont montés sur un articulateur dont le plateau est réglable. Celui-ci est orienté en tenant compte des trajectoires réelles.

5.1.4. Caractéristiques des dents antérieures :

Ce sont la forme, la dimension, la teinte et la position des dents antérieures qui peuvent être gardés ou améliorés.

5.2. Examen clinique préprothétique :

Il est conduit de la manière classique.

L'ordre des extractions est décidé, les dents postérieures seront supprimées les premiers (quand elles existent). L'empreinte définitive ne sera entreprise que lorsque leurs alvéoles seront comblées. Le pronostic est favorable, défavorable ou réservé selon l'état général, local ou physique.

5.3. Empreinte d'étude :

Un moulage des deux arcades avec toutes les dents extraites doit être pris. Il est destiné à nous renseigner ultérieurement pour le choix et le montage des dents (antérieures et postérieures).

5.4. Extraction des dents postérieures :

Les dents postérieures sont extraites les premières afin d'assurer un temps de cicatrisation plus important.

5.5. Empreintes préliminaires :

Elles ont une importance égale à celle précédant le traitement de l'édentation totale. Elles obéissent aux mêmes principes.

5.6. Empreintes secondaires :

Leurs principes de réalisation sont les mêmes que ceux des empreintes secondaires des édentations partielles distales.

- Construction du P.E.I.
- Remarginage à la pâte de KERR.
- Empreinte de la partie statique de la surface d'appui.

5.7. Localisation et transfert de l'axe charnière :

Un arc facial simplifié du DANTUS ou du WHIP MIX permet de localiser l'axe charnière et la position du modèle supérieur en relation correcte avec le massif facial.

5.8. Détermination et transfert de la relation intermaxillaire :

Tous les éléments pré-extractionnels, anatomiques et physiologiques analysés et recueillis avant la suppression des dernières dents ou d'une butée occlusale vont être repris et utilisés.

5.9. Choix et montage des dents postérieures :

Les dents postérieures sont choisies de telle sorte que leur modelé occlusal soit en harmonie avec les trajectoires condyliennes et incisive et qu'il s'inspire du schéma occlusal naturel conservé par voie de moulage avant l'extraction.

Elles doivent en outre être montées de telle sorte que le maximum de contact soit obtenu en occlusion centrée et au cours des mouvements de latéralité et de propulsion (montage équilibré).

5.10. Essai fonctionnel :

Il sera conduit d'une manière classique.

5.11. Construction de la prothèse immédiate au laboratoire :

Cette étape a pour objet de supprimer les dernières dents présentes sur le modèle, de les remplacer par les dents artificielles et de transformer la maquette ainsi construite en une prothèse complète.

Elle sera réalisée en trois temps successifs :

- Inscription des repères sur les moulages :
 - Ligne médiane.
 - Axe des dents à remplacer.
 - Situation exacte du bord libre.
 - Teinte de chaque dent.
- Suppression des dents existantes sur moulage :
L'incisive centrale droite est supprimée la première. La dent artificielle est rectifiée dans le sens MD et dans toutes ses dimensions jusqu'à ce qu'elle s'intègre harmonieusement aux autres dents. Que son axe coïncide avec l'axe de la dent supprimée, que son bord libre soit situé à la même distance que celle de la dent naturelle. Cette même opération sera reproduite successivement et dans l'ordre pour l'incisive latérale gauche, l'incisive centrale gauche, l'incisive latérale droite, la canine droite et la canine gauche.
- La polymérisation :
Sera conduite d'une manière classique.

5.12. L'extraction des dents restantes et livraison de la prothèse :

Les extractions terminées, le temps de saignement écoulé, la prothèse est immédiatement insérée en bouche et le patient est libéré avec les recommandations suivantes :

- Ne pas retirer la prothèse durant les premières 24h. aucun soulagement durable ne peut être obtenu par cette méthode. La remise en place de la prothèse sera difficile,

voire impossible. Elle sera d'autant plus douloureuse et délicate que l'intervention a été délicate.

- Application locale de glace.
- Absorption d'un sédatif.
- Le régime alimentaire sera fluide et exempt de tout effort de mastication.

5.13. Soins post opératoires et corrections :

- Le lendemain avec beaucoup de précautions la prothèse est retirée et lavée au sérum physiologique.
- L'opérateur procède à une toilette minutieuse des alvéoles en regard d'irritations. Faire des corrections de la prothèse à leur niveau. L'intrados est enduit de « Néomycine à l'hydrocortisone ».
- Le patient est convoqué 24h après les nouvelles corrections s'avèrent nécessaires.

Les visites s'espacent ensuite jusqu'à obtention d'une intégration convenable de la prothèse au sein des autres structures.

Dans certains cas, le patient est insatisfait (présence de douleurs, absence de rétention), le garnissage de l'intrados de la prothèse avec un matériau résineux à empreinte du type Hydrocast suffit à résoudre le problème.

Les corrections des dysharmonies occlusales s'effectuent secondairement (environ deux semaines après) cependant les contacts prématurés importants seront éliminés dès les premiers jours.

N.B. : La prothèse immédiate ne doit pas être considérée comme une prothèse définitive. Il s'agit d'une prothèse de transition.

Conclusion :

La prothèse immédiate constitue un procédé de choix pour réduire au minimum le difficile passage de l'édentation partielle à l'édentation totale. Elle accélère et guide la cicatrisation et permet l'adaptation rapide du patient à sa restauration.