

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE
UNIVERSITÉ SAAD DAHLAB – BLIDA

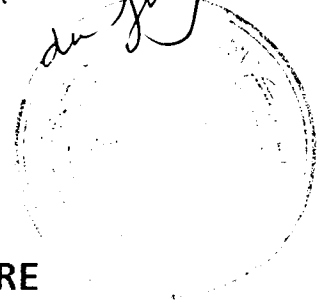
N°:



FACULTE DE MÉDECINE DE BLIDA
D2 PARTÈMENT DE MÉDECINE DENTAIRE

Mémoire de fin d'étude
Pour l'obtention du
DIPLOME de DOCTEUR EN MÉDECINE DENTAIRE
INTITULÉ

*Très Honorables
avec félicitation
du jury.*



LA MISE EN CONDITION CHEZ L'ÉDENTE TOTAL

Présenté et soutenu publiquement le :
15.06.2015

Par les internes :
GUERROUF NOUSSEIBA
OUAZENE KARIMA



Promotrice : Dr BOUHAI

Jury composé de :
Présidente : Dr BOU ARFA
Examineur : Dr KEDROUCI

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE SAAD DAHLAB – BLIDA

N°:



FACULTE DE MEDECINE DE BLIDA
D2PARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

Mémoire de fin d'étude
Pour l'obtention du
DIPLOME de DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE
INTITULE

LA MISE EN CONDITION CHEZ L'EDENTE TOTAL

Présenté et soutenu publiquement le :
15.06.2015

Par les internes :
GUERROUF NOUSSEIBA
OUAZENE KARIMA

Promotrice : Dr BOUHAI

Jury composé de :
Présidente : Dr BOU ARFA
Examineur : Dr KEDROUCI

REMERCIEMENTS

A ALLAH

(SOUBHANAHOU WATAALA)

Seigneur Dieu, merci de m'avoir appris ce que je ne savais pas. Seigneur Dieu ! Fait que Ton enseignement me soit utile ; apprends-moi ce qui m'est profitable et Fais que j'apprenne encore et encore et ne me détourne pas de Ta voie après m'avoir guidé ; accepte, Seigneur, mes invocations et mes prières ; Tu es assurément le parfait Auditeur et le Parfait Connaisseur.

Remerciements

A notre promotrice : Dr. Bouhai R

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Vos critiques nous ont été précieuses pour son élaboration. Nous tenons à vous remercier pour votre disponibilité et votre implication dans ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre grande estime. Que ce travail soit pour vous la preuve de la gratitude et du respect que nous vous portons.

A notre président de jury : Dr. Bouaarfa

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury et de l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Acceptez de trouver dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

A notre examinatrice : Dr. Bouchakour Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury Nous garderons en mémoire votre sympathie et votre disponibilité tout au long de notre cursus. Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude.

Dédicace :

A mes parents :

Votre confiance, votre disponibilité, vos prières et vos conseils ont fait de moi ce que je suis. Vous n'avais jamais cessez de croire en mes études. Reçois ce travail comme le couronnement de votre espoir en moi. Qu'Allah vous protège.

A mes beaux parents :

Qui ont su m'encourager et me soutenir tout au long de mon cursus. Je leur dédie ce travail, en témoignage de ma profonde reconnaissance.

A mon mari:

Messaoudi Mohamed Redha

Ton Amour, ta considération et l'espoir que tu as placé en moi m'ont aidé à mener ce travail. Je t'adore !

A mon frère et mes sœurs :

Hamid, Sara, Soumia, Chaïma, Nafissa et notre petite Rihab

Qui m'ont soutenu tout au long de mon cursus .Je vous remercie pour votre patience, votre disponibilité. Je vous dédie ce travail.

A ma petite fille adorée :

Imtinane Safaa

J'ai réalisé ce travail avec tes petits adorables doigts tapant avec moi quelque gribouillage.

Une petite dédicace à toute ma grande famille et à mes amis Ouazene Karima, Kouider El Ouahed Belkis et Ferhat Imène

Guerrouf Nousseiba

Dédicace

Je tiens à la fin de ce travail à remercier ALLAH le tous puissant de m'avoir donné la capacité, d'écrire, de réfléchir, la force d'y croire, et de m'avoir permis d'en arriver là.....

