UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE
24 Avenue des Diables Bleus, 06357 Nice Cedex 04

GESTION DU PASSAGE A L'EDENTEMENT TOTAL : LA PROTHESE AMOVIBLE COMPLETE IMMEDIATE

(A PROPOS DE DEUX CAS CLINIQUES)

Année 2015 Thèse n°42-57-15-19

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant
la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice
Le *jeudi 16 Juillet* Par

Madame Cécilia RICHARD
Née le 16 avril 1989 à Nice
Pour obtenir le grade de :

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE
(Diplôme d'État)

Examinateurs :		
Monsieur le Professeur	Etienne MEDIONI	Président du jury
Madame le Docteur	Valérie POUYSSEGUR	Directrice de thèse
Monsieur le Docteur	Olivier LAPLANCHE	Assesseur
Monsieur le Docteur	Romain CEINOS	Assesseur

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Chirurgie Dentaire

Année universitaire 2014/2015

CORPS ENSEIGNANT

56ème section : DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeur des Universités : Mme MULLER-BOLLA Michèle
Maître de Conférences des Universités : Mme JOSEPH Clara
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme CALLEJAS Gabrièle

Sous-section 02 : ORTHOPEDIE DENTOFOCIALE

Professeur des Universités : Mme MANIERE-EZVAN Armelle
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme AUBRON Ngoc-Maï
Assistant Hospitalier Universitaire : M. BUSSON Floriant

Sous-section 03 : PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE

Professeur des Universités : Mme LUPI-PEGURIER Laurence
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme CUCCHI Céline
Assistant Hospitalier Universitaire : M. PAUL Adrien

57ème section : SCIENCES BIOLOGIQUES, MEDECINE ET CHIRURGIE BUCCALE

Sous-section 01 : PARODONTOLOGIE

Maître de Conférences des Universités : M. CHARBIT Yves
Maître de Conférences des Universités : Mme VINCENT-BUGNAS Séverine
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme LAMURE Julie
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SURMENIAN Jérôme

Sous-section 02 : CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE, ANESTHESIE ET REANIMATION

Maître de Conférences des Universités : M. COCHAIS Patrice
Assistant Hospitalier Universitaire : M. BENHAMOU Yordan
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SAVOLDELLI Charles

Sous-section 03 : SCIENCES BIOLOGIQUES

Professeur des Universités : Mme PRECHEUR Isabelle
Maître de Conférences des Universités : Mme RAYBAUD Hélène
Maître de Conférences des Universités : Mme VOHA Christine

58ème section : SCIENCES PHYSIQUES ET PHYSIOLOGIQUES ENDODONTIQUES ET PROTHETIQUES

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE

Professeur des Universités : Mme BERTRAND Marie-France
Professeur des Universités : M. MEDIONI Etienne
Professeur des Universités : M. ROCCA Jean-Paul
Maître de Conférences des Universités : Mme BRULAT-BOUCHARD Nathalie
Assistant Hospitalier Universitaire : M. CEINOS Romain
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme DESCHODT-TOQUE Delphine
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme DUVERNEUIL Laura
Assistant Hospitalier Universitaire : M. GANDJIZADEH GHOUCHANI Mir-Payam

Sous-section 02 : PROTHESES

Professeur des Universités : Mme LASSAUZAY Claire
Maître de Conférences des Universités : M. ALLARD Yves
Maître de Conférences des Universités : M. LAPLANCHE Olivier
Maître de Conférences des Universités : Mme POUYSSEGUR-ROUGIER Valérie
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme CERETTI Léonor
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme LONGIN FERRO Laurence
Assistant Hospitalier Universitaire : M. OUDIN Antoine
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SABOT Jean-Guy

Sous-section 03 : SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Professeur des Universités : M. BOLLA Marc
Professeur des Universités : M. MAHLER Patrick
Maître de Conférences des Universités : Mme EHRMANN Elodie
Maître de Conférences des Universités : M. LEFORESTIER Eric
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme CANCEL Bénédicte

Remerciements:

À Monsieur le Professeur Medioni Etienne :

Odontologie Conservatrice et Endodontie
Université de Nice-Sophia Antipolis
Professeur des Universités- Praticien Hospitalier
Chef du pôle Odontologie CHU Nice

C'est un honneur de vous avoir comme président de jury de cette thèse.
Vous me faites un immense plaisir d'y siéger et je vous prie d'agréer l'expression mes sentiments les plus respectueux.

À Madame le Docteur Pouyssegur Valérie :

Docteur en chirurgie dentaire
Docteur de l'université Nice-Sophia Antipolis
Maitre de conférences des universités - Praticien Hospitalier
Sous-section de prothèse

Vous avez accepté de diriger cette thèse et je n'aurais pas espéré mieux, votre rigueur et votre pédagogie ont été pour moi depuis le début un exemple. Vous avez réussi à nous communiquer un enseignement en développant notre ouverture d'esprit.

Votre disponibilité à mon égard m'a beaucoup touchée lors de la rédaction de cette thèse, je pense notamment au moment où vous étiez les bras levés en plein milieu de la route à l'aéroport pour que je puisse vous voir et prendre rapidement mes photocopies et corrections. Vous êtes une personne au grand cœur, droite et impliquée. Avec tout mon respect je vous dédie mon travail.

À Monsieur le Docteur Laplanche Olivier :

Docteur en chirurgie dentaire
Docteur de l'université Nice-Sophia Antipolis
Maitre de conférences des universités - Praticien Hospitalier
Responsable du département prothèse

J'ai pu observer au cours de toutes ces années votre professionnalisme et vos compétences cliniques. Je suis honorée que vous ayez accepté d'être présent dans ce jury pour juger ce travail.
Veuillez croire en l'expression de toute ma reconnaissance et de mon respect le plus sincère.

À Monsieur le Docteur Ceinos Romain :

Docteur en chirurgie dentaire
Assistant Hospitalo-Universitaire

Merci de votre gentillesse, de votre disponibilité et de vos nombreux conseils pertinents toujours bons à prendre. Votre implication en clinique montre votre goût d'enseigner.
Votre justesse et précision cliniques sont pour moi un réel gage de réussite et un art que vous avez si bien communiqué ! Veuillez croire en l'expression de toute mon amitié.

<u>À mes parents</u> : Vous êtes des parents extraordinaires ! J'espère que vous êtes fières de moi. Merci pour tout l'amour que vous m'apportez, je vous aime !

Maman : Merci d'être aussi présente, tu es une mère aimante et pleine de tendresse, te préoccupant toujours pour mon bien-être. Merci de m'avoir accompagné durant ce long parcours et d'être à mon écoute lorsque j'en ai besoin.

Papa : Merci car tu as toujours eu le mot pour rire et me détendre, tu m'as toujours encouragé et tu n'as jamais douté de moi ! Je te remercie pour la force que tu as pu me donner durant toutes ces années.

<u>À toute ma famille :</u> Merci pour tous vos encouragement !

À mon grand frère : Nous ne nous sommes pas beaucoup vus ces derniers temps, mais je sais que le temps nous rapprochera de nouveau. Ton grand caractère, ton impulsivité et tes blagues te caractérisent si bien, ne change pas !

A mon papi : Ca y est ! Tu avais hâte autant que moi que je finisse ces études ! Nous y voilà =)

<u>À mes meilleures amis d'enfance</u> : Mélodie, Laetitia, Rosanna et Valérie, nous sommes amis depuis toujours, et je ne me trompe pas en avançant le fait que nous le resterons. Merci pour vos encouragements et de votre écoute.

À yoyo : Tu m'as constamment encouragé ! Merci pour ta présence et ta serviabilité.

<u>A mes amis de promo</u> : Cela fait maintenant 5 ans que nous parcourons ensemble cette discipline en tant qu'étudiant. Je vous souhaite à tous réussite et bonheur dans votre exercice en tant que future consœur.

A Sarah ma binôme : *N*ous sommes amies depuis le début, notre binôme m'a beaucoup manqué durant cette année en solo… Très stressées, nous nous sommes toujours rassurées ! Merci à toi !

<u>Aux amis de fac</u> : En particulier mes aide-opératoires en 4eme année : Paul et Bryan !

Mais aussi merci à ***Alexia*** sans qui le 2e cas clinique de cette thèse n'aurait jamais vu le jour ! Merci pour ton implication et ton aide ! Car tu n'étais pas obligée…

<u>Au docteur Benzirar</u> : Grâce à toi j'apprends de nouvelles techniques, tu m'apporte beaucoup de conseils pour développer ma pratique clinique et je ne te remercierai jamais assez ! Je ne pouvais pas espérer mieux comme stage actif !

<u>À Gérard</u>: Merci car tu m'as toujours encouragé à faire ce sujet ! Et à ne pas abandonner ! **Yann** je te remercie également de ta gentillesse.

Et enfin merci **à <u>mon chéri : *Stéphane*</u>** : Merci pour tout l'amour que tu m'apporte chaque jour et tes encouragements : tu es mon booster ! Merci pour ton dévouement et tes innombrables conseils quand j'en ai eu besoin. Une page se tourne et de nouveaux projets peuvent enfin voir le jour, je serai très heureuse de franchir ces nouvelles étapes à tes côtés et j'espère sincèrement faire ce chemin le plus loin possible avec toi.

Table des matières :

Introduction……p5

I- Etiologies de l'édentement……p6

I-1.Pathologies d'ordre général associées à des foyers infectieux d'origine dentaire……p6

I-1.1. Cardiopathies……p6

I-1.2. Diabète non équilibré……p6

I-1.3. Patients en attente de greffe……p6

I-1.4. Patients atteints de cancer ORL : nécessitant radiothérapie ou chimiothérapie……p6

I-1.5. Patients candidats aux biphosphonates.……p7

I-2. Facteurs locaux d'origine bucco-dentaire……p7

I-2.1 Traumatismes dentaires……p7

I-2.2. Lésions carieuses et mauvaise hygiène……p7

I-2.3. Parodontite chronique sévère terminale ……p7

I-2.3.1. Définition de la maladie parodontale……p7

I-2.3.2. Diagnostic……p8

I-2.3.3. Traitement de la parodontite chronique sévère terminale……p9

I-2.3.3.1. Assainissement radiculaire aveugle et thérapeutiques chirurgicales……p10

I-2.3.3.1.a) Implantation ……p10

I-2.3.3.1.b) Préservation et gestion de crête alvéolaire ……p11

I-2.3.3.2. Avulsions simples……p12

II-Incidences et conséquences de l'édentement……p14

II-1. Sur le plan esthétique……p14

II-2. Sur le plan fonctionnel……p15

II-3. Sur le plan anatomique……p16

II-4. Sur le plan psychologique.....**p17**

III- Propositions thérapeutiques **p20**

III-1. Projets thérapeutiques.....**p20**

III-1.1. La prothèse amovible partielle transitoire évolutive.....**p20**

III-1.2. La prothèse immédiate d'usage (PAC d'usage) **p20**

III-1-3. La prothèse amovible complète immédiate transitoire (dans l'optique d'une prothèse amovible complète conventionnelle ultérieure).....**p21**

III-1. 4. La prothèse amovible immédiate transitoire : à visée implantaire.....**p21**

III-2. Préparation du patient à la prothèse complète immédiate et motivation **p23**

III-3. Discussion **p24**

IV- Traitement et réhabilitation prothétique.....**p25**

IV-1. Définition et rôles de la PAC immédiate d'usage et transitoire.....**p25**

IV-2. Avantages et inconvénients.....**p25**

IV-3. Protocole : étapes cliniques......**p26**

IV-3.1.Extractions des dents postérieures.....**p26**

IV-3.2. Empreinte primaire.....**p26**

IV-3.3. Porte empreinte individuel : PEI.....**p27**

IV-3.4. Empreinte secondaire.....**p28**

IV-3.5. Maquette d'occlusion et Relations Inter-Maxillaires.....**p29**

IV-3.5.a) Détermination du plan d'occlusion **p29**

IV-3.5.b) Détermination de la dimension verticale d'occlusion idéale(DVO).....**p32**

IV-3.5. c) Enregistrement de la Relation Centrée (RC) **p32**

IV-3.5. d) Choix des dents.....**p33**

IV-3.6. Transfert sur articulateur semi adaptable.....**p33**

IV-3.7. Essayage fonctionnel.....**p33**

IV-3.8. Montage des dents antérieures / polymérisation / guide chirurgical.....**p34**

IV-3.9. Confection du guide chirurgical au laboratoire.....**p36**

IV-3.10. Avulsions des dents antérieures et pose simultanée de la prothèse amovible complète immédiate **p36**

IV-3.11. Suivi et accompagnement.....**p37**

V- Accompagnement psychologique du patient.....p40

V-1. Lors de la réalisation **p40**

V-2. Lors de l'insertion.....**p40**

V-3. L'adaptation **p41**

V-4. Doléances après la pose prothétique et suivi **p42**

V-4.1. Doléances immédiates.....**p42**

V-4.2. Doléances médiates : à court terme.....**p43**

V-4.3. Doléances à long terme.....**p43**

V-5. Qualité de vie et alimentation **p43**

VI- A propos de 2 cas cliniques p45

VI-1. Présentation du premier cas clinique **p45**

VI-1.1. Anamnèse **p45**

VI-1.2. Examen clinique **p45**

VI-1.3. Diagnostic et étiologie de l'édentement **p48**

VI-1.3. Préparation à la prothèse complète immédiate **p48**

VI-1.4. Traitement **p48**

VI-2. Présentation du deuxième cas clinique **p56**

VI-2.1. Anamnèse **p56**

***VI-2.2.* Examen clinique** **p56**

VI-2.3. Diagnostic et étiologie de l'édentement ……..**p59**

VI-2.4. Préparation à la prothèse complète immédiate ……..**p59**

VI-2.5. Traitement ……..**p59**

Conclusion……..**p67**

Références bibliographiques……..**p69**

Introduction

Dans notre société actuelle, les patients acceptent de moins en moins d'exposer leur infirmité buccale (édentation totale), et la pose de prothèses immédiates s'impose comme une nécessité fonctionnelle et psychologique. C'est à partir de 1953 que le problème du passage à l'édentement est étudié par le professeur Devin. Avant ses travaux, il était admis que le port d'une prothèse totale d'usage ne pouvait être envisagé qu'une fois la cicatrisation achevée et stabilisée. Les travaux de nombreux auteurs ont ensuite permis d'améliorer cette technique. Le professeur Buchard, en 1978, établit dans sa publication le protocole thérapeutique de la prothèse amovible complète immédiate.

Cette prothèse permet de rétablir une bonne santé bucco-dentaire sans dévoiler l'infirmité. Elle est la meilleure condition du passage à l'édentement et procure un confort psychosocial. Cette réalisation prothétique est une prise en charge complexe car le patient déclare un passé dentaire douloureux et peut rester réticent face au nouveau projet thérapeutique. En effet le passage à l'édentement est un cap difficile pour le patient, qu'il ne faut pas négliger lors de sa prise en charge.

La réalisation de la prothèse complète immédiate est très technique aussi bien en clinique qu'au laboratoire et le patient ne s'attend pas aux conséquences psychologiques qu'elle occasionne. L'objectif de la thèse est de décrire les différentes étapes cliniques de la prothèse complète immédiate d'usage sur deux patients atteints d'une parodontite chronique.

Nous verrons dans une première partie les étiologies principales de l'édentement.
Ensuite dans la 2e partie nous aborderons les conséquences de l'édentement et leurs incidences psychologiques.
Nous détaillerons toutes les propositions thérapeutiques possibles et la préparation du patient à la prothèse amovible complète immédiate dans une 3e partie.
Nous définirons les rôles, avantages et inconvénients de cette prothèse, et nous décrirons les différentes étapes cliniques de sa confection prothétique.
Enfin nous insisterons sur l'accompagnement psychologique, l'intégration prothétique dans la 5e partie.
Pour terminer, nous proposons deux cas cliniques réalisés au Centre Hospitalo-Universitaire Saint-Roch de Nice au cours de notre sixième année d'étude.

I- Etiologies de l'édentement

L'avulsion des dents peut avoir plusieurs étiologies, locales ou générales. Lorsque le patient présente une affection grave où le risque vital est engagé en présence de foyers infectieux dentaires, le médecin peut demander l'avulsion des dents causales. Les avulsions sont indiquées, après examen clinique et radiographique, lorsque les valeurs intrinsèques et extrinsèques dentaires sont défavorables. Voici les principales indications d'édentement : **1. *10. 47.***

I-1.Pathologies d'ordre général associées à des foyers infectieux d'origine dentaire :

Dans notre société, la durée de vie ne cesse d'augmenter. Les français peuvent espérer vivre en bonne santé plus longtemps. L'espérance de vie moyenne des femmes est de 85.4 ans contre 79.2 ans pour les hommes selon ***l'INSEE en 2015***

I-1.1. Les cardiopathies : **1.**

Chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse, la présence de foyers infectieux d'origine dentaire impose l'avulsion préventive de la dent causale sous antibioprophylaxie.

I-1.2. Le diabète non équilibré : **1.**

C'est une pathologie chronique, qui provoque une baisse des défenses immunitaires pouvant occasionner le développement de surinfection. La présence d'un foyer infectieux d'origine dentaire impose l'extraction de cette dent, sous antibioprophylaxie.

I-1.3. Les patients en attente de greffes : **1.**

Ce sont des patients immunodéprimés. Toutes infections ou sources potentielles sont retirées, afin que la greffe soit réalisée dans des conditions optimales.

I-1.4. Les patients atteints de cancer ORL : nécessitant radiothérapie ou chimiothérapie **1.:**

Ce sont des patients qui nécessitent un traitement des lésions tumorales. La mise en état de la cavité buccale avant début du traitement est indispensable. Il faut éliminer les foyers douteux et les pathologies dentaires ne pouvant être traités efficacement situés dans le champ d'irradiation. Pour les patients peu compliants avec une mauvaise hygiène, l'avulsion des dents douteuses avant le début du traitement est préconisée.

I-1.5. Les patients candidats aux biphosphonates : **1.**

Avant le traitement par biphosphonates d'une pathologie maligne ou bénigne, le patient doit faire un bilan complet clinique et radiographique. Des soins sont réalisés avant et à distance du traitement, si le temps le permet, sinon il faudra éliminer tous les foyers infectieux. Le traitement peut commencer une fois la situation bucco-dentaire saine, après cicatrisation muqueuse et osseuse.

I-2. Facteurs locaux d'origine bucco-dentaire :

I-2.1 Traumatismes dentaires :

Suite à un accident crânien de la voie publique, les dents peuvent subir des chocs ; être fortement endommagées avec une altération irréversible de l'os sous-jacent, obligeant leur extraction.

I-2.2. Lésions carieuses et mauvaise hygiène :

Certaines situations cliniques nécessitent l'avulsion des dents délabrées comme en présence d'une hygiène systématiquement défectueuse, une atteinte parodontale et une évolution carieuse impossible à contrôler.

I-2.3. La parodontite chronique sévère terminale :

Les maladies qui touchent le parodonte sont les causes les plus fréquentes des pertes dentaires chez l'adulte.

I-2.3.1. Définition de la maladie parodontale :

Selon le manuel de ***Wolff et Ratteitshchak*** **(59)** la parodontite est une maladie inflammatoire d'origine infectieuse qui détruit tous les tissus environnants de soutien de la dent : le parodonte. Ce dernier se compose d'os alvéolaire, du ligament parodontal (système d'attache), du cément et de la gencive.

