

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

Rebasage en prothèse totale

Cours de 3ème année

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

Année Universitaire 2019 - 2020

PLAN:

Introduction

- 1- Définition
- 2- Les principales indications
- 3- Les contre-indications :
 - 3-1- Considérations générales
 - 3-2- Caractéristiques des prothèses
- 4- Les étapes indispensables à la réalisation effective d'une réelle reconstruction
 - 4-1- Recherche et corrections des facteurs perturbateurs
 - 4-1-1- Les facteurs généraux
 - 4-1-2- Les facteurs locaux
 - 4-2- La mise en condition des éléments anatomiques et physiologiques perturbés
 - 4-3- Empreinte de réadaptation
 - 4-3-1- Empreinte utilisant les matériaux résineux à empreinte
 - 4-3-2- Empreinte analytique de réadaptation anatomo-fonctionnelle
 - 4-4- Reconstruction de la base au laboratoire
 - 4-4-1- Technique indirecte
 - 4-4-2- Technique directe
 - 4-4-3- Réadaptation partielle avec des résines autopolymérisables

Conclusion

Rebasage (réfection des bases) en prothèse totale

Introduction :

La perte des qualités initiales des prothèses nécessite des réfections périodiques. Par ailleurs, un incident ou une erreur dans l'élaboration de la prothèse peut amener une défaillance au niveau de sa base, alors que les paramètres liés aux dents sont satisfaisants. Et on peut, grâce à un rebasage, tenter de sauver cette réalisation.

1. Définition :

Le terme rebasage est un « anglicisme » adopté par l'ensemble de la profession pour des raisons de commodité.

Il signifie : « le renouvellement total de la base, en vue de sa meilleure adaptation à tous les tissus qui entrent en contact avec elle ».

Il convient de distinguer le rebasage ou bien la réfection totale d'une base, du remarginage des bords de la prothèse et de la réfection partielle de son intrados, qui sont des techniques de secours devant être reprises ultérieurement.

2. Les principales indications :

- Améliorer la valeur mécanique et fonctionnelle de la base d'une prothèse insérée depuis peu, donnant toute satisfaction au point de vue esthétique, mais dont l'adaptation existant au départ a complètement disparu. Cette indication est la plus fréquente, elle s'impose dans l'un des 02 cas suivants :
 - Réadaptation d'une prothèse immédiate : La prothèse d'usage réalisé d'emblée et posée le jour des extractions nécessite souvent un rebasage après quatre (4) mois environ. Les qualités mécaniques (Rétention, Stabilisation et Sustentation) ne sont plus aussi satisfaisantes que les premiers jours.
 - Existence d'états pathologiques à caractère évolutif : Le diabète, l'arthritisme, les maladies de Paget, l'ostéomalacie, l'ostéoporose, les troubles endocriniens, les avitaminoses et surtout la sénilité, se traduisent en général au niveau des

arcades édentées, par une prédisposition à la résorption osseuse et à l'involution tissulaire.

- Participer à toute technique d'empreinte analytique ayant pour vocation d'améliorer l'esthétique et la phonation.
- Rendre plus stable et plus confortable une prothèse très ancienne, appartenant à un patient trop âgé, infirme, atteint de surdité, ou jugé inapte à tout nouvel appareillage.
- Rétablir une dimension verticale correcte de l'étage inférieur du visage.
- Corriger une relation intermaxillaire erronée. Cet aspect inattendu du rebasage mérite d'être souligné et retenu.
- Modifier le niveau de plan d'occlusion. Une correction pourra être obtenue au moment où la base sera reconstruite.
- Constituer une des séquences de la mise en condition des éléments anatomiques et physiologiques perturbés. Elle devient elle-même une prothèse thérapeutique évolutive (résine retard).

3. Les contre-indications :

3.1. Considérations générales :

Sur le plan déontologique, il est dangereux de modifier sans être sûr d'un résultat satisfaisant, une prothèse réalisée par un confrère.

3.2. Caractéristiques des prothèses :

3.2.1. L'esthétique :

Si l'esthétique n'est pas satisfaisant ou s'il y a une forte usure des dents antérieures, on ne peut avoir recours à un rebasage.