A Ma chère mère

Qui ma donner la vie, le symbole de tendresse, qui s'est sacrifiée pour mon bonheur et ma réussite.....

A Mon cher père

École de mon enfance, mon ombre durant toutes les années d'études, et qui a veiller toute au long de ma vie à m'encourager.....

Je vous adore que dieu vous gardes et vous protèges

A mon amour et très cher mari Ahmed

Mon âme sœur et la lumière de mon chemin, source d'amour et d'affection

Tes sacrifices, ton soutien moral et matériel, ta gentillesse sans égal, m'ont permis de réussir mes études. Sans ton aide, tes conseils, et tes encouragements, ce travail n'aurait vu le jour. Que dieu réunisse nos chemins pour un long commun serein et que ce travail soit témoignage de ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidèle.....

A mon adorable fils Mouad la fleur de mon cœur.....

Une petite dédicace

A ma sœur Fatima et belles sœurs Naima, Tefaha, Ahlem, et Kheira

A mes frères Mohamed, Houssine, Ismail, Sidahmed, a leurs femmes et enfants.....

Je ne saurai terminer sans citer mes amies Nousseiba, Romeissa, et Zineb.

Quazene Karima

Sommaire

Introduction.....	4
Chapitre 1 : Mise en condition psychologique	5
1-1 Doléance et profil psychologique des patients édentés.....	6
1-2 Conséquences psychiques de l'édentement.....	6
1-3 Importance du premier contact et attitude de praticien.....	8
1-4 L'aspect psychique de la mise en condition :.....	8
1-4-1 la relaxation.....	9
1-4-2 la sophrologie.....	10
1-4-2-1 Indications.....	10
1-4-2-2 Contre indications.....	11
1-4-2-3 Impératifs.....	11
1-4-2-4 Description de la technique.....	11
1-4-2-4-1 l'anamnèse.....	11
1-4-2-4-2 Les tests de suggestibilité.....	12
1-4-2-4-3 l'induction : La position du patient.....	12
La fixité	
La suggestion verbale	
1-5 rôles psychiques de la prothèse transitoire.....	13
Chapitre 2 : Mise en condition tissulaire.....	14
2-1 rappel histologique.....	15
2-1-1 L'épithélium.....	15
2-1-1-1 Cellules épithéliales ou kératinocytes.....	15
2-1-1-2 Cellules non kératinocytes	16
2-1-2 Lamina propria ou chorion.....	16
2-1-2-1 Les cellules.....	17
2-1-2-1-1 Fibroblastes.....	17
2-1-2-1-2 Mastocytes.....	17
2-1-2-1-3 Cellules immunocompétentes diverses.....	17
2-1-3 Les vaisseaux sanguins.....	17
2-1-4 Les nerfs.....	18
2-1-5 Fibres et substance fondamentale.....	18

2-2 Définition de la mise en condition tissulaire.....	18
2-3 Indications de la mise en condition tissulaire.....	19
2-4 Mise en condition proprement dite.....	19
2-4-1 Les conditionneurs tissulaires (ct).....	19
2-4-1-1 Définition.....	19
2-4-1-2 Caractéristiques d'un conditionneur tissulaire.....	20
2-4-1-3 Propriétés du mélange.....	20
2-4-1-4 Différents produits et leur utilisation.....	22
2-4-1-5 Position et épaisseur idéales du conditionneur tissulaire...	23
2-4-1-6 Choix d'un conditionneur tissulaire	23
2-4-2 prothèse transitoire.....	24
2-4-2-1 Patient édenté non appareillé.....	24
2-4-2-2 patient déjà appareillé.....	24
2-4-3 Techniques :	24
2-4-3-1 Technique classique.....	25
2-4-3-1-1 Technique sur l'arcade mandibulaire.....	25
2-4-3-1-2 Le traitement de l'arcade maxillaire.....	29
1- traitement sectoriel	
2- traitement global	
2-4-3-2 Technique moderne	32
2-4-3-2-1 Définition du duplicata.....	32
2-4-3-2-2 Technique du duplicata en alginate.....	32
Chapitre 3 : Mise en condition phonétique.....	38
3-1 Introduction.....	39
3-2 Physiologie du langage.....	39
3-2-1 Les éléments du langage.....	39
3-2-1-1 Formation des voyelles.....	39
3-2-1-2 Formation des consonnes.....	39
3-3 Technique de la mise en condition phonétique.....	40
Chapitre 4 : Mise en condition neuro-musculo-articulaire.....	43
4-1 Rappel anatomique de l'ATM.....	44
4-1-1 ANATOMIE.....	45
4-1-1-1 Situation.....	45
4-1-1-2 Limites	45
4-1-1-3 Surfaces articulaires.....	45
4-1-1-4 Surface temporale.....	45