Les bactéries parodontopathogènes sont considérées comme étiologiques de la maladie. Les principales bactéries les plus virulentes **selon Socranksy et Haffajee 1992** **(59)** sont les Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Prophyromonas gingivalis, Tannerella forsythensis, Treponema denticola. La destruction tissulaire résulte de la réponse immunitaire réduite de l'hôte face à ces bactéries et leurs toxines. Elle entraine une destruction de l'os et transforme l'épithélium jonctionnel, en épithélium de poche, qui migre apicalement et latéralement. Cette perte d'attache forme une poche où les bactéries pathogènes opportunistes se réfugient et favorisent la progression de la maladie.

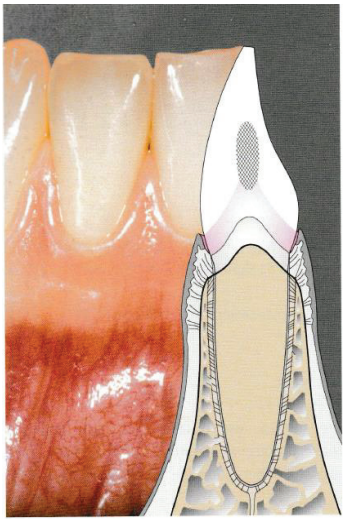


Fig. 1: Parodonte sain : l'épithélium jonctionnel et l'attache épithéliale protègent le parodonte profond des attaques bactériennes.

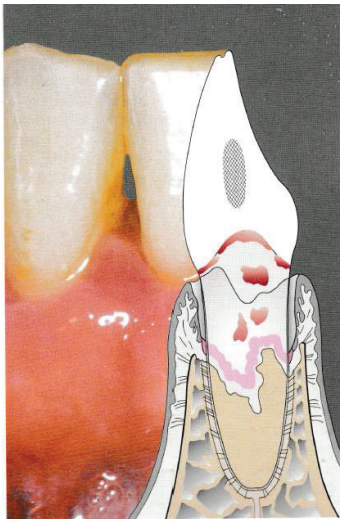


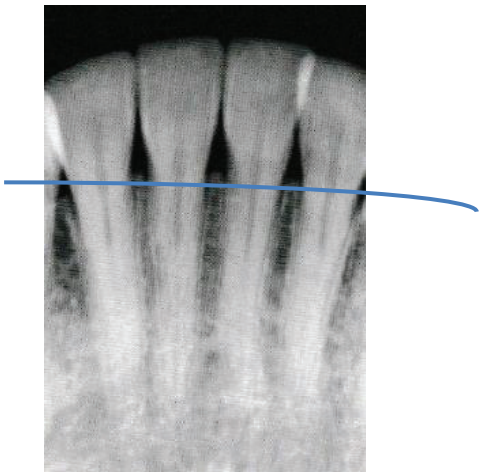
Fig. 2: Parodontite : l'inflammation atteint les structures du parodonte profond avec perte d'attache et formation d'une poche parodontale.

I-2.3.2. Diagnostic :

Le diagnostic selon **l'ANAES** (21) s'appuie sur l'ensemble des signes cliniques et radiographiques du patient :

- Aspect de la gencive : on détermine le degré d'inflammation par l'observation clinique : piqueté, texture, couleur. L'évaluation de la sévérité des récessions est classée par Miller.
- Saignement : permet d'évaluer l'inflammation du parodonte profond par l'indice de PMA de Massler
- Indice de plaque (PI : Stilness et Löe) et tartre (CI : Marthaler)
- Sondage parodontal : mesure de la profondeur de la poche à l'aide d'une sonde parodontale
- Radiographie : permet d'évaluer la perte d'os alvéolaire afin d'établir les défauts osseux. Une alvéolyse horizontale se traduit par la présence de poches supra-osseuses dans le cas d'une parodontite chronique sévère.
- Index de mobilité dentaire : indice de Mülheman : une mobilité axiale de type 4 peut être d'origine mécanique (traumatisme occlusal) ou inflammatoire.

La maladie parodontale peut être aggravée et corrélée par des facteurs systémiques généraux comme le diabète, maladie cardiovasculaire, grossesse, infection pulmonaire etc… Le diabète est un facteur de risque de la maladie parodontale car le taux de glucose dans le sang touche la fonction des neutrophiles, macrophages, modifie la structure des vaisseaux et le métabolisme du collagène.***(21)***



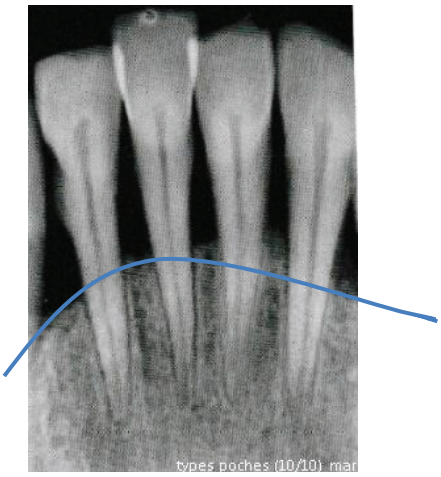


Fig.3: Parodonte sain: lamina dura et septas inter-dentaires normaux.

Fig.4: Parodontite: perte horizontale avec septas inter-dentaires résorbés.

Le diagnostic de la parodontite chronique sévère révèle des atteintes importantes : avec des poches profondes (>6mm), une perte d'attache, une inflammation des tissus, de la plaque, du tartre, et une perte osseuse avec atteinte de furcation et mobilités importantes.
Ce diagnostic avancé en présence de dents mobiles, douloureuses et afonctionnelles, impose l'avulsion dentaire au support osseux insuffisant.

I-2.3.3. Traitement de la parodontite chronique sévère terminale :

Une décision d'extraction fait suite à une thérapeutique initiale et une réévaluation selon la publication de ***Danan*** **(18)**. Le traitement parodontal permet de diminuer les facteurs de risque responsables de la maladie. La flore devient compatible avec une bonne santé parodontale ce qui favorise une meilleure cicatrisation. En effet une préservation des tissus est notable lorsque l'on extrait après traitement et réévaluation parodontale.

Thérapeutique initiale : il s'agit de diminuer tous les facteurs étiologiques de la maladie. L'élimination des micro-organismes est accompagnée d'un enseignement du contrôle de la quantité de plaque. On réalise un détartrage et un assainissement supra gingival. Une élimination minutieuse des irritations iatrogènes est réalisée (polissage des obturations présentes) afin d'éviter les emplacements de rétention de plaque. On rétablit une occlusion fonctionnelle par corrections occlusales également. Le patient devra adopter une hygiène bucco-dentaire rigoureuse, sa participation durant les 3 mois de réévaluation est nécessaire.

Après réévaluation et participation positive du patient au contrôle de plaque nous avons 2 possibilités :

I-2.3.3.1. Assainissement radiculaire et thérapeutiques chirurgicales

La situation optimale permet une future réhabilitation implantaire. On effectue un débridement sous gingival : il s'agit d'éliminer les réservoirs microbiens en ayant recours à une détoxification radiculaire. Cette thérapeutique est pratiquée afin de diminuer les risques de sur infection lors d'une implantation ou comblement alvéolaire. On effectue une réévaluation après une période de stabilisation avec une prothèse amovible. La mise en place d'implant ou de comblement alvéolaire au moment de l'extraction implique une maitrise de l'inflammation et une stabilité de la maladie. Il est indispensable de traiter l'étiologie de la maladie pour minimiser le risque d'infection. Ceci permet de placer l'implant dans des conditions optimales.

Une extraction, même atraumatique, engendre un phénomène de résorption osseuse dans le sens vertical et horizontal ce qui peut compromettre la mise en place d'implants (cf. ***I-2.3.3.2.***). Afin de diminuer ce remodelage osseux, différentes possibilités existent en fonction des parois osseuses résiduelles, de la lésion, et des tissus mous, et du projet. Voici les différentes thérapeutiques :

I-2.3.3.1.a) Implantation :

De manière générale et d'après le **consensus ITI treatment guide de Chen et Buser en 2003 (15)** il y a différents moments pour poser un implant. Les 4 techniques sont les suivantes :

- Implantation immédiate : elle rend service à nos patients avec ses avantages : rapide, efficace et pérenne dans le temps. Elle comprend également des inconvénients : peu esthétique avec une quantité insuffisance des tissus mous.

- Implantation différée à 8 semaines : après cicatrisation des tissus mous sans appositions osseuses dans l'alvéole.

- Implantation différée 3 mois après l'extraction : après cicatrisation et formation osseuse dans l'alvéole.

- Implantation retardée : > 6 mois : après cicatrisation complète de l'alvéole et tissus mous

Quelle que soit la technique, lors de la mise en place d'implants une ROG (régénération osseuse guidée) est possible afin de préserver les tissus, notamment lorsqu'il y a moins de parois osseuses. Selon ces auteurs, il y a plus de succès avec les implantations immédiates et différées que les implantations retardées notamment car elles permettent d'éviter l'affaissement des tissus grâce à la ROG qui est réalisée simultanément.

Une étude ***de S. S. Soydan, S. Cubuk, Y. Oguz, et S. Uckan*** en 2012 **(55)** compare le taux de succès et de survie des implants immédiats ou différés sur 36 patients.
L'étude est constituée de 2 groupes : le groupe I comprend 26 implantations immédiates et le groupe II 24 différées à 4 semaines post extractions.

Résultats :	Groupe I (26 implants)	Groupe II (24 implants)
Taux de survie	96,16%	100%
Perte osseuse verticale	0,55mm	0,8mm
Poches	3.57mm	3.42mm

La perte verticale est donc plus importante pour le groupe II mais négligeable au long terme.
Les poches sont elles aussi similaires.
Les faibles différences entre les résultats des deux techniques indiquent que ce sont 2 procédures sûres pour préserver les volumes après les extractions. Ce sont des techniques fiables pour diminuer la perte osseuse post extractionnelle, néanmoins inévitable (cf. ***I-2.3.3.2.***)

En présence de maladie parodontale, il reste néanmoins possible d'avoir recours à l'implantologie, dès lors que la flore bactérienne est compatible avec la santé parodontale et la pérennité de l'implant. Elle se fait dans le cadre où la maladie parodontale a été stabilisée, avec si besoin réhabilitation du niveau osseux au moment de la pose de l'implant.
Cependant le patient atteint de parodontite présente un support parodontal affaibli avec des parois osseuses insuffisantes. Il est donc difficile de réaliser cette technique.

I-2.3.3.1.b) Préservation et gestion de crête alvéolaire:

De manière générale, on préfère faire des préservations dans les secteurs antérieurs où la corticale est plus fine et où la résorption osseuse post extractionnelle et le risque de récession sont plus importants. Suite aux extractions, le remodelage délocalise la crête et compromet la mise en place de l'implant qui risque de se retrouver dans une situation défavorable moins esthétique et fonctionnelle.

- La gestion des alvéoles, per extraction, permet de placer un apport osseux dans l'alvéole avec recouvrement grâce à une membrane collagénique, une éponge, une greffe de conjonctif enfoui ou encore epithélio-conjonctif. Elle peut être réalisée sans recouvrement selon le nombre de parois restantes. On constate un meilleur maintien et une bonne stabilité du volume osseux avec recouvrement. Ce comblement n'est pas conseillé pour les patients avec une mauvaise hygiène, les fumeurs, ou encore les zones très délabrées et infectées. Si la détersion mécanique est incomplète lors de l'extraction, il est préférable d'attendre 4 semaines le temps que les tissus mous cicatrisent pour pratiquer cette technique.
- La gestion d'un déficit osseux post extraction nous oblige à faire une greffe d'apposition sur des tissus cicatrisés

Une étude menée ***par Festa MV. And coll*** **(23)** compare les extractions simples versus les extractions comblement avec bio-oss et membrane collagènique.
Des mesures sont réalisées sur 15 patients durant 6 mois après extraction de 2 prémolaires controlatérales : une extraction simple constitue le groupe A et une extraction avec une greffe le groupe B.

	Groupe A (extraction simple)	Groupe B (extraction+greffe)
Résorption verticale	3.1+/-1.3mm en vestibulaire 2.4+/-1.6mm en palatin/lingual	0.6+/-1.4 mm en vestibulaire 0.5+/-1.3mm en palatin/lingual
Résorption horizontale	3.7 +/- 1.2 mm	1.8 +/- 1.3 mm
Résorption proximale	0.4+/-1.2 mm en mésial 0.5+/-1.0 mm en distal	0.3+/-0.8 mm en mésial 0.4+/-0.8 mm en distal

On note une résorption plus importante dans le sens vertical, avec peu de différence en proximal.

La greffe permet donc de maintenir les tissus après extraction. Elle a un grand intérêt dans les secteurs antérieurs où la résorption verticale est plus importante, mais elle est aussi adaptée en postérieur. C'est donc une technique fiable qui permet de diminuer l'affaissement des tissus post extractionnel.

Néanmoins, les patients atteints de parodontite présentent des tissus parodontaux insuffisants pour accueillir une greffe. De plus il faut ensuite attendre 5-6 mois post comblement pour implanter. Période durant laquelle le patient porte une prothèse amovible complète immédiate transitoire. Cette prothèse risque d'interférer, si elle est mal adaptée et équilibrée, avec le site et peut engendrer une mise à nue de la greffe voire une exposition de membrane avec à terme une infection du site.

I-2.3.3.2. Avulsions simples :

Les avulsions sont faites, de manière atraumatique, avec si besoin une régularisation de crête pour accueillir la future prothèse. Une prothèse définitive est réalisée pour remplacer les dents manquantes après cicatrisation.

Les projets implantaires peuvent toujours être évoqués après la période de cicatrisation. Néanmoins, ce type de traitement ne sera pas proposé aux patients âgés invalides présentant une faible habilité manuelle, des limites financières, peu d'os, ou des contre-indications à la chirurgie.

Les études de Schropp et Tan confirment que, suite aux extractions, il y a une résorption et un remodelage de la crête. La cicatrisation s'accompagne de modifications internes dans l'alvéole (formation osseuse) et externe (perte en hauteur et largeur)

Schropp L. and coll **(54)** mènent une étude en 2003 sur la cicatrisation et la résorption post-extractionnelle dans la région postérieure durant une année. Les patients ne portent aucune prothèse lors de l'étude. Cette dernière porte sur l'analyse de moulage et de radiographies sur 35 patients afin d'évaluer les modifications des tissus mous et des tissus durs.

- La modification crestale est plus importante lors des 3 premiers mois.
- La résorption horizontale est significative. Estimée à 50%, elle est plus importante dans la région antérieure.
- La résorption verticale est plus importante dans la région antérieure sur les versants vestibulaires
- Il y a peu de différence significative sur les régions proximales
- C'est durant les 3 premiers mois que la formation et la perte volumique est la plus importante. Cette résorption peut causer des problèmes esthétiques et fonctionnels.

Une autre étude de ***Tan WL. And coll*** **(56)** en 2012 montre que la résorption horizontale est estimée entre 29/63% et 11/22% pour la verticale.

Les données diffèrent du fait que les patients, dans la dernière étude, étaient porteurs de prothèses. En effet ceci engendre une résorption supplémentaire si elle est mal adaptée.

Ces études confirment que lorsqu'un projet prothétique est établi, il faut gérer et prévenir cette résorption irréversible dans la mesure du possible, soit par technique de préservation de crête, soit par implantation (cf. *I-2.3.3.1.b)* et *I-2.3.3.1.a)*)
Cependant dans le cadre d'une parodontite chronique sévère terminale, le manque d'os et de structure excluent le plus souvent ces types de thérapeutique. D'autres techniques sont alors proposées au patient une fois les tissus cicatrisés.

II- Incidences et conséquences de l'édentement

La perte dentaire a en effet un grand nombre de répercussions sur nos patients.
La disparition de toutes les dents occasionne de nombreuses perturbations pour l'être humain, jusqu'à être vécue comme une véritable mutilation. Au-delà des conséquences mécaniques, anatomiques, fonctionnelles, esthétiques et sociales, nous allons dans ce chapitre, surtout aborder les effets psychologiques. **(36)**

II-1. Sur le plan esthétique :

Au niveau extra-oral, l'édentement occasionne un changement facial avec la perte du sourire et l'effondrement de la musculature. On constate une hypotonie des muscles, une diminution de la hauteur de l'étage inférieur de la face, un approfondissement des rides avec un affaissement des tissus de la face par disparition du soutien.

La perte d'un calage postérieur engendre une perte de volume et de la dimension verticale d'occlusion, supprimant tous repères physiques.

L'édentement génère une résorption osseuse centrifuge à la mandibule et provoque ainsi une protrusion mandibulaire. La résorption osseuse centripète au maxillaire, creuse le massif facial. Il en résulte un véritable remodelage facial en coup de hâche avec des lèvres rentrées.



Fig.4 : photographie de profil d'un patient édenté avec un profil sous nasal concave, des lèvres rentrées, accentuation des rides.

D'un point de vue esthétique, le profil de l'édenté total est parfaitement reconnaissable. Nous sommes conditionnés depuis notre enfance à cette image de vieillesse et de « laideur » dans les contes pour enfants. Nous verrons plus spécifiquement dans la partie II-4. que c'est aussi l'identité profonde du sujet qui est affectée. **(47)**

II-2. Sur le plan fonctionnel :

On note chez l'édenté des perturbations au moment de la :

- Mastication : La perte dentaire occasionne la perte de la proprioception (perte des récepteurs parodontaux) ce qui influe directement sur l'activité neuromusculaire. L'hypotonie des muscles perturbe le broyage des aliments et augmente la taille des particules ingérées. Parallèlement on constate une diminution de la capacité masticatoire de 50 à 80% avec une augmentation des nombres de cycles masticatoires. **(20) (25)**

- Déglutition : L'augmentation du temps de déglutition est en partie causée par l'hyposalivation, engendrant des difficultés à ingérer le bol alimentaire. La pression de la langue sur la voute palatine, moins importante que chez le sujet denté, perturbe la progression du bol alimentaire dans l'estomac. **(20)**

- Phonation : Les phonèmes sont le jeu d'éléments statiques (dents, procès alvéolaire et palais) et dynamiques (langue, lèvres et palais mou). La perte dentaire occasionne des troubles de l'élocution, remarquable lors de la communication. Les consones sont les plus perturbées en partie à cause de l'hypotonie musculaire. **(25) (36)**

- Salivation : La modification du flux salivaire est causée par la diminution de la stimulation des mécano-récepteurs desmodontaux et tendineux dont l'activité est directement liée au degré d'édentement. Ceci engendre des problèmes de déglutition, au moment de l'alimentation. La diminution du débit salivaire peut également occasionner des brûlures buccales**. (20) (46)**

Chez les personnes âgées, ces conséquences modifient fortement le régime alimentaire qui devient plus mou, collant et plus sucré.

II-3. Sur le plan anatomique :

La perte dentaire occasionne une modification des muqueuses en remodelant une fibromuqueuse plus épaisse et adhérente à l'os.