3.2.2.  tat des dents postérieures :

L'abrasion des dents en résine ou les fractures des dents en porcelaine, est une contre-indication d'un rebasage, car l'efficacité masticatoire est compromise.

3.2.3. Position des dents :

Les dents ne doivent pas se trouver en dehors du couloir prothétique (elles doivent être sur crête et n'empiètent pas sur les organes paraproth tiques). Les courbes de Spee et de Wilson doivent être respectées.

3.2.4. La D.V.O. :

Quand la D.V.O. est augmentée, on ne peut pas procéder à un rebasage, car le matériau rajouté ne fait que l'augmenter d'avantage. Aussi une D.V.O. trop basse contre-indique le rebasage.

3.2.5. La relation interarcade :

Si le rapport interarcade est trop décalé, le rebasage est contre-indiqué.

3.2.6. Le plan d'occlusion :

En aucun cas un rebasage ne doit modifier l'orientation d'un plan d'occlusion.

3.2.7. Critères liés aux tissus de soutien :

Toute blessure au niveau des surfaces d'appui doit être guérie avant d'envisager un rebasage.

4. Les étapes indispensables à la réalisation effective d'une réelle reconstruction :

Dans l'ordre dans lequel elles se présentent à l'opérateur et dans lequel elles seront étudiées, ce sont successivement :

- La recherche et la correction des facteurs ayant provoqué la disparition progressive de la bonne adaptation primitive.
- La mise en condition des éléments anatomiques et physiologiques perturbés.
- La réalisation de l'empreinte de réadaptation.
- La reconstruction de la base au laboratoire.

4.1. Recherche et corrections des facteurs perturbateurs :

Ces facteurs sont nombreux. Ils conviendront de noter plus particulièrement :

4.1.1. Les facteurs généraux :

Tous les états pathologiques ayant une incidence sur le métabolisme du calcium, toutes les altérations d'origine psychosomatique, toute perturbation de l'équilibre phosphocalcique vasculaire ou nerveux entraînant une disparition de la bonne adaptation de la prothèse aux tissus qui entrent en contact avec elles.

4.1.2. Les facteurs locaux :

Prothèse issue d'une empreinte ayant comprimé toute ou une partie de la surface d'appui peut être à l'origine de la perte de rétention et de sustentation. Une prothèse caractérisée par des sur-extensions importantes ou inversement une prothèse dont les bords sont distants de la ligne de réflexion de la muqueuse ne peuvent prétendre offrir les qualités mécaniques requises.

L'enregistrement erroné de la relation intermaxillaire à lui seul provoque une disparition rapide de la bonne adaptation des premiers jours.

Ces facteurs erronés locaux et régionaux seront corrigés par la mise en condition.

4.2. La mise en condition des éléments anatomiques et physiologiques perturbés :

Il est à rappeler que la mise en condition est constituée par l'ensemble des préparations et thérapeutiques destinées à placer le patient dans les conditions physiques et psychiques idéales pour une adaptation rapide à sa restauration prothétique.

4.3. Empreinte de réadaptation :

Elle est destinée à mouler les tissus sous-jacents à une prothèse existante, en vue d'en améliorer ses qualités d'adhésion.

4.3.1. Empreinte utilisant les matériaux résineux à empreinte :

Elle s'inspire particulièrement de la technique décrite par «Chase». Cet auteur définit sa technique comme étant une empreinte dynamique réalisée en deux temps :

- Un premier temps consacré à la mise en condition tissulaire.

- Un deuxième temps destiné à mouler les tissus de la surface d'appui sous les pressions des efforts de la mastication et de la déglutition avec enregistrement simultané de tous les organes para-prothétique (joint périphérique à reproduire).

4.3.2. Empreinte analytique de réadaptation anatomo-fonctionnelle :

Elle consiste en la prise d'empreinte sous pression occlusale après avoir supprimé le rapport pré-existant, un articulé de Tech servira à une empreinte avec des rapports intermaxillaires corrects.

4.4. Reconstruction de la base au laboratoire :

4.4.1. Technique indirecte :

Elle est indiquée lorsque la relation interarcade doit être corrigée.