4-1-1-5 Surface mandibulaire.....	46
4-1-1-6 Les muscles éleveurs de la mandibule.....	47
4-1-1-7 Les muscles abaisseurs.....	48
4-2 mise en condition neuro-musculaire.....	49
4-3 Mise en condition neuro-articulaire.....	53
4.4 Comment y aboutir ?.....	55
Chapitre 5 : Mise en condition esthétique.....	56
5-1 Mise en condition esthétique.....	57
CONCLUSION	63
Bibliographie.....	64

Introduction

Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie représentent aujourd'hui les deux principaux facteurs responsables de l'accroissement du nombre des patients édentés totaux. Et se traduisent par des traitements de réhabilitation plus complexe et plus délicats.

Face à cette réalité, le praticien doit à la fois traiter et répondre aux espérances et souhait tant esthétique que fonctionnels de ces patients.

Pour des raisons socio-économiques et malgré les progrès récents en implantologie oral, la prothèse amovible demeure le moyen le plus répandu de réhabilitation.

Lorsqu' un patient se présente à notre consultation en vue d'être appareillé en prothèse amovible partielle ou complète, il est rare, voire exceptionnel, qu'il soit prêt, psychiquement et physiologiquement, à subir toutes les étapes de la construction d'une prothèse et à s'adapter sans difficulté à cette dernière.

De nombreux échecs par rupture d'homéostasie, par moulage de tissus meurtris ou déplacés, et par enregistrement de relations erronées des maxillaires dans le trois plans de l'espace, doivent être imputés à un défaut de préparation, psychique, tissulaire, neuro-musculo-articulaire, esthétique et phonétique de notre patient.

Quand aucune restriction financière ne risque de limiter la conception et l'exécution de notre restauration, il est souhaitable de la faire précéder d'une mise en condition et d'une prothèse transitoire.

Qu'appelle-t-on mise en condition ? Et qu'est-ce qu'une prothèse transitoire ?

La mise en condition est constituée par l'ensemble des préparations et des thérapeutiques destinées à placer le patient dans les conditions psychiques et physiques idéales pour recevoir une prothèse et s'adapter rapidement à elle.

De nombreux procédés ont déjà été décrits. Ils seront développés dans cette étude. A ces procédés classiques, nous en ajouterons un nouveau que nous appellerons la prothèse transitoire.

**CHAPITRE 1 :
MISE EN
CONDITION
PSYCHOLOGIQUE**

1-1 DOLEANCE ET PROFIL PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS EDENTES

L'édentation totale est caractérisée par la perte des systèmes proprioceptifs de contrôle, la modification de tout l'ensemble du système tissulaire (osseux et muqueux), la décoordination musculaire, masticatoire, l'altération de la fonction phonétique, une grande difficulté psychologique provenant de la perte d'image.

Schématiquement caractérisé par la disparition des organes dentaires, s'accompagne d'un déficit fonctionnel et de l'apparition de désordres divers plus ou moins importants en fonction du potentiel d'adaptation des malades.

Si Le diagnostic d'édentement total est évident, celui de déficit fonctionnel est plus complexe. La dent fait partie de l'appareil manducateur, lui-même au service d'une fonction plus globale, la digestion. Ces imbrications en chaîne démontrent le rôle d'une simple dent dans l'équilibre homéostatique.

Le déficit fonctionnel est proportionnel et se juge :

- A l'ancienneté de l'édentement.
- À la qualité des traitements antérieurs.
- À la capacité d'adaptation de patients.

Ce sont tous ces éléments qui vont conditionner la difficulté du traitement.