On note également un remaniement osseux dès la première année. En effet une résorption osseuse et un remodelage des crêtes alvéolaires pouvant atteindre jusqu'à 50 % de perte de masse osseuse. ***Schropp L. and coll*** **(54)** (cf. I-2.3.3.2)

Ces remodelages ostéo-muqueux et la perte du calage postérieur engendrent une diminution de la Dimension Verticale Occlusion, étage inférieur de la face, provoquant une rotation mandibulaire modifiant la relation inter arcade et accentuant le profil.



Fig.5 : La téléradiographie de profil montre l'affaissement des tissus mous, la perte de calage et l'atrophie condylienne.

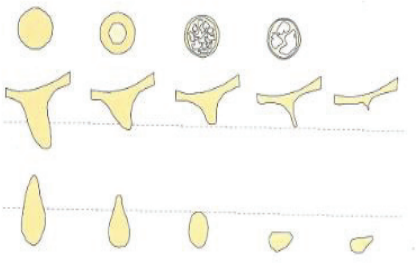


Fig.6 : La résorption maxillaire et mandibulaire sont opposées.

On constate une modification des Articulations Temporo-Mandibulaires. Les condyles mandibulaires s'atrophient et se retrouvent dans une position plus postérieure. On décrit un condyle aplani et une laxité ligamentaire mettant la mandibule dans une position plus antérieure.

II-4. Sur le plan psychologique :

L'analyse des syndromes en rapport avec l'inconscient du sujet montre qu'à la suite des avulsions dentaires les émotions sont multiples et vécues comme une véritable « perte ». Cette perte engendre des réactions physiques, psychologiques, affectives, comportementales et sociales comparables à celles éprouvées lors d'un deuil. La démarche du deuil d'une « bouche active » passe par l'acceptation, aussi douloureuse soit elle, et doit solliciter « l'adaptation » du sujet.

Kluber Ross en 1969 **(22)** décrit le deuil, dont la racine du mot provient du latin « dolus » qui signifie « douleur ». Faire son deuil signifie passer à travers sa douleur. La perte dentaire est en effet perdre une partie du soi, d'un organe personnel et de son intégrité. Certaines expressions comme « mordre la vie à pleine dents » revoient le sujet vers l'exclusion d'une vie séduisante, psycho affective activement sociale. L'entourage et la personne y sont directement confrontés. Le deuil contient 5 étapes que le sujet doit surmonter :

- Le déni : le sujet évite le déplaisir tout en y étant réellement confronté.
- La colère : agressif envers son entourage et envers soi-même, le sujet cherche un responsable.
- Le marchandage : le sujet souhaite gagner du temps par la négociation, un espoir désespéré de guérison, et de revenir en arrière.
- La dépression : repli sur soi.
- L'acceptation : le retour à la paix, le patient revit malgré la réalité.

Donc le chemin vers l'acceptation décrit par ces étapes suscite une véritable prise de conscience du sujet.

La publication de : ***Jaudoin P. and coll*** **(29)** relate que la perte dentaire est une véritable souffrance vécue par le patient. La qualité de vie se voit diminuée sur de nombreux plans et le sujet se voit confronté à cette triste réalité. Le patient a honte de son infirmité et la perçoit comme un véritable traumatisme. Ce choc psychologique est synonyme de handicap chez la personne âgée, comme un phénomène lié à une maladie, son vieillissement, ou une perturbation interne de l'organisme.

La cavité buccale :

Elle est le siège de manifestations psycho-affectives de la vie ainsi que de nombreuses fonctions vitales **(47)**. La bouche, porte d'entrée et de sortie, véhicule beaucoup d'informations animant le visage d'expressions sensorielles et émotives. C'est un organe complexe qui prend vie dès la naissance et accompagne le sujet tout au long de sa vie :

- Pouvoir nutritionnel : une bouche active permet le broyage des aliments. L'édenté a des difficultés au moment de l'alimentation ce qui peut occasionner une perte du plaisir de la table car le sujet est contraint de modifier son alimentation, en se privant de certains aliments. Le sujet a honte et évite de manger en communauté.

- Capital de communication : Une bouche active permet également l'émission des sons, permettant un contact avec le monde extérieur. L'édentation est une atteinte de l'image de soi renvoyée aux autres dans la communication et la vie sociale. Ceci coupe le sujet édenté du contact avec autrui, qui se retire délibérément des activités de la vie sociale.

- Pouvoir sexuel : La bouche est un organe sexuel à part entière. Une bouche édentée empiète sur la capacité de séduction pouvant occasionner une frustration. S'ajoute ici un déplaisir supplémentaire.

Une bouche sans dent est une bouche sans vie, fermée à l'alimentation, la communication, la séduction et l'expression d'émotions. **(47)**

Les dents :

Elles représentent le « moi » selon les travaux de ***Rodolphe Steiner (1861-1925)***. Symbole de vie et de puissance : l'apparition des dents représente l'attaque du monde extérieur. Le parcours du sujet, durant sa vie, évolue progressivement d'un stade bébé d'impuissance vers un stade d'adulte denté vivace. La perte des dents conduit le sujet à ressentir une « perte de pouvoir » ou « du jeunisme/infantilité », perçue comme la perte de dominance primitive. Ceci signe le début d'un véritable déclin et retour à un état oral primitif (reprise de la succion du nouveau-né). Cette régression et incompétence est compensée par la consommation accentuée de sucre (recherche du plaisir). Dans certaines mythologies, la dent symbolise l'immortalité et la pérennité, ce qui renvoie le sujet édenté dans la dépersonnalisation.

Le sourire :

C'est une valeur universelle de sympathie et de projection de joie vers l'autre. La présence de dents reflète l'harmonie et l'équilibre de ce dernier. On sourit aussi bien pour plaire, par plaisir, par gentillesse et on bâtit ainsi des ponts entres les personnes **(19)**. Notons que dans les media hollywoodiens les dents blanches renvoient à une image de beauté, de puissance et de performance.

Dupeyrat **(19)** affirme en 2001 qu'un sourire est un passeport social, influant sur nos relations, reflétant nos atouts de réussite affective et sociale. Conserver son sourire est donc un objectif de santé et de projet de vie. Par conséquent dans un sourire sans dents, le patient rétrograde brutalement vers un état passif, de repos sur l'environnement, d'inactivité et de mort sociale.

Un handicap :

C'est selon ***O. Hüe et Berteretche*** **(10)** une atteinte de l'intégrité corporelle, vécue comme marque de déchéance, les patients sont moralement touchés.

L'image sur le plan narcissique renvoie le sujet à une perte d'identité sociale par destruction de son schéma corporel, conduisant à des attitudes d'auto-exclusion et de repli sur soi. Le handicap devient véritablement pour le patient « son » handicap. C'est une destruction de son image, souvent conjointe à l'apparition d'autres pathologies. La perte des dents peut avoir un rôle déclenchant ou aggravant dans la dépression.

Ces patients au profil psychologique fragile doivent donc être écoutés et accompagnés lors de la réalisation prothétique. ***Louis JP. And coll*** **(34)**

Le praticien doit apaiser et atténuer les angoisses du patient par différents moyens, notamment le rétablissement d'une fonction par les prothèses, une reconstitution de son identité au point de vue esthétique morale et fonctionnelle.

Le patient est confronté à des difficultés obligatoires, une relation praticien-patient favorable est indispensable pour le conduire vers l'acceptation et espérer un succès prothétique. La complexité est que l'intrusion prothétique ne soit pas vécue comme une agression d'un corps extérieur, car la prothèse ne pourra jamais être portée même si elle est bien faite. Pour le patient la guérison suppose être une nouvelle dentition et pas une prothèse. **(16) (10)**

Il faut essayer de communiquer l'espoir de retrouver une image plaisante par le biais de notre traitement, et ce malgré ce choc psychologique. **(36)**

III- Propositions thérapeutiques

III-1. Projets thérapeutiques :

Quatre solutions thérapeutiques permettent de passer de l'édentement partiel à l'édentement total. La décision est prise après avoir exposé toutes les possibilités thérapeutiques au patient avec leurs avantages et inconvénients respectifs. Il est obligatoire de lui proposer une éventuelle solution implantaire, même si celle-ci n'est pas immédiate. **Hüe O.(25)**, **C. et JM. Rignon Bret (52) (7)**

III-1.1. La prothèse amovible partielle transitoire évolutive :

Cette prothèse est indiquée pour les patients anxieux auxquels on propose un passage progressif à l'edentement, ou encore dans le cadre d'une réévaluation parodontale.

On extrait les dents au fur et à mesure. Cette solution est utile lorsque le patient n'a jamais eu de prothèse amovible et que le changement s'avère beaucoup trop brutal. On programme alors les avulsions et on obtient progressivement une participation positive du praticien quant à la finalité du projet.

C'est également une prothèse qui peut être portée le temps de la réévaluation parodontale avant d'entreprendre une décision d'extraction. Ceci permet dans un second temps d'extraire les dents non conservables dans un environnement sain, facilitant la mise en place d'implants ou comblements osseux ainsi qu'une meilleure cicatrisation.

III-1.2. La prothèse amovible immédiate d'usage (PAC d'usage) :

On peut espérer selon **Buchard** (1978) **(14)** avoir une prothèse « définitive » durable dans le temps. Les travaux de **Rignon Bret (52)** et de **Buchard (14)** n'ont cessé d'améliorer cette thérapeutique en établissant un protocole fiable et rigoureux.

C'est une prothèse d'usage, conçue avant les extractions des dents antérieures. Elle est indiquée dans une situation d'édentement se présentant en classe I de Kennedy-Applegate.

En présence de dents postérieures, cette technique nécessite d'extraire toutes les dents postérieures en première intention, en conservant le bloc antérieur. Il faut attendre la cicatrisation osseuse et muqueuse des secteurs postérieurs avant d'entreprendre le traitement. Cela permet d'obtenir une stabilité des muqueuses dans les secteurs postérieurs facilitant la prise d'empreinte et l'enregistrement de la relation inter-maxillaire.

Cette prothèse permet ainsi un passage progressif à une édentation complète. Elle est confectionnée lorsque le patient souhaite une solution simple et accepte l'amovible.

Les résorptions osseuses post-extractionnelles sont limitées grâce à l'utilisation du guide chirurgical qui permet de modeler, lors des extractions antérieures, le profil ostéo muqueux en fonction de l'intrados prothétique.
C'est donc grâce à ce guide que la surface d'appareillage est strictement conforme à l'intrados de la prothèse et qu'on la nomme alors prothèse immédiate d'usage « définitive ».

III-1.3. La prothèse amovible complète immédiate transitoire (dans l'optique d'une prothèse amovible complète conventionnelle ultérieure) :

Cette prothèse transitoire peut être utilisée lors de situation clinique difficile, comme par exemple en présence d'un terrain osseux et muqueux instables, avec des dents en fortes migrations. En effet, une situation complexe peut engendrer une marge d'erreur trop importante, et la prothèse risque de ne pas répondre aux critères de la prothèse amovible complète. Cette dernière, dite temporaire, impose alors la réfection de la prothèse complète dans un second temps, une fois que la cicatrisation et la résorption osseuse sont achevées.

Elle permet au patient de se familiariser progressivement à « l'amovibilité », et de le préparer à sa future prothèse définitive, facilitant ainsi son intégration.

Elle permet une mise en condition des tissus sous-jacents en guidant la cicatrisation. Après avulsion, l'intrados prothétique n'est pas le négatif exact du profil ostéo muqueux sous-jacent. Lors de l'insertion, un rebasage temporaire peut être réalisé à l'aide d'une résine à prise retardée. Cela permet de créer un joint de rétention et d'amortir la transmission des forces occlusales sur les plaies, permettant ainsi un confort de cicatrisation. Des contrôles rigoureux sont programmés car l'occlusion, souvent peu optimale, transmet des forces mal réparties sur les tissus sous-jacents, pouvant augmenter un risque de résorption traumatique au long terme.

La prothèse d'usage « définitive » est réalisée une fois la plaie cicatrisée et la résorption post extractionnelle stabilisée : c'est-à-dire dans un délai d'environ 3 à 4mois (cf. I-2.3.3.2.)

***III-1.4. La prothèse amovible immédiate transitoire :* à visée implantaire**

Elle est réalisée avant la mise en place des implants. En effet face à la disparition de tous repères esthétiques et fonctionnels chez l'édenté, la prothèse amovible complète est réalisée en première intention. Cette dernière permet de recréer tous les volumes et organes dentaires perdus en plaçant les dents sur la crête alvéolaire. C'est grâce à cette prothèse parfaitement équilibrée et fonctionnelle, qu'une bonne cicatrisation a lieu et qu'elle peut faire l'objet d'un guide radiographique correct. Ce guide est réalisé sur une prothèse intégrée et validée. Il suffit de forer au niveau des dents prothétiques, des petits puits que l'on remplit de matériaux radio opaques,

afin de les visualiser au cone-bean. Ainsi ces traits radio-opaques permettent d'objectiver les axes dentaires, préalablement déterminés par la prothèse amovible complète transitoire, et déterminent l'emplacement idéal des implants. A l'issue du scan on détermine le type d'implant, en fonction de la longueur et largueur disponibles. Lorsque le choix des implants est établi, on réalise un duplicata afin d'obtenir un guide chirurgical pour positionner parfaitement les implants durant la chirurgie.

Nous sommes tenus de proposer à notre patient édenté toutes les solutions de réhabilitations prothétiques de la plus simple à la plus complexe :

- Le **consensus de Mc Gill** **(35)** propose une prothèse mandibulaire implanto-retenue grâce à 2 implants symphysaires à la mandibule et une PAC maxillaire conventionnelle. Depuis mai 2002 (Toronto) Mc Gill établit une norme minimale chez l'édenté total. Ce consensus est une référence et constitue une solution de choix pour les patients édentés. Cette thérapeutique permet de répondre de manière fiable et simple, avec un coût raisonnable, à la demande des patients totalement édentés. La qualité de vie est augmentée et on constate une diminution de la dénutrition chez la personne âgée.

- Prothèse sur pilotis : 4 à 6 implants suffisent au maxillaire, et 4 implants mandibulaires

- Bridge complet : nombres d'implants allant de 6 à 8 par arcade dentaire.

Avantages : esthétiques, psychologiques, fonctionnels et biologiques**. C. Rignon Bret** **(50)**

Indications à l'implantologie : lorsque la prothèse est inconfortable vécue comme volumineuse ou instable, en cas de dénutrition, de problème psychologique lié au port de la prothèse, ou encore lorsqu'il y a une forte demande de complément de rétention. Ce type de traitement est proposé aux patients capables d'assurer une bonne hygiène bucco-dentaire en passant des brossettes autour des implants. Un espace suffisant entre la prothèse et les implants est nécessaire pour accueillir les attachements.

Contre-indications : lorsque le volume osseux est insuffisant, l'axe prothétique et implantaire diffèrent, économique, mauvaise hygiène, projet irréalisable, distance inter occlusale insuffisante, problème psychiatrique, patient à risque pour l'implantologie (maladie non équilibrée, tabac, alcool etc…)

Quel que soit le projet thérapeutique, et à fortiori en prothèse immédiate, il incombe au praticien de bien préparer le patient pour qu'il soit motivé et acteur de son traitement. En effet une participation active du patient est indispensable pour une intégration prothétique favorable.

III-2. Préparation du patient à la prothèse complète immédiate et motivation

« La motivation constitue dans toutes les thérapeutiques prothétiques de compensation d'une infirmité, le prélude nécessaire à un apprentissage aux nouvelles fonctions du corps étranger à intégrer. Elle assure une orientation positive à tous les efforts d'un édenté total confronté aux difficultés créées par la présence d'une prothèse dans sa cavité buccale. » ***LEJOYEUX J.*** **(32)**

Pour y parvenir il est indispensable d'informer le patient, dans un langage adapté en évitant tout jargon médical. Une fois qu'il a compris en découle sa coopération. On recueille ainsi son consentement éclairé.

Il faut qu'il adhère au passage de son édentement partiel à total avec la perspective d'une prothèse amovible complète. Il est donc important de lui laisser du temps pour comprendre le bénéfice pour sa santé générale et bucco-dentaire.

Pour obtenir son adhésion psychologique on peut, pour faciliter la démarche, appuyer sur les avantages prothétiques : retrouver un sourire harmonieux, obtenir une bonne santé bucco-dentaire, envisager par la suite la possibilité de placer des implants, mettre fin à la souffrance et aux mobilités dentaires. **(10)**

S'assurer qu'il a bien compris toutes les propositions qui s'offrent à lui. Le choix thérapeutique doit être établi dès le début, après avoir analysé le profil psychologique du patient lors de l'entretien.

Il est donc important d'évaluer si le patient est prêt psychologiquement avant d'entreprendre ce type de traitement**. (16) (34)**

Son accompagnement psychologique se fonde sur le dialogue et une explication permanente, ce qui renforce son implication. « L'approche du praticien doit permettre un sentiment de bien-être au patient. Tant que le praticien n'aura pas la sensation d'avoir établi des liens solides et durables d'empathie avec lui il ne sera pas question d'insérer la prothèse dans la cavité buccale» ***LEJOYEUX J.*** **(32)**

Il faut lui exposer les éventuelles désagréments et difficultés rencontrés : la prothèse lui semblera encombrante, il aura des difficultés pour mastiquer, de nombreux contrôles et de rectifications seront programmés, le préjudice esthétique possible, le fait d'être complètement édenté avec ses répercussions physiques sans le port de la prothèse.

Le rôle du praticien est d'avertir le patient qu'il s'agit d'une technique sophistiquée qui relève d'une grande difficulté, sinon un risque de déception immédiate peut entraîner le refus de la prothèse. Il faut informer le patient des différentes séances nécessaires à la réalisation prothétique, c'est-à-dire l'avulsion de toutes les dents restantes, puis celle de la réhabilitation par la prothèse complète immédiate durant la même séance.

Le patient doit comprendre la complexité de la prise en charge. Ce dernier doit se sentir écouté et accompagné dans toutes les démarches, pour qu'ainsi son « passage » à l'édentement soit le moins stressant et traumatique possible. Lorsque le patient n'est pas prêt psychologiquement, une autre proposition plus douce et progressive lui est proposée comme par exemple une prothèse amovible partielle évolutive. (cf. III-1.1.)

III-3. Discussion :

La prise de décision se fait en fonction de la situation clinique, en tenant compte du désir et des possibilités financières du patient. Le praticien doit faire preuve d'empathie et d'écoute pour comprendre et s'adapter aux situations psychologiques et personnelles. Lors du premier rendez-vous, le patient s'exprime. Il est important de le laisser se confier sur la manière dont il imagine son infirmité. Une écoute active permet d'établir une relation de confiance. Prendre note de ce qu'il imagine ou appréhende, et atténuer ses craintes et angoisses. Il faut prendre en compte s'il désire une prothèse amovible ou fixée. S'il souhaite manger comme avant sans se soucier des mobilités prothétiques, ou au contraire s'il peut s'adapter à un appareil amovible. Ou encore si le préjudice esthétique est prévisible pour lui. Le dialogue et les explications permanentes engagent le patient à s'impliquer davantage. **(31) (5)**

L'espoir de retrouver la possibilité de manger, sourire et parler peut transformer un patient inquiet en un véritable allié. C'est pourquoi un manque de communication, et une alliance thérapeutique trop fragile peuvent conduire à un échec**. (5)**

Il faut expliquer au patient qu'en cas de problèmes d'adaptation de sa part, une solution implantaire future sera possible, dans l'espoir d'améliorer ses attentes.