- Les deux empreintes sont coulées, un coffrage soigneux assure la protection des bords de l'empreinte.
- Un articulateur physiologique simplifié est utilisé pour placer les deux arcades dans la position symétrique correspondante à celle qu'elles occupaient en bouche.
- Retirer la prothèse inférieure de son modèle, le matériau à empreinte qui garnissait son intrados est éliminé.
- La totalité de la base est progressivement supprimée, il ne reste alors que l'arcade dentaire réduite à sa plus simple expression.
- Le modèle inférieur est huilé.
- Une cire est coulée, et la base en cire est modelée. L'arcade inférieure est réadaptée de telle sorte qu'elle articule correctement avec l'arcade supérieure.
- La finition de la cire est réalisée avec beaucoup de soin.
- Les mêmes opérations sont effectuées pour la prothèse supérieure.
- La mise en moufle, la polymérisation, le démouflage, le grattage et le polissage sont traités de façon habituelle.
- La prothèse est remise sur articulateur et un meulage sélectif est méthodiquement conduit.

Ainsi reconstruite, la prothèse est livrée au praticien ; celui-ci s'assure de l'exactitude des rapports interarcades en occlusion centrée, et le glissement harmonieux entre tous les versants cuspidiens. Il examine soigneusement l'orientation des surfaces polies, l'absence de rugosités ou de bulles au niveau de l'intrados, et enfin la fidélité dans la reproduction des bords qu'il a si patiemment moulé.

4.4.2. Technique directe :

Elle est indiquée lorsqu'aucune dysharmonie occlusale n'existe et qu'aucune correction de l'articulé n'est nécessaire ni envisagée. Les silicones permettent la réalisation d'une réfection totale, sans mise en articulateur.

- L'empreinte de réadaptation terminée, le coffrage est obtenu d'une façon classique.
- La mise en moufle intervient sans aucune transition.
- La prothèse encore sur son modèle est déposée au centre de la partie du moufle de telle sorte que les dents soient verticales et se trouvent au moins à 10 mm du couvercle de la contre-partie.
- Le silicone est déposé autour de l'arcade dentaire et des fils de rétention sont fixés à sa périphérie (pour adhérer au plâtre).
- La contre-partie est placée, le remplissage avec du plâtre s'effectue sur le vibreur.
- Après cristallisation, les deux parties sont séparées.
- Après immersion de la première partie du moufle dans l'eau chaude, la prothèse est retirée de son modèle.
- Elle est trempée dans de l'huile chaude afin de la ramollir et de pouvoir en extraire les dents sans aucune fracture.
- Les dents récupérées sont replacées dans la contre-partie dans le logement qu'elles occupaient.
- Bourrage et polymérisation.

4.4.3. Réadaptation partielle avec des résines autopolymérisables :

La réfection partielle d'une prothèse consiste en la réadaptation superficielle de son intrados et de ses bords. Elle peut

s'effectuer soit directement en bouche mais les inconvénients majeurs de cette technique sont la réaction exothermique et son goût, soit d'une façon indirecte au laboratoire. Elle est indiquée en cas de :

- Temps limité laissé au technicien pour effectuer les manipulations de laboratoire.
- Situation sociale du patient.

Après coffrage de l'empreinte et cristallisation du plâtre, la prothèse est séparée de son modèle ; ce dernier est verni soigneusement.

Toute trace de matériau à empreinte est éliminée de la prothèse.

La résine autopolymérisable est préparée en une consistance fluide; elle est étalée sur la totalité de l'intrados et des bords ; la prothèse est appliquée contre son modèle jusqu'à l'obtention du contact avec les butées prévues à cet effet. L'ensemble est déposé au fond d'un autocuiseur (du type hydroflask) jusqu'à sa limite supérieure. Une pression de 2 à 3 kg/cm² est exercée ; 4 ou 5 minutes à 40°C suffisent pour assurer la polymérisation et l'union intime entre la nouvelle résine et celle de la base.

Conclusion :

Le rebasage cherche à conserver tout ce qu'il y a de bon dans une prothèse existante, tout ce à quoi le patient est habitué.

Toutefois, la facilité de cette technique n'est qu'apparente, et de fréquents échecs sanctionnent des indications hasardeuses.