L'essentiel est de reconnaître la difficulté du cas à traiter (appréciation des déficits fonctionnel, esthétique, psychologique, social, culturel, etc.), pour mieux estimer la compensation prothétique possible en accord avec les espoirs du patient que par des conflits d'ordre psychique.

-Elle peut mettre en évidence et justifier les nombreux échecs prothétiques successifs, imputés généralement aux confrères précédents.

-Elle peut révéler si l'enfance a été heureuse ou malheureuse, si la discipline en a été la note dominante, si, face à l'autorité des parents, le patient a accepté, fui, ou résisté.

Ces informations doivent orienter notre attitude. Celle-ci sera volontairement autoritaire, résolument souple, ou empreinte d'une sollicitude attentive. Il est souvent utile de connaître l'état d'esprit du patient, ses réactions intimes à l'égard des mésaventures dentaires dont il aura été l'acteur ou le témoin. S'il conserve le souvenir d'extractions mutilantes ou douloureuses, de restaurations enlaidissantes, par réflexe conditionné, les images suivantes: douleur, chirurgie, dentiers inesthétiques, seront associées à celle du cabinet dentaire.

1-2 CONSEQUENCES PSYCHIQUES DE L'EDENTEMENT

Les répercussions psychologiques lors d'un édentement total sont largement prouvées.

La perte de confiance, la limitation du choix de la nourriture ainsi que la diminution du plaisir de manger, la gêne de rire en public et la réticence à nouer de nouvelles relations ne sont que quelques conséquences sur le plan psychologique de l'édentement. La plupart des personnes sont dans l'incapacité d'accepter les modifications au niveau du visage et certaines ne réussissent jamais à se remettre de leur handicap.

Les patients édentés sont très fragiles psychologiquement. De plus, en ce qui concerne les personnes âgées, l'édentement se produit souvent en pleine crise d'adaptation:

- Mise à l'écart de la vie sociale, au moment de la retraite.
- Séparation en tout genre, perte d'êtres chers
- Diminution de la force physique
- Peur de la mort

Ce tableau peut s'accompagner d'un état dépressif, d'où la nécessité d'une prise en charge globale du patient et l'établissement d'une relation de confiance et de compréhension soignant-soigné. Le patient doit se sentir écouté, compris et accompagné dans son infirmité pour une meilleure acceptation du plan de traitement; le praticien, de son côté, doit connaître les attentes et les craintes du patient pour pouvoir mieux répondre à sa demande et anticiper les difficultés de la mise en place du traitement et de la maintenance. La méconnaissance de l'autre et son oubli en tant qu'être, au profit des connaissances technicisées de ses symptômes et la fuite vers les aspects techniques du traitement, se traduisent la plus part du temps par un échec.

En effet, vouloir traiter à tout prix un patient qui s'y refuse malgré lui et qui demeure impossible à cerner dans ses motivations profondes peut, sans le concours d'une aide extérieure (de nature psychothérapeutique) s'avérer dangereux autant pour le patient que pour le praticien. Le résultat étant le plus souvent décevant. "Quand le malade est envoyé au médecin ou quand il l'aborde, ne dites pas qu'il en attend purement et simplement la guérison. Il met le médecin à l'épreuve de le sortir de sa condition de malade, ce qui est totalement différent, car ceci peut impliquer qu'il est tout à fait attaché à l'idée de la conserver." Si cet aspect n'est pas pris en compte, la réhabilitation prothétique ne sera jamais acceptée et intégrée pleinement.

L'espoir de retrouver la possibilité de manger, de sourire, de parler peut transformer le patient inquiet et hostile en un allié... Par contre, souvent "nos patients attendent beaucoup de nos traitements mais nos moyens thérapeutiques sont limités. Il faudra être francs sur l'évaluation de la situation clinique... ne pas faire de promesses sans être sûrs de pouvoir les tenir", d'après Pompignoli.

En effet, même la prothèse la plus parfaitement conçue ne peut pas remplacer intégralement la denture naturelle. Le praticien est dans l'obligation d'expliquer au patient que la prothèse reste un outil, qu'il doit intégrer dans son organisme et sa personnalité. Il s'agit d'un corps étranger que le patient doit accepter. Cette nouvelle situation est mal vécue surtout si le patient est jeune et l'édentement survenu subitement. En effet, il semblerait que les patients sont moins traumatisés si l'édentement survient progressivement, même si l'avulsion des dents reste un geste très invasif.