Une fois le projet thérapeutique final décidé et le patient préparé, nous pouvons commencer le traitement.

IV - Traitement prothétique et réhabilitation

IV-1. Définition et rôles de la PAC immédiate d'usage et transitoire:

La prothèse immédiate est réalisée avant les extractions et posée immédiatement après celles-ci. Il s'agit de mettre en place, une prothèse réalisée en présence des dernières dents, tout en respectant les qualités et caractéristiques d'une prothèse amovible complète d'usage conventionnelle. Elle doit offrir une qualité de vie à l'égal des attentes et espoirs du patient.

Ce type de traitement en plusieurs phases nécessite une très bonne coopération du patient, pour un résultat esthétique et fonctionnel optimal.

- Objectifs/ rôles:

Cette prothèse comprend de nombreux rôles selon plusieurs auteurs: ***LEJOYEUX J. (1978)*** **(33)**, ***O. Hüe et M-V (2008)*** **(10)** . Elle permet :

- Un confort psychosocial en évitant de dévoiler son infirmité,
- Un confort esthétique, fonctionnel, masticatoire, phonétique,
- Le rétablissement de la Dimension Verticale d'Occlusion (DVO),
- Un bon maintien neuromusculaire,
- Une mise en condition des surfaces d'appui en guidant la cicatrisation et protégeant le site.

IV-2. Avantages et inconvénients :

- Avantages : **(10)**

Cette prothèse, posée en bouche le jour des extractions, guide la cicatrisation et limite ainsi la résorption post-extractionnelle. Elle permet d'obtenir une cicatrisation de première intention tout en conservant l'esthétique et la fonction.

Elle est indispensable pour que le passage à l'édentement total soit le moins traumatisant possible, afin d'optimiser l'intégration de la prothèse définitive.

- Inconvénients :

Il y a malheureusement de nombreux inconvénients à cette thérapeutique selon : ***Hüe O. et Berteretche M-V.*** **(10)** , ***BUCHARD*** **(14)** et ***C. et JM. Rignon Bret*** **(52)**.

Le sujet doit faire face à des difficultés avant même la pose de la prothèse, comme par exemple au moment des choix esthétiques. Elle occasionne également des désagréments une fois délivrée.

C'est une technique difficile en clinique, notamment lors de la prise d'empreinte, et une prise de Relation Inter Maxillaire (RIM) compliquée à cause des dents antérieures ectopiques. C'est également une technique compliquée au laboratoire avec des problèmes de prévision du volume des crêtes au moment du montage des dents. Cette technique assez délicate requiert beaucoup d'expérience.

IV-3. Protocole : étapes cliniques :

Les extractions postérieures se font après un assainissement parodontal. Il faut attendre 4 à 6 semaines avant le début de la conception prothétique.

D'après la littérature, et selon la publication du ***Dr Buchard en 1978*** **(14)** et les ouvrages ***de C. et JM. Rignon Bret*** **(48) (49) (50) (51) (52)** ainsi que ceux ***d'O. Hüe*** **(25)**, cette technique est reproductible et les étapes cliniques se déroulent comme suit :

IV-3.1.Extractions des dents postérieures :

Il faut conserver les dents antérieures afin de préserver l'intégrité esthétique vis-à-vis de l'entourage du patient. D'après la littérature, il faut recréer une situation de classe I de Kennedy-Applegate afin d'obtenir une cicatrisation ostéo muqueuse. Ceci permet d'obtenir une meilleure empreinte, de faciliter l'enregistrement des RIM (en évitant les interférences) et de créer une surface d'appui de qualité et stabilisée. **(10)**

IV-3.2. Empreinte primaire :

Elle doit être la plus précise possible, à l'aide d'un alginate de classe A (hydrocolloïde irréversible). Avec un porte-empreinte du commerce perforé ou type Rimlock (non perforé). Il faut enregistrer le maximum de structures anatomiques visibles au repos. La lecture d'empreinte doit permettre de voir l'ensemble des surfaces d'appui, le voile palais, le fond vestibule etc… Si les dents sont mobiles et que l'empreinte comporte un risque « d'avulsion » accidentelle, il faut combler au préalable les espaces inter-dentaires avec de la cire ou avec des petits morceaux de compresse ou de coton. Il est aussi possible de coller une contention pour solidariser les dents entres elles. **(41) (28)**

IV-3.3. Porte empreinte individuel: PEI

Le PEI est réalisé en résine dure, avec des remparts alvéolaires afin de ne pas affaisser les tissus para-prothétiques lors de la prise d'empreinte. Ses limites sont à distance de la muqueuse alvéolaire sans entraver le jeu musculaire. Le PEI est espacé au niveau des dents avec une épaisseur de cire (1.5mm) et ajusté au niveau des crêtes. Il existe plusieurs types de PEI selon la situation clinique : ***(33) (26) (10) (44)***

- Simple : environ 1 à 2mm du fond du vestibule. Ce PEI est utilisé lorsqu'il n'y a aucun risque d'extraction accidentelle au moment de l'empreinte ou de risque de fracture du modèle secondaire au laboratoire.



Fig. 7: PEI simple

- Segmenté ou fenêtré en deux parties : Ce PEI facilite l'impression du joint antérieur lorsque les dents sont trop vestibulées et qu'il y a une forte contre dépouille. Ainsi il évite les sur-épaisseurs et sur-extensions. Une fois le joint réalisé, le PEI est garni de permlastic et inséré en bouche. Ensuite, on applique un silicone ou alginate sur les dents apparentes (grâce à la fenêtre du PEI), puis on repositionne la petite fenêtre afin de réaliser l'empreinte de l'ensemble. Le tout est solidarisé avec des encoches le temps de l'empreinte. Une fois coulée, on démonte les 2 parties. Ainsi lors du démoulage il y a moins de risque de fracture.



Fig 8: PEI fenêtré

- Si les dents sont trop mobiles ou en cas de trop forte contre dépouille antérieure : Ce PEI comprend une ouverture vestibulaire que l'on démonte en bouche une fois que le matériau d'empreinte a pris. Ceci permet d'éviter une extraction non désirée lors de la désinsertion.

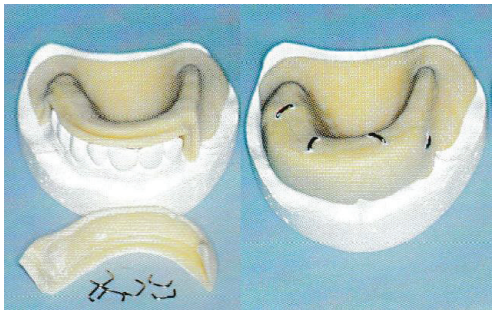


Fig 9: PEI fenêtré avec ouverture vestibulaire

IV-3.4. Empreinte secondaire :

Dans un premier temps le PEI est ajusté. On visualise à l'aide d'un matériau polyéther les zones qui interférent avec les bords du PEI : toutes les zones où le PEI transparait, car trop compressives, doivent être meulées. Les bords du PEI doivent être à distance de la muqueuse alvéolaire afin de ne pas entraver le jeu musculaire. L'opération se fait avec la plus grande attention au niveau antérieur où on peut d'ores-et-déjà meuler jusqu'à obtenir un profil harmonieux.

Sans cette condition nous n'aurons pas un joint parfait, c'est-à-dire avec une fine couche homogène de matériau. ***O. Hüe et M-V. Berteretche*** **(10)** reprennent ce protocole en se basant sur la littérature :

On réalise d'abord l'empreinte périphérique : 2 zones donc 2 techniques :

- Dans la région édentée : Joint périphérique et postérieur à la pâte thermoplastique de Kerr au niveau de la région palatine et des secteurs postérieurs.
- Dans la région dentée: Joint périphérique antérieur : il y a très souvent une contre dépouille causée par la crête alvéolaire vestibulaire et la présence des dents résiduelles, donc il faut utiliser un matériau souple comme le polyéther moyenne (Imprégum) ou haute viscosité (Permadyne orange). Ces matériaux, très souples, permettent malgré la contre dépouille d'enregistrer au mieux, sans trop de sur ou de sous-extension.

Puis on réalise l'empreinte de la surface d'appui :

- A l'aide d'un polysulfure basse viscosité (Permlastic light). Ce matériau possède des propriétés intéressantes : sa fluidité facilite l'insertion du PEI lors de l'empreinte. Son élasticité après polymérisation facilite la désinsertion sans déformation.

Ces deux empreintes sont réalisées en effectuant un « triming » afin de permettre d'enregistrer la dynamique musculaire.

Il est très important de maitriser les techniques d'empreintes afin d'exploiter les facteurs de sustentation, stabilisation et rétention.

IV-3.5. Maquette d'occlusion et Relations Inter-Maxillaires (RIM) :

Elle est composée d'une base en résine pour plus de stabilité. Le bourrelet d'occlusion, en cire moyco ou en stent's, est situé au niveau des dents manquantes, indéformable en bouche et sous pression occlusale. **(41)**

IV-3.5.a) Détermination du plan d'occlusion prothétique:

▪situation du point inter incisif :

Les patients atteints de parodontite sévère terminale possèdent des dents délabrées qui ont migré par manque de support osseux. Par conséquent le point inter incisif peut être déplacé dans le plan frontal, sagittal ou horizontal modifiant le profil labial. Sa correction, souvent difficile à établir cliniquement lors des essayages, est primordiale pour transmettre au laboratoire les bonnes informations sur l'esthétique et la fonction occlusale de la future prothèse.

D'après les publications de :***Viennot S. and coll*** **(57)**, et ***Begin M. and coll*** **(6)** :

Selon la situation pré prothétique, la position du point inter-incisif varie :

- lorsqu'il est bien situé : sa position ne nécessite aucune modification. On peut reproduire l'esthétique initiale en respectant les règles de la prothèse amovible complète. Cette situation est la plus facile.

- Lorsque le point inter incisif est trop vestibulé : sa position doit être resituée dans une situation plus palatine à l'aide d'un bourrelet en silicone (élastomère haute viscosité) solidarisé avec la maquette.

Fig 10: Les dents sont trop vestibulées, le bourrelet en silicone préfigure la position du point inter incisif dans le plan sagittal mais aussi vertical. Ainsi, le prothésiste a tous les éléments nécessaires pour visualiser le plan d'occlusion.



Niveau du futur plan d'occlusion

- Lorsque le bord incisif est trop bas (dents égressées) : sa position doit être resituée plus apicalement. Afin de communiquer toutes les informations au prothésiste, il faut le reporter sur le modèle secondaire à l'aide d'une mine de crayon. En présence de contacts antérieurs, il faut augmenter la hauteur du bourrelet pour éviter les interférences dento-dentaires. Au moment du transfert sur articulateur, on déduit cette hauteur grâce à la tige incisive.

Fig.11 : Ces dents égressées obligent à positionner le bourrelet plus bas et parallèle au plan de Camper, à l'aide de la réglette de Fox, afin d'éviter tous contacts antérieurs. Dans un second temps on reporte la situation du bord incisif sur le modèle secondaire pour le prothésiste.

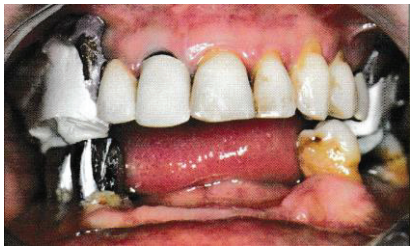
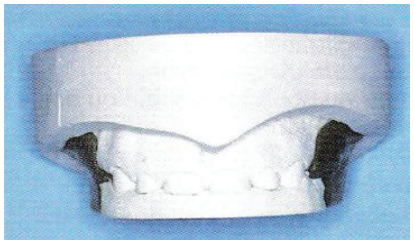


Fig.12 : Sur ces dents en égressions, on matérialise à l'aide d'une mine graphite la bonne position du point inter incisif dans le plan frontal. Dans un second temps, le reporter sur le modèle secondaire.



- Lorsque que le bord incisif est trop court apicalement (abrasion dentaire…) : sa position doit être resituée plus bas coronairement. On utilise un bourrelet en silicone solidarisé à la maquette pour tester la phonation et régler notre bourrelet selon les règles de la prothèse amovible complète.

Fig.13: Photo avec apport silicone sur la maquette pour matérialiser en bouche le bord libre.



▪ Orientation des plans :

Ces plans respectent les règles de la prothèse amovible complète conventionnelle : **(41) (10) (57)**

- Pour le bloc antérieur : le bord libre du groupe incisivo-canin (matérialisé par marquage au feutre ou du silicone) doit être parallélisé avec la ligne bi pupillaire à l'aide de la réglette de Fox

Voici les principales situations cliniques illustrées par des schémas pour déterminer le bon plan d'occlusion dans le sens vertical.

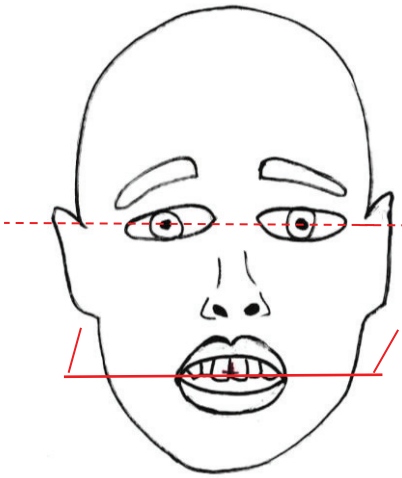


Fig.14 : Dents égressées : la situation du bord libre dans le plan frontal, matérialisée à la mine graphite est parallélisée à la ligne bi-pupillaire.

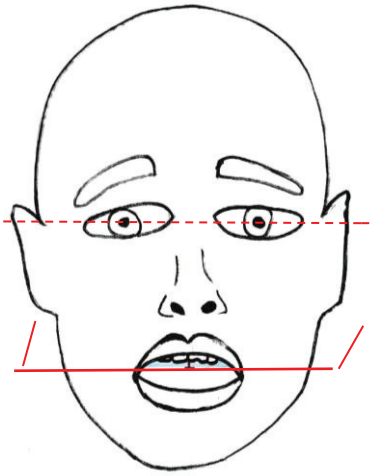


Fig.15: Dents trop abrasées : la situation du bord libre dans le plan frontal, matérialisée par du silicone est parallèle à la ligne bi pupillaire.

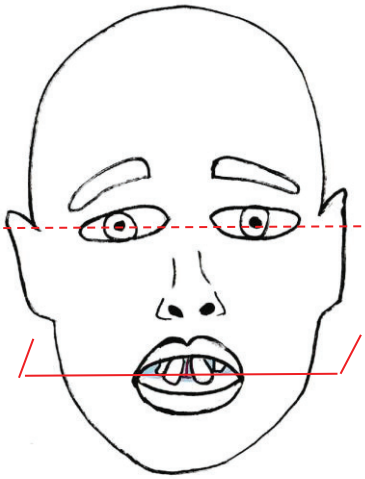


Fig.16: Situation la plus complexe : dents vestibulées et en mal position. Nous avons vu précédemment que cette situation clinique nécessite d'utiliser un bourrelet d'occlusion plus bas pour éviter les contacts antérieurs. Le silicone permet de situer exactement la situation du bord libre dans le plan frontal et sagittal et doit être parallèle à la ligne bi-pupillaire.

- Pour la partie postérieure : le bourrelet doit être parallélisé au plan de Camper grâce à la réglette de Fox.

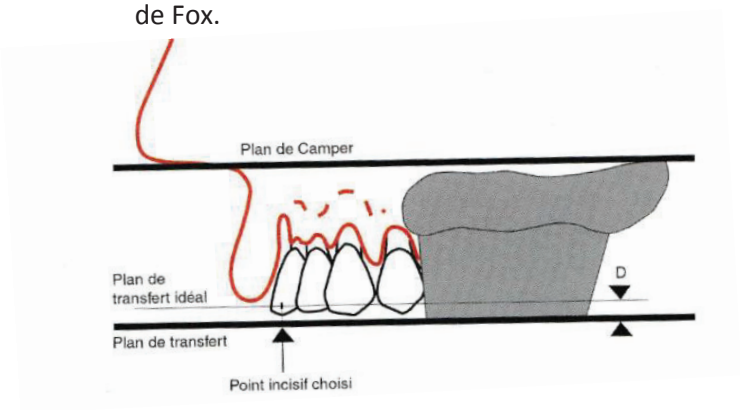


Fig.17: Schéma de profil avec le bourrelet plus bas et parallèle au plan de camper, évitant tous contacts antérieurs et tous risques de reflexes d'évitements lors de l'enregistrement.

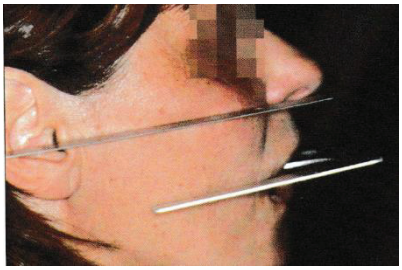


Fig.18 : La réglette de Fox parallélise le bourrelet par rapport au plan de Camper

IV-3.5.b) Détermination de la Dimension Verticale d'Occlusion idéale: (DVO)

Puisqu'il n'y a plus de dents postérieures, la dimension verticale est alors recherchée. Elle est située entre la DV de repos du patient (méthode indirecte à l'aide de la gorgée d'eau) et la DV résiduelle pathogène (les dents restantes ne sont jamais fiables).

La détermination du rapport intermaxillaire est une étape très important, car elle préfigure l'occlusion en intercuspidation maximale, point de départ et d'aboutissement des cycles masticatoires. Cela permet un rapport intermaxillaire de qualité, garant d'un bon équilibre prothétique, assurant la pérennité des prothèses. **(41)**

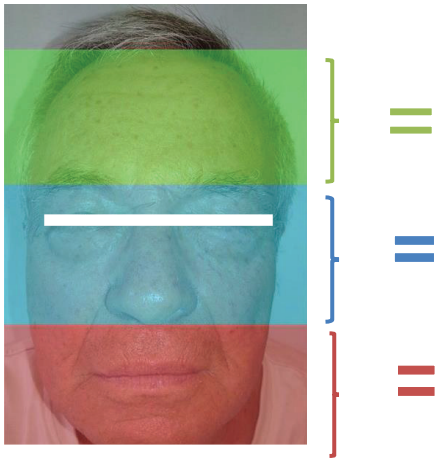


Fig.19: étages proportionnels.

Nous avons vu précédemment que lorsque les dents sont en malpositions, la DVO est calculée à partir de la DVE (d'évaluation) : le bourrelet reste strictement parallèle au plan de Camper mais se situe quelques millimètres plus bas afin d'éviter des interférences dento-dentaires, qui apporteraient trop d'erreurs lors du transfert sur articulateur. Tout contact dentaire pourrait induire une déviation et fausser l'enregistrement. **(10) (57)**

IV-3.5.c) Enregistrement de la Relation Centrée : RC

Comme en prothèse complète conventionnelle : on enregistre la position d'équilibre neuro musculaire de référence, dans le plan sagittal, afin de permettre le transfert du modèle mandibulaire sur Articulateur Semi Adaptable. La RC est enregistrée selon la technique des encoches ou lame de Brill à l'aide d'une cire thermoplastique : l'Aluwax. C'est une référence musculaire et articulaire évitant tous contacts dento-dentaires. Pour se faire, le patient doit être calme et détendu, en position assise, pieds au sol et le regard à l'infini. **(41) (10) (37) (24)**

Si nous souhaitons augmenter la DV d'enregistrement pour éviter les contacts antérieurs, il suffit d'utiliser une ou plusieurs épaisseurs de cire (cf. *IV-3.5.a)*).

Le modèle maxillaire étant monté avec arc facial, le modèle mandibulaire est ensuite monté sur articulateur avec une DVE en RC. En fonction de l'épaisseur de cire nécessaire lors de l'enregistrement, la tige incisive est diminuée d'autant pour compenser l'augmentation de la DVO. Cette correction se fait sans erreurs car les modèles sont montés selon l'axe charnière.

IV-3.5.d) Choix des dents :

Le choix de la forme, de la teinte et des caractéristiques particulières se font selon les désirs du patient et les données cliniques. C'est une étape très importante qui permet au patient de s'impliquer à son traitement. **(41)**

Ce choix permet au patient d'exprimer ses attentes à travers d'anciennes photos. Le praticien doit faire la synthèse entre les souhaits du patient et de l'analyse clinique. **(10)**

Le praticien peut modifier les aspects de sa personnalité, donc le patient doit ici coopérer et être acteur dans la prise de décision car son adhésion psychologique est primordiale pour l'intégration prothétique. **(34)**

Les règles de la prothèse complète imposent un montage des dents selon une occlusion totalement équilibrée, selon ***Gysi***. **(8)**

IV-3.6. Transfert sur articulateur semi adaptable :

Comme en prothèse amovible complète conventionnelle **(41) (33)**:
Le modèle maxillaire est monté à partir de la maquette maxillaire à l'aide d'un arc facial.
Le modèle mandibulaire est monté à partir de la maquette mandibulaire à l'aide des RIM.

IV-3.7. Essayage fonctionnel :

Comme en prothèse amovible complète conventionnelle **(41)** : cette séance nous permet de vérifier le bon engrènement en intercuspidation optimale, la teinte, une DVO correcte et une bonne orientation du plan d'occlusion. S'il y a un problème d'occlusion, on devra effectuer un articulé de Trench et remonter les dents correctement.

C'est une étape obligatoire, car une erreur peut avoir été produite au moment de l'enregistrement des RIM, comme par exemple un pro glissement de la mandibulaire, une déviation reflexe non gérée etc…

IV-3.8. Montage des dents antérieures / polymérisation / guide chirurgical:

Le protocole est basé sur les publications de : ***Berteretche M-V.*** **(10)** et ***Viennot S. and coll*** **(57)**
Afin de réaliser le montage des dents au laboratoire, on utilise une clé de montage.
Pour visualiser l'emplacement des dents et du point inter incisif, deux clés en silicone sont réalisées:

- une clef vestibulaire au maxillaire
- une clef en occlusal à la mandibule

Si la situation des dents antérieures est correcte et que l'on veut exactement les mêmes dents, il est possible d'utiliser des clés pour reproduire la même position et forme des dents.

Les trois figures suivantes montrent un cas simple avec des dents égressées :



Fig.20 : Report de la ligne du sourire dans le plan vertical sur le modèle secondaire.

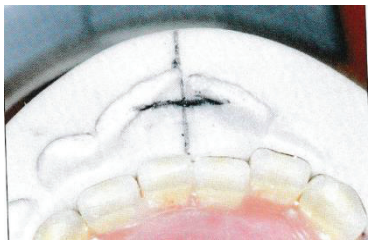


Fig.21 : Clef occlusale mandibulaire pour matérialiser la situation horizontale du point inter incisif



Fig.22 : Clef vestibulaire : matérialise la position verticale du point inter incisif.

Une fois les clefs réalisées, les dents sont coupées à ras du collet sur le modèle. La résection osseuse sur le plâtre se fait aussi bien en épaisseur qu'en hauteur.
Ce niveau de résorption est effectué en fonction des mesures prises avec une sonde parodontale par le praticien afin de pré-visualiser le niveau osseux.



Fig.23 : Profondeur des poches pour situer le niveau osseux.

Un remodelage supplémentaire est effectué si l'épaisseur prothétique entre le modèle et la prothèse est insuffisant.

Les clefs en silicone permettent de visualiser :

- l'épaisseur suffisante pour la prothèse (sinon réduction de nouveau)
- la situation des dents antérieures

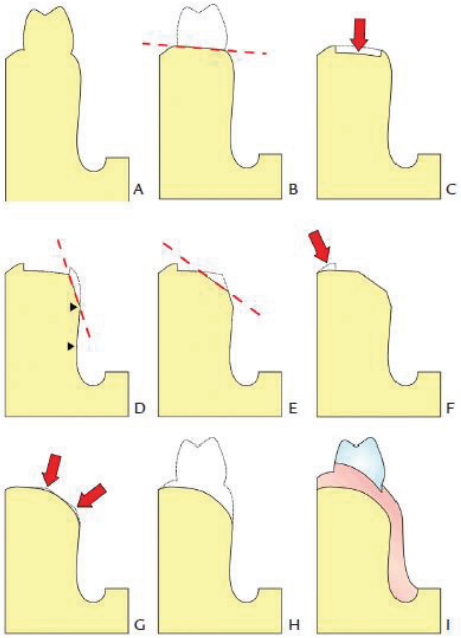


Fig.24 : La technique de remodelage particulière en cassant les angles selon Jerby : **(40)**

A : Coupe transversale

B : Elimination de la couronne

C : 1mm de profondeur pour éliminer la zone radiculaire

D-E-F : Biseaux sur les bords en fonction du fond de la poche parodontale

G : Affinage (prévisualisation de la résorption)

H-I : Placement de la dent + gencive prothétique



Fig.25 : Modèle secondaire après préparation au laboratoire. Les dents peuvent alors être montées à l'aide des clefs en silicone, en fonction de l'observation clinique et des impératifs prothétiques.

IV-3.9. Confection du guide chirurgical au laboratoire :

Fig.26 : Guide chirurgical déterminant la morphologie de la crête à obtenir lors de la chirurgie. En résine transparente, c'est la réplique exacte de l'intrados de la prothèse. **(*14*)**



IV-3.10. Avulsion des dents antérieures et pose simultanée de la prothèse amovible complète immédiate :

Le guide chirurgical permet de contrôler les zones de compressions et ainsi de contrôler et d'éviter une résorption traumatique. La résection se fait en fonction de l'esthétique et des données cliniques, donc elle doit être identique en clinique et au laboratoire. **(4)**

Ainsi en contrôlant la sustentation prothétique on aura une meilleure répartition des forces, préservant ainsi les surfaces d'appui, et favorisant une meilleure rétention et stabilisation.

Une anesthésie loco régionale sans vasoconstricteur est réalisée, afin de faciliter l'évacuation de l'œdème dû à l'anesthésie, et de voir plus facilement les zones blanchies dites compressives lorsque l'on insère le guide chirurgical.

Les dents sont extraites en effectuant des incisions intra-sulculaires et papillaires. On réalise un décollement de pleine épaisseur. Les extractions sont réalisées délicatement en veillant à préserver la table osseuse externe.

On effectue une régularisation de crête à l'aide du guide chirurgical. Le contact intime entre la muqueuse et le guide doit être uniforme.



Fig.27: Guide chirurgical avec zone compressive

Précision



Fig.28: Régularisation du point compressif

Après la chirurgie, on donne au patient un antalgique qui prend le relais de l'anesthésie et une poche de glace qu'il applique sur la zone antérieure tuméfiée pour limiter l'œdème.

Lors de la mise en place de la prothèse, le patient mord sur 2 rouleaux de cotons pendant 5 minutes. **(10) (25)**
Nous recommandons au patient de ne pas enlever sa prothèse pendant les 48 à 72 heures suivant la pose. Il est conseillé de faire des bains de bouche avec la prothèse en place dès le lendemain.
Un rendez-vous est pris à 48h afin que le praticien contrôle l'occlusion et nettoie la prothèse.

IV-3.11. Suivi et accompagnement :

Un patient bien préparé et motivé présente les conditions idéales à l'intégration de sa future prothèse amovible. En effet selon ***LEJOYEUX J.*** **(32)**, il ne peut y avoir d'intégration organique ni d'adaptation possible à une prothèse amovible si son intégration psychique n'existe pas. L'intérêt des conseils est l'occasion d'aborder les problèmes et de répondre aux questions que le patient peut se poser tout au long de l'intégration prothétique. Il faut donner au patient ces fiches conseils avant le jour de l'insertion afin de ne pas surcharger la séance de la pose et pour qu'il puisse s'y préparer ou poser les questions nécessaires. Tout ceci lui permet de comprendre que la mise en place d'une prothèse demande du temps et des efforts, tout en se sentant accompagné dans cette démarche. **(41)(12)(25)**

Lorsque la prothèse est insérée, le patient doit prendre conscience qu'une rééducation s'impose :

Il devra surmonter les obstacles qui pourraient s'interposer tout au long de son apprentissage comme l'hyper-salivation, la perte du goût des aliments, des réflexes nauséeux etc. Le patient doit comprendre qu'il ne pourra pas se nourrir immédiatement comme avec des dents naturelles. Des idées de menus triées par texture lui sont proposées. Une alimentation équilibrée est indispensable, en arrêtant de mixer les aliments. Il doit essayer, dès la première semaine, de manger les aliments coupés en petits morceaux. Les aliments sont préparés de manière à être facilement ingérés et agréable à manger, afin de garder au repas son côté convivial et avec le plaisir d'être pris en communauté. **(20)**

Plusieurs équilibrations prothétiques doivent être programmées afin de diminuer au maximum ses problèmes. Le patient est écouté, ses doléances sont prises en compte et gérées lors des rendez-vous suivants. Une fois les prothèses délivrées, il ne s'agit pas de délaisser le patient.

Déroulement des séances (12):

- Quelques jours avant la pose prothétique, une fiche de conseils lui est donnée: **(20)**

- 1ere semaine et le jour de l'insertion prothétique il faut essayer d'aborder la mastication bilatérale et d'appréhender des textures que nous qualifions de molles. Une rééducation masticatoire est instaurée c'est-à-dire qu'une progression dans les textures est mise en place. La liste des menus correspondants à la texture lui est remise ainsi qu'une fiche d'entretien. L'apprentissage de l'introduction de particules alimentaires de plus en plus grosses et de plus en plus dures facilitera l'intégration de la prothèse. L'hygiène est également contrôlée.

- 2e semaine : la séance permet de revenir sur les difficultés de la mastication bilatérale. Le patient peut commencer à ingérer des aliments de textures souples.

- Entre 15 et 30 jours après l'insertion, le patient doit avoir acquis une certaine habileté masticatoire. Cette phase peut être repoussée en fonction des aptitudes du patient et des problèmes d'intégration qui peuvent survenir. Les principes d'hygiène prothétique sont acquis.

- *Avant l'insertion* : comme en PAC conventionnelle il faut tout d'abord **(25) (42)**:

- Vérifier les aspérités dans l'intrados et l'extrados de la prothèse à l'aide d'une compresse (celle-ci ne doit pas accrocher), les polir si nécessaire.

- Analyser les différentes concavités et les embrasures qui occasionneraient des stagnations bactériennes

- Régler l'occlusion sur articulateur car des erreurs liées à la polymérisation peuvent avoir eu lieu

- *Le jour de la pose il faut :* **(41)**

- Introduire la prothèse mandibulaire puis maxillaire, et faire mordre entre deux rouleaux de cotons pendant 5 minutes. Ceci favorise la coaptation entre l'intrados et les tissus et on peut contrôler ainsi la rétention et la stabilisation.

- Vérifier en bouche le respect de l'intégrité tissulaire : il ne doit pas y avoir de douleur sous pression occlusale, ni aucune sur-extension (liberté jeux des insertions musculaires) ou de sur épaisseur.

- Régler dans un premier temps l'occlusion statique. Les contacts doivent être bien répartis sur les surfaces d'appui et c'est ainsi que l'on vérifie la sustentation. Ceci est indispensable si on veut éviter tout risque de résorption traumatique suite à une surpression occlusale.

Après la pose prothétique le praticien doit :

- *A 48h :* **(20)**

- Enlever la prothèse et la laver.
- Vérifier la cicatrisation.
- Parfaire et corriger l'occlusion si nécessaire.

- A 8 jours : Régler l'occlusion excentrée, en propulsion, pour parfaire l'occlusion totalement équilibrée. **(20)**

- A 15 jours : Régler l'occlusion excentrée, en diduction, pour parfaire l'occlusion totalement équilibrée. **(20)**

Un contrôle est réalisé toutes les semaines durant le premier mois, en perfectionnant l'occlusion, par petits meulages sélectifs pour une équilibration occlusale optimale.

Par la suite un contrôle tous les mois suffit. Au 3e ou 4^{e} mois il est impératif de vérifier l'adaptation entre la muqueuse et l'intrados prothétique :

- Si celle-ci est bien adaptée, le patient consulte par la suite tous les 3 à 6 mois.
- S'il y a eu résorption osseuse il faudra réaliser un rebasage avec rétablissement d'une occlusion homogène.
- Si la résorption est trop importante, une réfection des prothèses est nécessaire.

Un suivi rigoureux est indispensable car les dents s'usent et l'occlusion change au fil du temps. Il faut donc entretenir par la suite une relation durable avec le patient au moins une fois par an.

V - Accompagnement psychologique du patient

V-1. Lors de la réalisation :

Le dentiste a un rôle très important à jouer dans la compréhension, l'écoute et l'empathie. Il faut dès les premières séances instaurer une véritable atmosphère positive pour favoriser la suite du traitement. Le patient a un lourd passé médical et parfois traumatisant. Il doit se sentir en confiance et savoir que le dentiste sera disponible. Il ne doit pas se sentir délaissé, ni poussé trop rapidement dans son traitement, car le sujet cherche sa place et souhaite avant tout s'exprimer. Tout le temps passé avant et après le traitement fait partie de la thérapeutique. Il est donc indispensable de prendre son temps, et de démarrer le traitement au bon moment pour diminuer le risque de refus. **(30)**

Une étude de ***Pouyssegur V. and coll*** **(45)** utilise sur deux années une aide de diagnostic des doléances et leur évaluation tout au long de la réalisation prothétique. Cette évaluation se fait à partir d'une réglette numérique notée de 1 à 10 permettant de quantifier l'insatisfaction ou la douleur par des chiffres. Rappelons que l'inconscient du sujet vit l'édentement comme une honte et une culpabilité renvoyées au praticien. Il lui est difficile de s'exprimer sincèrement et clairement sur ses ressentis. On utilise cette réglette dès le début du traitement, ainsi le patient est plus précis et ses explications, moins entachées de gêne ou de résignation. Les ressentis sont traduits en chiffres de satisfaction ou d'insatisfaction. Grâce à cet outil, son implication dès la première étape, le conduit à l'appréciation plus objective de sa future prothèse.

V-2. Lors de l'insertion :

Nous avons vu précédemment que l'édentement est la perte irréversible de toutes les dents présentes en bouche. C'est une mutilation irréversible qui prive de fonctions vitales, psychoaffectives ainsi que de nombreux plaisirs. **(29)**

La définition de la santé est un complet bien-être physique, moral et social, la perte dentaire est donc vécue comme un réel handicap, toujours mal ressenti par le patient.

Ce passage à l'édentement est un « cap » psychologique difficile à franchir, donc le patient doit s'appuyer sur une relation praticien-patient saine. Il est important d'établir un véritable « pacte » de confiance l'une (motivation du patient) envers l'autre (professionnel de santé/communication non verbale). C'est cette alliance et les fiches conseils qui permettent de limiter le risque de refus lorsque les prothèses sont délivrées.

Il ne faut pas oublier que la solution prothétique est peu satisfaisante pour le sujet car il n'aura jamais la sensation physiologique de ses vraies dents naturelles. Le patient n'a pas d'autre choix que de s'adapter à cette nouvelle prothèse, sinon de la rejeter car loin d'être une troisième dentition. **(36)**

Le praticien doit tout mettre en œuvre pour que l'intégration physique soit la meilleure possible, en espérant que l'intégration psychique en découle. **(5)**

Rappelons que l'acceptation de la perte dentaire facilite l'intégration psychocorporelle de ce corps étranger, on l'acquiert grâce à la participation active et consciente du sujet face à son édentement. Chez certains patients cela peut prendre du temps. **(16)**

Une fois posée, c'est avec l'accompagnement et le suivi que commence réellement le traitement par prothèse amovible complète, car le patient est confronté à différents désagréments. Il doit également comprendre qu'une véritable rééducation et apprentissage de ses prothèses s'imposent.

V-3. L'adaptation :

L'adaptation se fait toujours après la pose, en ayant préalablement programmé les rendez-vous. Les séances vont permettre de contrôler et de parfaire l'équilibration des bases sur les surfaces d'appui, ainsi que des surfaces occlusales lors des différents mouvements. La période d'équilibration occlusale se fait du 15^{e} jour jusqu'à la 3eme semaine après la pose selon **Buchard** **(14)**

Les corrections se font à l'aide des produits révélateurs de pression et des feuilles de papier articulé épaisses, dans un premier temps, puis fines pour parfaire l'occlusion.

Le tassement des muqueuses, suite à la mise en place des prothèses, conduit à des relations occlusales plus ou moins différentes du premier jour, aussi bien en Occlusion d'Intercuspidie Maximale qu'en excursion mandibulaire. Par la suite, une occlusion peu optimale peut provoquer une résorption osseuse traumatique durant les quatre premiers mois après la pose de la prothèse. **(41)**

Si une blessure est présente, il faut tout d'abord vérifier les contacts dans tous les mouvements car une simple interférence en diduction peut en être l'origine. Si l'occlusion est correcte, un meulage précis à la fraise résine est réalisé au niveau de la zone douloureuse révélée à l'aide d'un révélateur de pression. Un polissage est ensuite indispensable. **(52)**

Grâce à l'échelle numérique **(45)**, la coopération active du patient permet une adaptation plus aisée, ce qui permet une prise en charge plus efficace et prévient les doléances. Les rectifications étant évaluées quantitativement, le patient devient directement acteur de son traitement et participe. La période d'adaptation est ainsi raccourcie.

V-4. Doléances après la pose prothétique et suivi :

Doléance : plainte au sujet d'un grief : douleur ressentie par le patient. Le terme grief désigne un dommage que l'on subit. Il le décrit et le renvoie au praticien face à son douloureux édentement. **(13)**

C'est le jour de la pose des prothèses que commence le traitement de l'édentation totale ce qui engendre tous les problèmes de doléances inévitables. Le praticien doit anticiper et expliquer que la prothèse est un « corps inerte » placé dans un milieu buccal vivant, en perpétuelle évolution. **(34)**

L'introduction d'une prothèse provoque douleur, blessures et gênes. Il ne faut pas le cacher au patient. Ceci peut résulter d'une insuffisance de précision technique ou d'un rejet par le patient. Le degré de satisfaction est fortement corrélé au confort, à l'esthétique, à la fonction et la phonétique. L'implication et toutes les composantes psychologiques éprouvées par le patient conditionnent l'appréciation de la qualité des prothèses. Donc l'appréciation peut être facilement altérée, indissociable des nombreuses plaintes adressées au praticien. **(41) (25) (33)**

Néanmoins la perception négative du patient peut être largement atténuée, si on lui explique préalablement qu'il peut y avoir des petites zones douloureuses et des modifications à réaliser. De plus, le praticien peut supprimer les blessures et affiner la prothèse, pour finir la séance sur une note positive, afin que le patient soit content esthétiquement. **(34)**

Pouyssegur V. **(45)** insiste sur la difficulté de la prise en charge car les doléances, peu objectivables, peuvent dégrader la relation praticien patient et à terme aboutir au rejet de la prothèse. Donc l'échelle numérique permet d'objectiver au maximum ces doléances, et présente un atout majeur pour faciliter leur prise en charge.

V-4.1. Doléances immédiates : (25) (42)

Elles sont exprimées directement après la pose de la prothèse et concernent l'instabilité, le manque de rétention, les porosités, les nausées, l'hyper-salivation, les brûlures buccales et les problèmes de déglutition liées à une hypo-salivation, un encombrement buccal, une prothèse trop volumineuse, les difficultés de mastication, les problèmes d'élocution, un défaut d'étanchéité postérieure durant l'alimentation. Le praticien doit donc expliquer au patient que cela est réversible et nécessite une période d'adaptation plus ou moins longue.

La variation (distorsion post polymérisation) peut modifier la prothèse occasionnant des zones compressives sur les surfaces d'appui ainsi que des problèmes d'occlusion.

V-4.2. Doléances médiates : à court terme : (25) (42)

Ces gênes sont exprimées quelques jours après la pose. Ce sont les blessures ou ulcérations occasionnées par l'intrados ou une surcharge occlusale, les instabilités et manque de rétention, les morsures jugales ou linguales dues à une mauvaise orientation des pans cuspidiens, les bruits, les stagnations bactériennes causées par la rétention du bol alimentaire sur les surfaces mal polies, les allergies, les problèmes de mastication et de gustation.

La plus part du temps ces signes sont temporaires, occasionnés par la simple introduction des prothèses.

V-4.3. Doléances à long terme : (25) (42)

La satisfaction des prothèses diminue durant les deux premières années. Les gènes s'accumulent, les surfaces occlusales se modifient et s'aplatissent ce qui génère au niveau des tissus mous des contraintes provoquant au long terme des résorptions sur les tissus durs sous-jacents. Face à ces complications, le manque d'entretien s'accentue engendrant les colonisations bactériennes et mycosiques. Il est donc impératif qu'un suivi prothétique soit prévu. Expliquer au patient que l'absence de dents en bouche n'exclut en aucun cas la fin des visites chez un dentiste.

V-5. Qualité de vie et alimentation :

Nous avons vu dans les parties précédentes que la perte dentaire occasionne de nombreux problèmes malgré la pose d'une prothèse de réhabilitation. L'édenté rencontre des difficultés fonctionnelles (mastication, déglutition, langage), de douleur ou d'inconfort, ainsi que des troubles psychosociaux et comportementaux, mais la réalisation prothétique a-t-elle un effet positif sur la qualité de vie et l'alimentation ? Afin d'évaluer ces paramètres, on utilise un indicateur de qualité de vie établi par ***Atchison et Dolan en 1990 : le GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index)***. Cette mesure permet d'évaluer l'impact des conditions orales sur la qualité de vie des individus. Il est constitué de 12 items, et proposé aux patients édentés suite à la réalisation prothétique.

C'est une méthode qui consiste à additionner les scores obtenus pour chaque question, allant de 5 à 1. Le total varie alors entre 12 et 60. Une cotation inversée a été attribuée aux items 3, 5 et 7 du fait de leur formulation inversée. Les scores sont classés selon trois catégories :

- Score ≤ 50 : indice bas traduisant une mauvaise qualité de vie orale, perception d'une santé bucco-dentaire pauvre. Présence de pathologies ou de traitement peu satisfaisant.
- 51 < score < 56 : indice modéré,
- 57 < score < 60 : indice élevé traduisant une bonne qualité de vie orale.

Le but est de montrer que le passage du stade denté au stade édenté appareillé aurait une influence sur la qualité de vie. Un patient avec un désagrément dentaire a-t-il un score GOHAI plus faible que celui obtenu après la mise en place de la prothèse complète?

Toutes les études publiées ne comparent que le GOHAI d'un sujet édenté pré et post insertion prothétique. On peut néanmoins avancer le fait qu'une mauvaise santé bucco-dentaire interfère avec les besoins primaires de la vie (mastication, phonation, déglutition, sexualité) sans oublier la connotation négative que véhicule l'apparence des dents délabrées. Ces patients aux bouches délabrées se retrouvent très probablement, au même titre que le sujet édenté, avec un indice GOHAI faible.

Une étude de ***Wasnik PB. And coll*** **(58)** montre qu'il y a une augmentation signification de l'indice GOHAI de 14 points six mois après la mise en place d'une prothèse complète sur des sujets édentés. Les scores GOHAI ont augmenté, passant de 28,90 + 7,28 à 42,19 + 7,60 (avec une valeur p très significative) attestant d'une amélioration importante dans la qualité de vie chez les personnes âgées après leur réhabilitation prothétique. La mise en place d'une prothèse a donc un impact sur la qualité de vie et la satisfaction des patients varie en fonction du sexe, âge, niveau d'étude.

Ce questionnaire est réalisé auprès de nos deux patients (illustrés dans les cas cliniques de la partie VI) afin d'évaluer leur qualité de vie après la réalisation d'une prothèse amovible complète immédiate au CHU de Nice.

VI- A propos de 2 cas cliniques

VI-1. Premier cas clinique :

VI-1.1. Anamnèse :

Le patient est un homme âgé de 62 ans, en bonne santé générale. Il souhaite remédier à ses désordres bucco-dentaires. Son motif de consultation premier est une gêne causée par des mobilités dentaires maxillaires.

VI-1.2. Examen clinique :

Lors de l'examen nous avons réalisé des photos de la situation initiale :

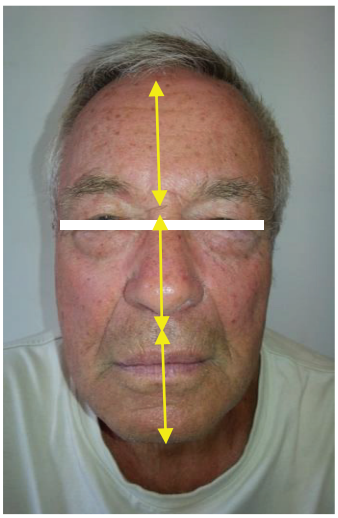


Fig.29 : Photo de face

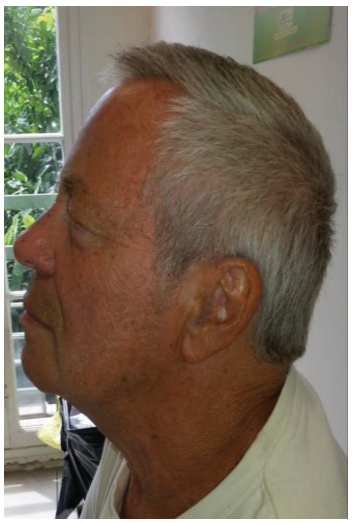


Fig.30 : Photo de profil



Fig.31 : Photo du sourire

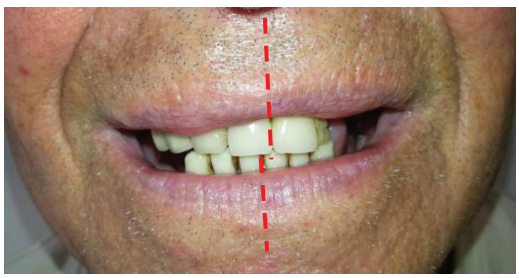


Fig.32 : Photo du sourire

Examen exo buccal : ne révèle aucun problème particulier

- Soutien labial correct,
- Dimension Verticale d'Occlusion (DVO) correcte,
- Etages de la face proportionnels,
- Profil légèrement convexe,
- Absence d'adénopathie.



Fig.33 : Vue occlusale du maxillaire



Fig.34 : Vue occlusale de la mandibule



Fig.35 : Vue endo-buccale secteurs 1/4



Fig.36 : Stellite mandibulaire

Examen endo-buccal :

- Bonne hygiène bucco-dentaire et aucune lésion muqueuse,
- Crête alvéolaire résorbée,
- Toutes les dents présentent des couronnes céramo-métalliques laissant apparaître le métal,
- Les collets des dents maxillaires ne sont pas symétriques,
- Les dents maxillaires sont légèrement égressées.

Une prothèse amovible partielle à infrastructure métallique réhabilite l'arcade inférieure. Le patient ne souhaite pas entreprendre de traitement sur ses dents mandibulaires pour le moment. Il est satisfait et tient à garder ses dents mandibulaires.

Le stellite est retenu au niveau des canines mandibulaires par deux crochets façonnés, sans taquet occlusal et ne présente plus de sustentation.

Examen parodontal :

- Présence de tartre sous-gingival. Cependant il n'y a aucune inflammation gingivale.
- Récessions, classées de 1 à 3 selon Miller, découvrant les racines de toutes les dents.
- Une mobilité de type 2 de Mülheman au niveau des dents maxillaires.
- Profondeur de poche entre 4 et 6 mm .
- Atteinte de furcation sur la 16 de classe 3 de Glickman

Examen occlusal :

- Engrènement inter-maxillaire instable en classe I d'Angle,
- milieu inter-incisif dévié à droite dans le plan frontal, causé par l'ancien traitement prothétique.

Examen radiographique :

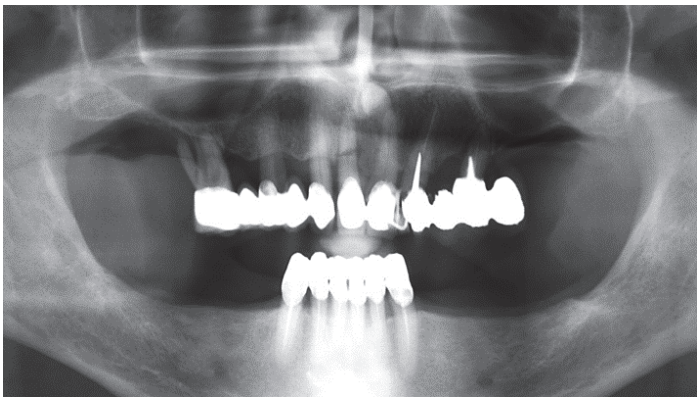


Schéma dentaire :

16	_	14	_	12	11	21	_	24	_	
			43	42	31	32	33			

Fig.37 : Panoramique de Juin 2013

- Alvéolyse horizontale généralisée. Atteinte parodontale importante
- Les dents maxillaires présentent des traitements endodontiques non conformes. Les dents mandibulaires présentent des traitements endodontiques n'allant pas jusqu'aux apex.
- Les dents présentent de nombreux traitements laissant imaginer un « lourd passé dentaire ».
- Edentement de classe I de Kennedy-Applegate au maxillaire comme à la mandibule à laquelle est associé un stellite. Ce type d'édentement place le patient dans une situation favorable pour la réalisation d'une prothèse amovible complète immédiate, car il suffit d'extraire la 16 et 24 pour libérer les secteurs postérieurs.

VI-1.3. Diagnostic et étiologie de l'edentement :

La collecte des données issues des examens précités met en évidence une parodontite chronique généralisée sévère. Face à la sévérité des lésions parodontales et mobilités dentaires : l'indication thérapeutique d'avulsion de toutes les dents maxillaires ainsi que des incisives mandibulaires est posée.

VI-1.3. Préparation à la prothèse complète immédiate :

Le patient étant conscient de son état bucco-dentaire et n'ayant pas beaucoup de moyens, nous nous orientons vers la réalisation d'une **prothèse amovible complète d'usage maxillaire et d'un stellite mandibulaire.**

En accord avec lui, nous effectuons une prothèse conforme aux règles de la prothèse amovible complète. Ainsi en tenant compte de la situation occlusale, les dents mandibulaires sur le stellite sont « remontées » correctement, afin d'obtenir une occlusion totalement équilibrée (selon **Gysi)**.

Il est indispensable de bien préparer le patient. Nous nous assurons de sa compréhension, de sa volonté d'extraction des dents restantes et de sa possible acceptation de la prothèse amovible complète. La prise de rendez-vous doit être volontaire de la part du patient.

Dans un premier temps nous réalisons une prothèse amovible complète immédiate d'usage avec remontage des dents mandibulaires sur le stellite existant. Voici les étapes de la réalisation prothétique :

VI-1.4. Traitement :

Protocole de la réalisation prothétique selon la technique du docteur **BUCHARD**:



Fig. 38 : Arcade maxillaire après extractions

Après avoir réalisé un détartrage, on procède à l'avulsion des dents postérieures (16 et 24) en prenant soin de couper le bridge pour préserver l'intégrité esthétique du patient. Après cicatrisation des sites d'extractions, cette technique nous permet d'obtenir une meilleure empreinte et une bonne stabilité des maquettes d'occlusion lors de la prise de RIM. On crée ainsi une surface d'appui de qualité. Il faut attendre 4/6 semaines de cicatrisation ostéo-muqueuse avant le début du traitement.

Séance 1 : Empreinte primaire/ modèle primaire:

On réalise l'empreinte primaire à l'aide d'un alginate de classe A (hydroicolloide irréversible) et d'un porte empreinte du commerce.



Fig.39 : Modèle primaire maxillaire



Fig.40 : Modèle primaire mandibulaire

Confection des Porte-Empreinte Individuels (PEI) au laboratoire :

Sur les modèles primaires issus des empreintes primaires, on réalise les PEI en résine au laboratoire (ajustés au niveau des crêtes et espacés au niveau des dents). Ils sont munis de bourrelets au niveau des secteurs édentés, afin de préfigurer les remparts alvéolo-dentaires. Les limites du PEI sont à distance de la muqueuse alvéolaire afin de permettre l'enregistrement de la dynamique musculaire, sans entraver le jeu musculaire lors de la prise d'empreinte.

Séance 2 : Empreinte secondaire :



Fig.41 : Empreinte secondaire

On réalise une empreinte anatomo-fonctionnelle à l'aide d'un porte-empreinte individuel complet simple, car les dents sont peu vestibulées. On utilise d'abord la pâte de Kerr pour la limite palatine et le joint rétro-tubérositaire. Ensuite, pour l'empreinte de surfaçage, on garnit le PEI d'un polysulfure de basse viscosité : Permlastic light.

Réalisation de la maquette d'occlusion au laboratoire :

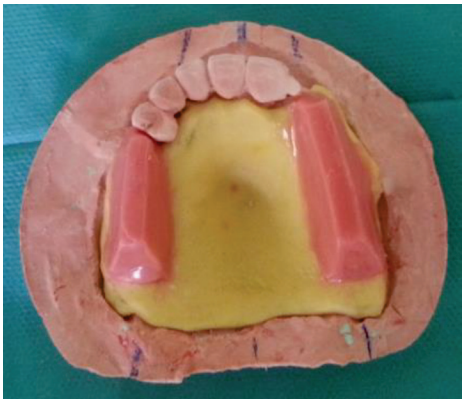


Fig.42 : Maquette d'occlusion

Sur les modèles issus des empreintes secondaires on réalise les maquettes d'occlusion en résine munies de bourrelets en cire moyco, indéformable en bouche et sous pression occlusale.

Le stellite mandibulaire abrasé est utilisé afin de recréer via une adjonction de résine, un Plan d'Occlusion prothétique idéal et de visualiser l'emplacement des futures dents mandibulaires.

Séance 4 : Enregistrement des Relations Inter-Maxillaire (RIM) et choix des dents :



Fig.43 : Prise de RIM avec cale mandibulaire vue de face



Fig.44 : Prise de RIM avec cale mandibulaire vue de profil droit



Fig.45 : Prise de RIM avec cale mandibulaire vue de profil gauche



Fig.46 : Prise de RIM avec cale mandibulaire vue occlusale

Cette étape a pour but d'enregistrer le rapport inter maxillaire. On détermine la DVO idéale. Le plan d'occlusion de la maquette maxillaire est parallèle au plan de Camper, objectivé par la réglette de Fox. Dans le plan frontal, le plan d'occlusion doit être parallèle à la ligne bi-pupillaire. Les indices de Lee sont tracés sur la cire moyco. Ils permettent ici de communiquer au prothésiste la position de la pointe canine au niveau du secteur 2 (seule indice possible du fait de la présence des dents antérieures). Pour obtenir une occlusion totalement équilibrée, l'aménagement de l'arcade antagoniste se fait à l'aide d'une clef mandibulaire permettant de préfigurer le plan d'occlusion, avec une DVO correcte. L'enregistrement de la position d'équilibre neuromusculaire : en Relation Centrée (RC) est réalisé à l'aide des encoches et chevrons antagonistes puis les modèles sont ensuite transférés sur Articulateur Semi Adaptable (ASA).

Les dents mandibulaires seront remontées sur le stellite existant, en respectant les règles de la prothèse amovible complète (l'occlusion totalement équilibrée) afin de participer à la stabilisation de la prothèse maxillaire.

Séance 4 : Essayage esthétique et fonctionnel :



Fig.47 : Essayage « esthétique » et « fonctionnel »



Fig.48 : Essayage « esthétique et fonctionnel »



Fig.49 : Essayage « esthétique et fonctionnel »

Cette étape est comparable à celle de l'essai fonctionnel d'une PAC conventionnelle.

On vérifie avant polymérisation les contacts inter dentaires, la DVO, la bonne orientation des plans, la phonation et l'esthétique des dents prothétiques.

Contacts inter dentaires :



Fig.50 : Contacts en OIM au maxillaire



Fig.51 : Contacts en OIM à la mandibule

L'occlusion est parfaitement réglée afin de participer à la stabilité de la prothèse amovible complète maxillaire.

Report du niveau du plan d'occlusion et des indices de Lee sur le modèle secondaire:



Fig.52 : Report du plan d'occlusion



Fig.53 : Report du plan d'occlusion secteur 1 /4

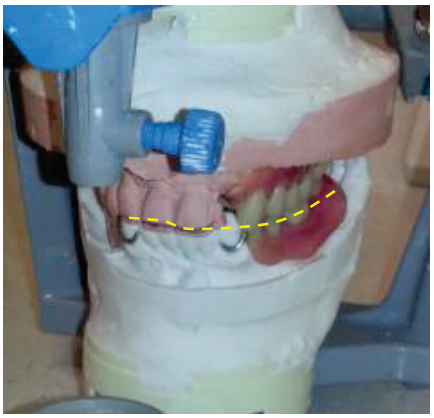


Fig.54 : Report du plan d'occlusion secteur 2/3

Tracé du niveau du plan d'occlusion de la maquette (dans le plan vertical) sur les dents du modèle secondaire maxillaire, car les dents ont égressé. La ligne inter-incisive est correcte par rapport au plan sagittal médian. La ligne des collets est bien située. Ainsi à partir d'un plan d'occlusion prothétique adapté, le prothésiste a tous les éléments nécessaires pour la finalisation de la prothèse amovible complète immédiate au laboratoire.

Séance 5 : Avulsions des dents antérieures et insertion de la prothèse amovible complète immédiate



Fig.55 : Avulsion des dents antérieures



Fig. 56 : Guide chirurgical

Une résection osseuse est soigneusement réalisée à l'aide du guide chirurgical pour éviter d'éventuels spicules osseux traumatisants et douloureux pour le patient. Ce guide en résine transparente est conforme à l'intrados de la prothèse, permettant de guider la cicatrisation osseuse. Le remodelage osseux est identique et conforme à l'intrados de la prothèse.

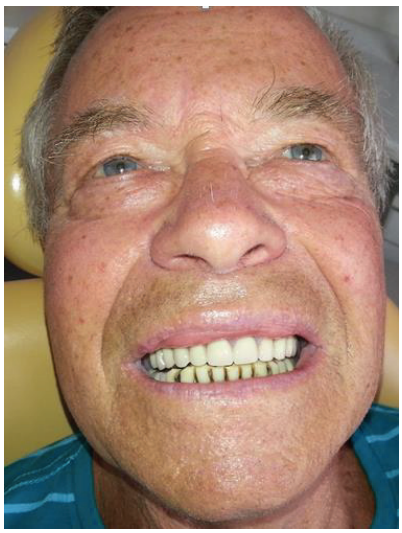


Fig.57 : Jour de la pose



Fig.58 : Jour de la pose

Mise en place de la prothèse mandibulaire puis maxillaire. Le patient mord sur deux rouleaux de coton salivaires pour faciliter la coaptation entre la prothèse et la muqueuse.

Comme en PAC conventionnelle on vérifie le rapport inter-maxillaire, la DVO, la phonation et l'esthétique. L'occlusion en intercuspidie maximale est soigneusement réglée.

On donne au patient une poche de glace pour diminuer l'œdème post opératoire ainsi qu'un antalgique pour limiter les douleurs.

Il est recommandé de garder la prothèse 48 h et de venir en consultation. C'est après une semaine que l'occlusion dynamique, en excursion mandibulaire, est soigneusement réglée.

Suivi et contrôle toutes les semaines puis à 3/6 mois pour vérifier la bonne adaptation de l'intrados de la prothèse :

- Si celle-ci n'est plus adaptée c'est qu'il y a eu une résorption osseuse non guidée de la crête. Si la surface ostéo muqueuse n'est pas conforme à l'intrados de la prothèse, la réfection de la base prothétique est nécessaire.
- Lorsque l'adaptation est correcte mais présente une légère différence entre l'intrados de la prothèse et la muqueuse, un rebasage est nécessaire.

Ceci permet d'avoir des forces harmonieusement réparties sur la surface d'appui afin de minimiser une résorption osseuse supplémentaire.

Nous utilisons après la pose prothétique, l'échelle numérique d'évaluation afin de quantifier avec des chiffres le niveau de satisfaction :



Echelle d'évaluation d'adaptation

	Pose J-0 :	pose J-15:
Esthétique	8	8
Fonction	5	7
Confort et douleur	5	7

La douleur, l'inconfort et les problèmes de mastication, phonation, déglutition sont maximum durant les premiers jours suivant l'insertion prothétique. Le niveau de satisfaction augmente nettement après 15 jours d'adaptation. Les notes obtenues sont correctes et favorables à l'acceptation prothétique.

Nous donnons également le questionnaire GOHAI :

	J-0 :	J-15:
Score GOHAI	38	53

Dès les premiers moments suivant la pose le score GOHAI est relativement faible, traduisant une mauvaise qualité de vie orale. Mais les efforts favorables du patient contribuent à augmenter la qualité de vie orale au bout de 15 jours de port de la prothèse.

Voici la situation avant et après la réalisation prothétique. Cette prothèse a permis de redonner confiance à ce patient qui « ne cesse de montrer ses prothèses avec un sourire exagéré ». Le patient très coopérant apprécie beaucoup le résultat esthétique.

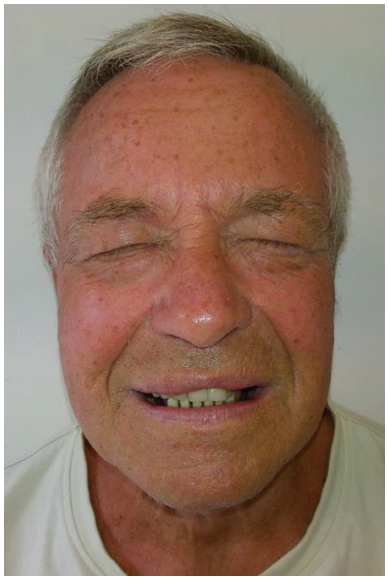


Fig.59 : Situation initiale



Fig.60 : 3 mois après la pose

Un mois après la pose : le patient exprime une qualité de vie quasi normale et ne se plaint pas : « personne ne sait que ce sont de fausses dents, j'ai retrouvé le plaisir de sourire »

VI-2. Deuxième cas clinique :

VI-2.1. Anamnèse :

Le patient est âgé de 44 ans, en bonne santé. Il consulte pour une réhabilitation globale et esthétique. Il exprime une réelle souffrance et « avoue ne plus oser sourire ».

VI-2.2.Examen clinique :

Lors de l'examen clinique, des photographies de la situation initiale sont réalisées :



Fig.61 : Photo de face

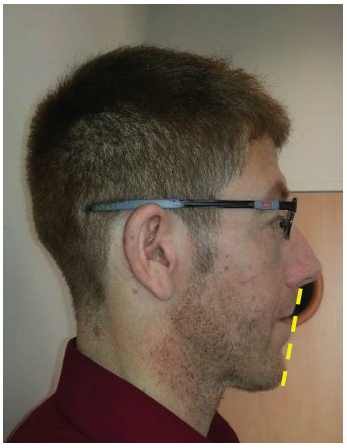


Fig.62 : Photo de profil



Fig.63 : Photo du sourire

Examen exo-buccal :

- Soutien labial correct,
- Dimension Verticale d'Occlusion (DVO) et étage inférieur de la face légèrement augmentés,
- Déviation nasale du côté gauche,
- Sourire asymétrique avec des lèvres rentrées vers l'intérieur,
- Profil sous-nasal légèrement concave voire oblique, de typologie hyperdivergent,
- Aucune adénopathie.



Fig.64 : Vue intra buccale de face



Fig.65 : Vue occlusale du maxillaire



Fig.66 : Vue occlusale de la mandibule



Fig.67 : Vue endo-buccale secteur2/3



Fig.68 : Vue endo-buccale secteur 1/4

Examen endo-buccal :

- Déficit d'hygiène important,

- Crête alvéolaire large et imposante de classe III d'Atwood, avec une voute palatine en V. Cette voute très profonde, constitue une difficulté lors de la prise d'empreinte, et fragilise en ce point la future prothèse. Les crêtes convergent fortement l'une vers l'autre, mais restent favorable à la stabilité de la prothèse en présentant un volume satisfaisant.

- Lésions carieuses sur toutes les dents maxillaires et mandibulaires. Toutes les dents présentent des pertes de substances importantes d'étiologie bactérienne. On note des migrations dentaires au niveau des 22 23 24 et 43 44.

Compte tenu des lésions carieuses, et du nombre important de dents absentes, le Risque Carieux Individuel du patient est élevé avec un indice CaOD important.

Examen parodontal :

- Présence de plaque et de tartre sur et sous-gingival,

- Gencive inflammatoire rouge, œdématiée, lisse, saignant facilement,

- Mobilité de type 3 de Mülheman au niveau des dents 31 32 41 42 et de type 2 pour les 23 24.

- Profondeurs de poches entre 2/3 mm de profondeur sur les incisives mandibulaire et sur les 11 12 21 23 24.

Examen occlusal :

- Engrènement inter-maxillaire très instable avec milieu inter-incisif correct malgré la perte de substance.
- L'occlusion se présente en bout à bout avec un bord incisif perturbé, la classe d'angle est difficile à établir au vu des délabrements dentaires. Cependant le patient semble propulser par manque de calage postérieur, le situant en classe 3 d'Angle. Ce patient présente une occlusion résiduelle très particulière, en ciseaux secteur 2/3, causée par les migrations dentaires des 23 24.

Examen radiographique :

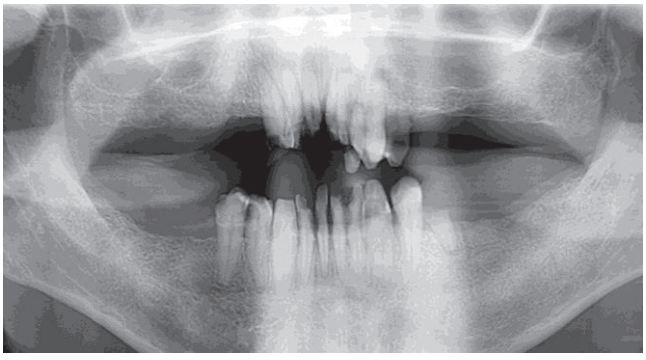


Fig.69 : Panoramique de janvier 2015

Schéma dentaire :

	13	12	11	21	22	23	24
44	43	42	41	31	32	33	34

- Nombreux délabrements coronaires,

- Alvéolyse horizontale légère,

- Epaississement ligamentaire sur toutes les dents,

- Présence d'image radio-claire au niveau des apex des 11 12 13 21 22 23 24 31 32 35 41 42.

- Edentement de classe I de Kennedy-Applegate maxillaire et mandibulaire (favorable à la réalisation d'une prothèse amovible complète immédiate).

VI-2.3. Diagnostic et étiologie de l'édentement :

Les tissus gingivaux présentent tous les signes d'une gingivite inflammatoire chronique occasionnée par la présence de plaque.

Suite à l'examen clinique et radiographique, nous diagnostiquons une parodontite chronique légère, d'étiologie bactérienne.

Etant donnée l'étendue importante des lésions carieuses et parodontales : l'indication thérapeutique d'extraire toutes les dents maxillaires ainsi que des incisives mandibulaires et de la racine résiduelle de la 35 est posée.

VI-2.4. Préparation à la prothèse complète immédiate :

Le patient étant conscient de son état bucco-dentaire, nous proposons comme projet prothétique final la réalisation d'une **prothèse amovible complète d'usage maxillaire et d'un stellite mandibulaire.**
Compte tenu de son anatomie palatine, et des difficultés occlusales qu'occasionnent les dents résiduelles, on explique au patient que le concept occlusal comportera des compromis. De plus, le sourire esthétique lui semblera très différent de sa situation actuelle.

Le patient doit être préparé avant la réhabilitation prothétique. Nous nous assurons de la bonne compréhension et de la motivation du patient, volontaire à l'avulsion de ses dernières dents et à la réalisation de la prothèse amovible complète immédiate maxillaire.

Dans un premier temps nous réalisons une prothèse amovible complète immédiate d'usage ainsi qu'une prothèse amovible partielle résine mandibulaire. Voici les étapes de la réalisation prothétique :

VI-2.5. Traitement :

Après un assainissement parodontal par détartrage, nous procédons à l'avulsion des incisives mandibulaires et de la racine résiduelle de la 35. Ensuite, on procède sur les dents conservables à un curetage soigneux, avec réalisation d'une restauration conservatrice. Une motivation à l'hygiène est conjointement enseignée, afin de préserver les dernières dents restantes à la mandibule.

Selon le Dr Buchard on peut obtenir une prothèse fiable et reproductive, voici le protocole :

Séance 1 : Empreinte primaire maxillaire:



Empreinte primaire réalisée à l'aide d'un alginate de classe A avec un porte-empreinte pédodontique du commerce adapté (le patient ayant une arcade maxillaire étroite)

Fig.70 : Empreinte primaire

Modèles primaires maxillaire et mandibulaire:



Fig.71 : Modèle mandibulaire



Fig.72 : Modèle maxillaire

Les modèles primaires permettent de réaliser les porte-empreinte individuels (PEI).

Confection du PEI maxillaire et mandibulaire au laboratoire :



Fig.73 : PEI mandibulaire

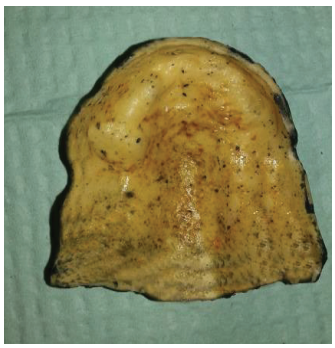


Fig.74 : PEI maxillaire

Les PEI sont confectionnés au laboratoire et réalisés en résine : ajustés au niveau des crêtes et espacés au niveau des dents. Ils sont munis de bourrelets au niveau des secteurs édentés, afin de préfigurer les remparts alvéolo-dentaires. Les limites du PEI sont à distance de la muqueuse alvéolaire.

Séance 2 : Empreinte secondaire maxillaire :



On réalise une empreinte anatomo-fonctionnelle à l'aide du PEI complet. On enregistre d'abord à la pâte de Kerr l'empreinte de la limite palatine puis du joint périphérique. Ensuite, on garnit le PEI d'un polysulfure de basse viscosité (Permlastic light) afin de réaliser l'empreinte de la surface d'appui.

Fig.75 : Empreinte secondaire maxillaire

Modèles secondaires maxillaire et mandibulaire :



Fig.76 : Modèle mandibulaire



Fig.77 : Modèle maxillaire

Les modèles secondaires permettent de réaliser les maquettes d'occlusion au laboratoire :



Fig.78 : Maquette maxillaire

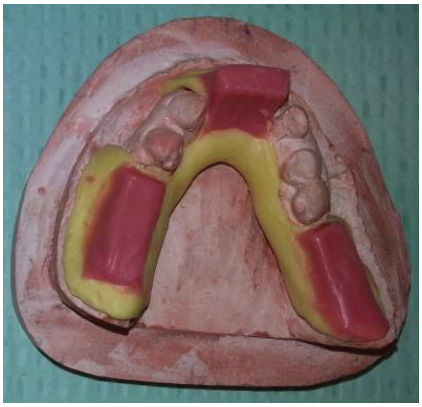


Fig.79 : Maquette mandibulaire

Les maquettes d'occlusion sont réalisées en résine recouvrant les surfaces d'appui prothétique et munies de bourrelets d'occlusion en cire moyco préfigurant les futures dents prothétiques. Elles sont ainsi indéformables en bouche sous pression occlusale.

Enregistrement du RIM:

Cette étape permet d'enregistrer le rapport inter-maxillaire à l'aide des maquettes d'occlusion.

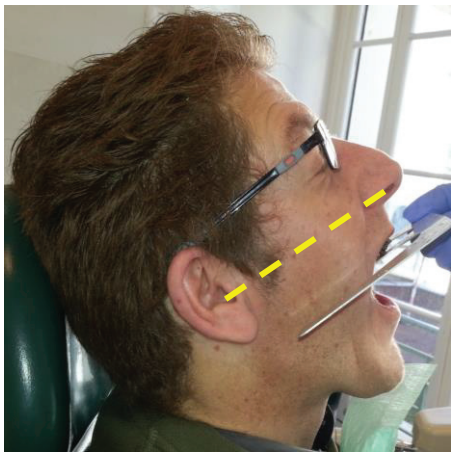


Fig.80 : Le bourrelet postérieur est parallélisé au plan de Camper à l'aide de la réglette de Fox.

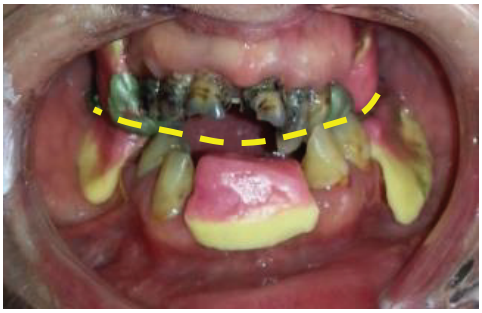


Fig.81 : Vue intra-buccale lors de l'enregistrement des RIM



Fig.82 : Vue intra-buccale secteur 1 /4



Fig.83 : Vue intra-buccale secteur 2/3

Prise de la relation-inter maxillaire à l'aide des maquettes d'occlusion. Dans le plan frontal, on détermine d'abord la dimension verticale d'occlusion optimale. Le bourrelet postérieur est parallélisé au plan de Camper à l'aide de la réglette de Fox. L'enregistrement dans le plan sagittal se fait par technique des encoches et chevrons antagonistes à l'aide de la cire Aluwax, dans une position d'équilibre neuromusculaire : en relation centrée.

Les modèles sont transférés sur articulateur semi adaptable.

Séance 4 : Essayage fonctionnel :

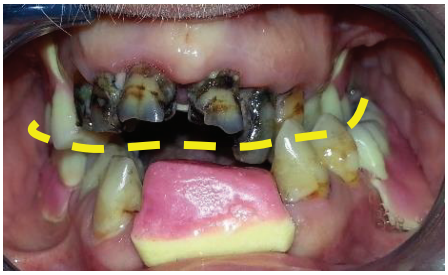


Fig.84 : Vue intra buccale en OIM



Fig.85 : Occlusion inversée au niveau du secteur2/3

Comme en PAC conventionnelle on vérifie lors de l'essayage et avant la polymérisation: les contacts inter-dentaires, la DVO, la bonne orientation des plans et la phonation. Compte tenu du délabrement des dents antérieures, l'essayage esthétique est impossible.

Contacts inter-dentaires :



Fig.86 : Vue occlusale maxillaire



Fig.87 : Vue occlusale mandibulaire

Contacts en occlusion d'intercuspidie maximale (OIM). L'occlusion est soigneusement réglée afin de permettre une bonne stabilité de la prothèse amovible complète maxillaire.

Report des indices de Lee et du niveau du plan d'occlusion sur le modèle secondaire :

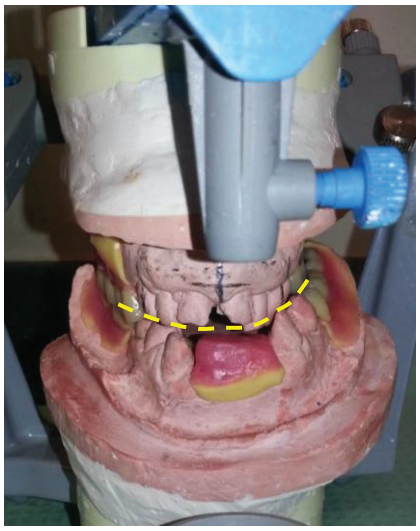


Fig.88 : Report des indices de Lee sur le modèle secondaire



Fig.89 : Vue secteur 1/4

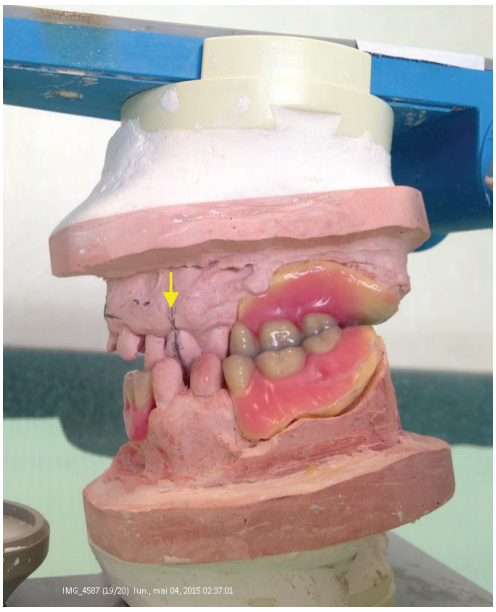
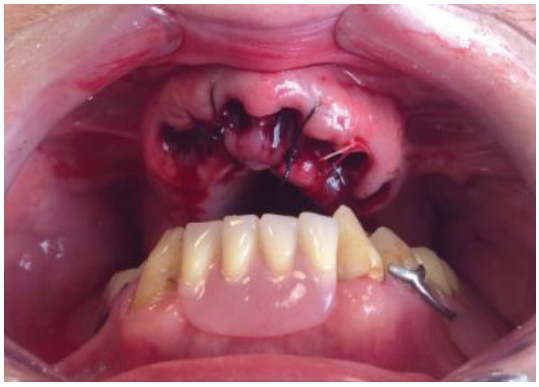


Fig.90 : Vue secteur 2/3

Les indices de Lee sont reportés sur le modèle secondaire maxillaire transféré sur ASA. L'emplacement des pointes canines et du milieu inter-incisif est correct. La ligne du collet des dents est reportée sur le modèle dans une position plus haute que les dents naturelles.

Le bord libre se situe selon le prolongement du niveau du plan d'occlusion des dents prothétiques en respectant les règles de la PAC. C'est l'occasion d'impliquer le patient dans son traitement. À travers d'anciennes photos, le choix de la teinte et de la forme des dents prothétiques se fait selon les désirs du patient et les données cliniques.

Séance 5 : Extractions des dents antérieures et pose la prothèse amovible complète immédiate :



Une résection osseuse est soigneusement réalisée afin de régulariser harmonieusement le profil ostéo-muqueux. Ainsi la surface d'appui ne présentera aucun spicule osseux traumatisant et douloureux pour le patient.

Fig.91 : Avulsions des dents antérieures





Fig.92 et 93 : Jour de la pose



Fig.94 : Sourire vue de face

Mise en place de la prothèse mandibulaire puis maxillaire. On demande au patient de fermer sur des rouleaux de coton salivaires pour faciliter la coaptation entre la prothèse et la muqueuse.
On vérifie le rapport inter-maxillaire, la DVO, la phonation et l'esthétique. L'occlusion en intercuspidie maximale est soigneusement réglée. On donne au patient une poche de glace pour limiter l'œdème post opératoire, ainsi qu'un antalgique pour prendre le relais de l'anesthésie.

Il est recommandé de garder la prothèse 48 h et de venir consulter.

Suivi et contrôles toutes les semaines durant le premier mois, puis à 3/ 6 mois pour vérifier la bonne adaptation de l'intrados de la prothèse. Si celle-ci n'est plus adaptée : la réfection de la base prothétique est nécessaire.

Après l'insertion prothétique, nous utilisons l'échelle d'évaluation de satisfaction permettant de quantifier avec des chiffres le niveau de satisfaction :

La douleur, l'inconfort et les problèmes fonctionnels sont maximum durant les premiers jours suivant l'insertion prothétique. Le niveau de satisfaction augmente après 15 jours d'adaptation.

	J-0:	J-15 :
Esthétique	8	8
Fonction	4	5
Confort et douleur	5	6

Nous donnons également le questionnaire GOHAI :

	J-0:	J-15:
Score GOHAI	30	51

On obtient un score GOHAI faible indiquant un sentiment de mauvaise santé bucco-dentaire. Les premiers jours après la pose sont les plus difficiles, le patient doit s'adapter aux désagréments. La réaction favorable du patient à s'adapter à la prothèse permet d'améliorer sa qualité de vie orale au fil du temps (augmentation du score GOHAI).

Voici la situation avant et après la réalisation prothétique :

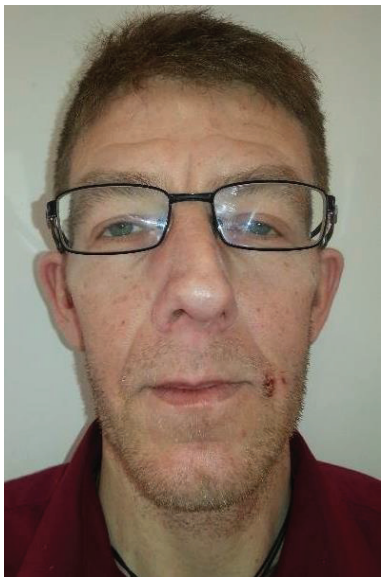


Fig.95 : Avant réhabilitation

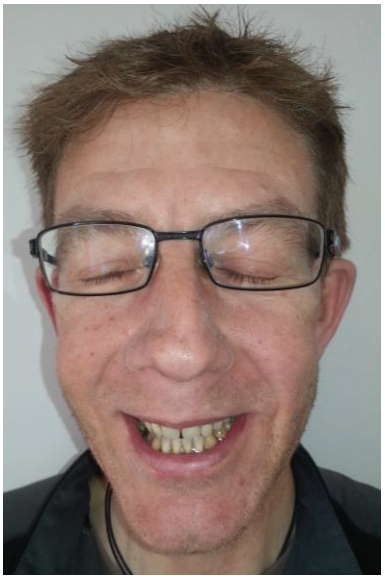


Fig.96 : A une semaine



Fig.97 : Après 15 jours

Avant la réalisation prothétique, le patient était très complexé et s'interdisait de sourire. Après la pose de la prothèse, le patient retrouve progressivement un bien-être « psychosocial ». Il était toujours difficile pour lui de sourire devant l'objectif. Ces clichés photographiques mettent en évidence l'acceptation prothétique, néanmoins douloureuse.

Un mois après la pose de la prothèse, « le patient retrouve une activité sociale normale, son entourage prend plaisir à le regarder, il accepte de sourire à son entourage, le regard des autres lui est enfin tolérable ».

Conclusion :

L'édentement provoque de nombreuses répercussions sur l'être humain avec des modifications physiques, esthétiques, fonctionnelles et psychologiques importantes.

L'édentation totale est une mutilation vécue différemment selon les patients, mais toujours invalidante. Elle constitue une des situations les plus complexes à gérer en odontologie, tant du point de vue clinique que psychologique.
La réalisation prothétique nécessite beaucoup de rigueur car le praticien doit anticiper une réhabilitation idéale dans un contexte clinique pathologique. L'efficacité de la relation praticien-prothésiste est également déterminante. La gestion psychologique du patient avant, pendant et après le traitement est nécessaire pour aboutir au succès prothétique.

Avant d'entreprendre le traitement, il est donc indispensable de bien préparer le patient en évoquant la réalisation de la prothèse amovible immédiate, les désagréments éventuels engendrés par le port de cette prothèse. Le patient doit avoir compris les conséquences de la perte de toutes ses dents et accepter le passage à l'édentement total. Il devient acteur de son traitement lorsqu'il prend de lui-même le rendez-vous des extractions. Toutes ces étapes constituent un accompagnement nécessaire à la bonne réalisation et à l'intégration prothétique.

Annexe : Questionnaire GOHAI :

Pendant les trois derniers mois :

1- Avez-vous limité la quantité ou le genre d'aliments que vous mangez en raison de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires ?

□ jamais □ rarement □ parfois □ souvent □ toujours

2- Avez-vous eu des difficultés pour mordre ou mastiquer certains aliments durs tels que de la viande ou une pomme ?

□ jamais □ rarement □ parfois □ souvent □ toujours

3- Avez-vous pu avaler convenablement ?

□ jamais □ rarement □ parfois □ souvent □ toujours

4- Vos dents ou vos appareils dentaires vous ont-ils empêché(e) de parler comme vous le vouliez ?

□ jamais □ rarement □ parfois □ souvent □ toujours

5- Avez-vous pu manger de manière confortable ?

□ jamais □ rarement □ parfois □ souvent □ toujours

6- Avez-vous limité vos contacts avec les gens à cause de vos dents, de vos gencives ou de vos appareils dentaires ?

□ jamais □ rarement □ parfois □ souvent □ toujours

7- Avez-vous été satisfait(e) ou content(e) de l'aspect de vos dent, de vos gencives ou de vos appareils dentaires ?

□ jamais □ rarement □ parfois □ souvent □ toujours

8- Avez-vous pris un (des) médicament(s) pour soulager la douleur ou une sensation d'inconfort dans votre bouche ?

□ jamais □ rarement □ parfois □ souvent □ toujours

9- Vos problèmes de dents, de gencives ou d'appareils dentaires vous ont-ils inquiété(e) ou préoccupé(e) ?

□ jamais □ rarement □ parfois □ souvent □ toujours

10- Vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou mal à l'aise à cause de problèmes avec vos dents, vos gencives ou vos appareils dentaires ?

□ jamais □ rarement □ parfois □ souvent □ toujours

11- Avez-vous éprouvé de l'embarras pour manger devant les autres à cause de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires ?

□ jamais □ rarement □ parfois □ souvent □ toujours

12- Vos dents ou vos gencives ont-elles été sensibles au froid, au chaud ou aux aliments sucrés ?

□ jamais □ rarement □ parfois □ souvent □ toujours

Références bibliographiques :

1. **Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé**: les recommandations : *ANSM 2011*
2. **Abbassi B. , Sidqui M. , Aussalah N.** Diabète et état parodontal *: Le Courrier du Chirurgien-Dentiste décembre 2001*
3. **Abdelkoui A. , Fajri L. , Benamar A. , Abdedine A.** La prothèse complète immédiate d'usage : réalisation temps par temps : *Fiche Clinic 2010*
4. **Abdelkoui A. , Fajri L. , Benamar A. , Abdedine A.** Le guide chirurgical en prothèse complète immédiate d'usage : *WDJournal 2011*
5. **Amzallaf A.** Codes de la relation dentiste-patient : *édition Masson 2007*
6. **Begin M. et Rohr M.** Détermination de la dimension verticale: *Information dentaire 1989 n°15*
7. **Begin M.** Passage de l'édentement partiel à l'édentement total : *Information Dentaire vol 80 n°10 mars 1998*
8. **Bellemkkhannate S. , Janati G. , Chbani A.** Le guidage antérieur en prothèse adjointe complète : *Le Courrier du Chirurgien-Dentiste de France 2012*
9. **Berteretche M-V. , Hüe O. , Heatwell JR.** Psychologic considerations in complete denture prosthodontics : *Journal prosth dent*
10. **Berteretche M-V. , Hüe O.** Prothèse complete immediate : *EMC 2008*
11. **Berteretche MV. , Pennequin G.** Prothèse immédiate : esthétique et montage antérieur : *Revue d'odonto-stomatologie tome 28 n°2 1999*
12. **Berteretche MV., Hüe O.** Insertion et équilibration occlusale : *EMC 2005*
13. **Braud A. , Hüe O. , Berteretche M-V.** Doléances en prothèse complète : *EMC 2008*
14. **Buchard P.** Spécial prothèse immédiate: *Cahier de prothèse 1978*
15. **Chen S T. , Beagle J. , Jensen S S. , Chiapasco M. , Darby I.** Consensus statements and recommended clinical procedures regarding surgical techniques : *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants vol 24 2009*
16. **Choukroun G.** L'acceptation psychologique de la prothèse : *Chirurgie Dentiste de France 1985 n°305*
17. **Dacarpanah M.** Concepts, protocoles et innovations récentes: *Manuel d'implantologie clinique 2008*
18. **Danan M., Zenou S., Guez B.** Implantologie dans le plan de traitement parodontal: *EMC 2008*
19. **Dupeyrat G.** Un beau sourire , Pour qui ? Pour quoi ? Comment ? : *édition Platypus Press 2001*
20. **Dupuis V.** Diététique, édentation et prothèse amovible : guide clinique : *édition CdP 2005*
21. **Durocher A. ,Laversin S.** Parodontopathies, Diagnostic et traitements : Recommandations de l'ANAES: *Revue stomato. Chir. et maxillofacial mai 2002*
22. **E. Kübler-Ross.** Les derniers instants de la vie : *édition Labor et Fides 1969 p47 - p121*
23. **Festa V M. , Addabbo F. , Laino L. , Femiano F. , Rullo R.** Porcine derived xonograft combined with a soft cortical membrane versus extraction alone for implant site development : A clinical study in humans : *Clinical Implant Dentistry and Related Research , vol 15 n°5 2013*.

24. **Helfer M. , Louis JP. , Vermande G.** Gestion des rapports inter-maxillaires en prothèse amovible complète : *stratégie prothétique 2010 vol 10 n°1*
25. **Hüe O.** Prothèse complète : Réalité clinique et solutions thérapeutiques: *Quintessence International 2003*
26. **Iri A. , Taddéi C. , Magniez P. , Etienne O.** Le porte empreinte individuel fenêtré pour l'empreinte secondaire en prothèse complète immédiate : *Cahier prothèse 2005 n°129*
27. **Janati G. ,Bellemkhannate S.** Intégration esthétique de la prothèse complète : Intérêt de la prothèse immédiate et des empreintes à visée esthétique: *Le Courrier du Dentiste 2012*
28. **Jaudoin P. , Coutarel-Fond C. , Millet C.** Aspects psychologiques de l'édentation totale : *EMC 2008*
29. **Jaudoin P. , Millet C. , Mifsud S.** Empreinte en prothèse complète: *EMC 2008*
30. **Kraljevic S. , Panduric J. , Badel T. , Celic R.** Immediate complete denture : *Acta Stomatol Croat 2001 vol n°35*
31. **LaVere A M. , Krol A J.** Immediate dentures service: *Journal of Prosthetic Dentistry 1973*
32. **Lejoyeux J. et R.** Mise en condition en prothèse complète *: Edition Masson 1993*
33. **Lejoyeux J.** La prothèse complète : *édition Maloine tome 3 1978*
34. **Louis JP, Archien C., Voiry J-G.** Intégration psychologique de la prothèse complète maxillaire: *Cahier de Prothèse n°75 1991*
35. **MARTINEZ H. , RENAULT P.** Les implants : chirurgie et pratique : *édition CdP 2008*
36. **Mendez J.** Importance du facteur psychique en prothèse complète : *Information Dentaire n°15 avril 2000*
37. **Millet C. , Jeannin C. , Jaudoin P.** Dimensions verticales en prothèse complète : *EMC 2008*
38. **Orlanducci H.** Prothèse complète uni-maxillaire : Les difficultés liées à l'occlusion : *Information Dentaire 2001 n°10*
39. **Pasini W. , Haynal A.** Manuel de psychologie odontologique : *Edition Masson 1992*
40. **Phoenix RD. , Fleigel J D.** Cast modification for immediate complete dentures: Traditional and contemporary considerations with an introduction of spatial modeling : *J. Prosthet. Dent. 2008*
41. **Pompignoli M. , Doukhan J-Y. , Raux D. , Hüe O.** Prothèse complète : clinique et laboratoire : *tome 1 et 2 Guide clinique édition CdP 2011*
42. **Pompignoli M.** Doléances de l'édenté total appareillé : *Réalité Clinique : Vol 8n°4 1997*
43. **Pompignoli M. , Postaire M.** Les dernières dents : garder ou extraire ? Solutions cliniques : édition Espace Id 2011
44. **Postaire M. ,Demurashvill G. ,Vicaux F. , Raux D.** La prothèse complète immédiate mandibulaire : une solution simple et efficace : *Stratégie Prothétique 2010*
45. **Pouysségur V. , Durelle S. , Hébert D.** Objectiver et prévenir les doléances en prothèse amovible complète : l'échelle d'adaptation : *Stratégie Prothétique vol 8 n°4 septembre 2008*
46. **Pouysségur V. , Mahler P.** Odontologie gériatrique : *édition CdP 2001*
47. **Pouysségur V. , Laupie J. , Mahler P.** Impact de la détérioration buccale sur le processus de vieillissement : *Le Chirurgien-Dentiste de France n°1233 2005*
48. **Pouysségur V., Montal S., Dupuis V.** Prothèse amovible complète immédiate : les dernières dents garder ou extraire : *édition Espace Id 2011*
49. **Rignon-Bret C.** Prothèse amovible complète supra-implantaire à la mandibule. Protocole thérapeutique. Implantologie : *Elsevier volume 14 n°3 p 148 2005*

50. **Rignon-Bret C.** Guide clinique : Attachements et prothèses complètes supra-radiculaires et supra-implantaires : *édition CdP 2008*

51. **Rignon-Bret C. et JM.** Prothèse amovible complète, prothèse immédiate, prothèses supra-radiculaire et implantaire : *JPIO édition CdP 2002*

52. **Rignon-Bret C.** Attachements et prothèses complètes supra-radiculaires et supra-implantaires : *Guide clinique édition CdP 2008*

53. **Scala S., Voglia F. , Sanolli P. , Mazzone P. , Preti G.** Evaluation psychologique dans traitement de l'édenté total: *Cahier de Prothèse 1993 n°82*

54. **Schropp L. , Wenzel A. , Kostopoulos L. , Karring T.** Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction : A clinical and radiographic 12 month prospective study *: The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry 2003*

55. **Soydan SS. , Cubuk S. , Oguz Y. , Uckan S.** Are success and surivival rates of early implant placement higher than immediate implant placement: *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgeons 2012*

56. **Tan WL. , Wong TL. , Wong MC. , Lang NP.** A systematic review of post-extractional alveolar hard and soft tissue dimensional changes in humans**.** *Clin Oral Implants Res. 2012*

57. **Viennot S. , Moyencourt C. , Millet C., Buch D.** Réhabilitation esthétique et fonctionnelle par prothèse complète immédiate : *Cahier de Prothèse n°128 2004*

58. **Wasnik PB. , Dable RA. , Nazirkar GS. , Singh SB**. Assessment of Oral Health Related Quality of Life Among Completely Edentulous Patients in Western India by Using GOHAI: *Journal of Clinical and Diagnostic Research 2013*

59. **Wolf H F.** Parodontologie : *édition Masson 2005*

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois

de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de La Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon Devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Approbation – Improbation

Les opinions émises par les dissertations présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ou improbation de la Faculté de Chirurgie dentaire (1).

Lu et approuvé,

Vu,

Nice, le

Le Président du jury,

Le Doyen de la Faculté de

Chirurgie Dentaire de l'UNS

Professeur,

Professeur Armelle MANIERE

(1) Les exemplaires destinés à la bibliothèque doivent être obligatoirement signés par le Doyen et par le Président du Jury.

Cécilia RICHARD

GESTION DU PASSAGE A L'EDENTEMENT TOTAL : LA PROTHESE COMPLETE IMMEDIATE

(A PROPOS DE DEUX CAS CLINIQUES)

Thèse : Chirurgie Dentaire, Nice, **2015**, **n°42-57-15-19**

Directrice de thèse : Madame le Docteur POUYSSEGUR Valérie

Mots-clés : Prothèse complète immédiate d'usage, psychologie de l'édentement, passage à l'édentement total, parodontite chronique sévère terminale.

Résumé:

Nos contemporains n'acceptent plus d'exposer leur infirmité buccale. L'édentement, vécu comme un véritable handicap, a beaucoup de répercussions sur l'être humain. La prothèse amovible complète immédiate permet un passage à l'édentement total en limitant les préjudices esthétiques, fonctionnels et psychologiques. Outre le fait qu'il y a de nombreuses étapes cliniques indissociables et complémentaires, la relation de confiance entre le praticien et le patient est également garante d'un succès prothétique. L'approche psychologique et la motivation au passage à l'édentement sont primordiales à son intégration. L'accompagnement après la pose prothétique permet d'optimiser la période d'adaptation. Deux cas cliniques permettent de décrire le protocole de la réalisation prothétique.