L'édentement a un fort impact sur la personnalité. Il entraîne des modifications à tous les niveaux : système tissulaire (osseux et muqueux), systèmes proprioceptifs de contrôle, non-coordination de la musculature masticatrice, altération de la fonction phonétique, perte de l'image familiale et sociale et donc, grande fragilité psychologique par la révélation d'une véritable mutilation.

Par conséquent, il n'est pas pensable aujourd'hui de ne pas remplacer rapidement les dents avulsées. La thérapeutique prothétique, qui accompagne le passage de l'édentement partiel à l'édentement total, doit être mise en œuvre avant les avulsions. Cette transition nécessite la mise en place d'un protocole thérapeutique spécifique qui fait appel à une prothèse transitoire

apte à gérer le passage entre l'édentement partiel existant et l'édentement total à venir. La thérapeutique peut prendre trois aspects différents :

- La **prothèse implanto-portée**, d'usage ou transitoire.
- La **prothèse amovible complète immédiate** ; c'est une prothèse d'usage.
- La **prothèse amovible évolutive de transition** ; c'est généralement une prothèse transitoire, qui peut, dans de très rares cas, jouer le rôle de prothèse d'usage.

1-3 IMPORTANCE DU PREMIER CONTACT ET ATTITUDE DE PRATICIEN

Le premier contact sera intelligemment conduit avec beaucoup d'intuition et de connaissances particulières.

Le cadre dans lequel le patient va pénétrer doit simultanément créer un climat de détente et correspondre à un environnement favorable.

Hall de réception, salle d'attente et assistante préparent insensiblement la rencontre avec le praticien. Une certaine homogénéité de style dans le choix des meubles et une sobriété élégante doivent coexister harmonieusement. Les couleurs des revêtements muraux seront claires et douces, elles auront ainsi un effet heureux et apaisant.

L'allure esthétique et chaleureuse mais réservée de la réceptionniste ou de l'assistante, constitue l'élément féminin indispensable. La douceur de sa voix, son sourire discret rassurent et réconfortent souvent un édenté total anxieux ou timoré.

L'édenté qui désire se faire appareiller accepte difficilement (au stade actuel de son évolution) l'idée que la réussite de sa prothèse puisse être liée aux interrogatoires indiscrets d'une tierce personne.

Toujours amical, toujours intéressé par le passé et le devenir de notre patient, il convient de détruire ses préjugés, d'obtenir sa confiance, sa sympathie, et parfois même son amitié.

De l'appréciation mutuelle et réciproque, de la connaissance des desiderata de l'un et des possibilités de l'autre, une coopération fructueuse peut naître. Cette coopération est souvent l'expression du sentiment de sécurité qu'éprouve enfin le patient à l'égard de celui qu'il sent capable de résoudre la somme de ses problèmes prothétiques et affectifs.

De notre capacité à percevoir son état psychique, de notre clairvoyance dès ce premier contact, du climat qui sera créé progressivement entre patient et praticien dépendent l'orientation du plan de traitement et son succès final.

1-4 L'aspects psychiques de la mise en condition :

L'aspect psychique de la mise en condition ne peut être défini par des règles précises. Il apparaît plutôt comme la résultante de beaucoup d'intuition, de compréhension et d'amour de son prochain. A ces moyens généraux et applicables à la majorité des cas, il convient d'ajouter d'autres moyens thérapeutiques particuliers :

- la relaxation.
- la sophrologie.
- la prothèse transitoire.

1-4-1 La relaxation

La notion d'un besoin de relaxation occupe et occupera progressivement une place de plus en plus importante dans la vie quotidienne des habitants des grandes villes.

Les micro-traumatismes physiques et psychiques auxquels ils sont soumis sont de plus en plus fréquents. Ils engendrent des perturbations psychosomatiques insidieuses qui altèrent progressivement l'état d'équilibre du patient et du praticien.

Il n'entre pas dans nos intentions de développer les différentes méthodes de relaxation ni leur mécanisme. Cependant, l'opérateur soucieux de rendre le meilleur service, doit se pénétrer de l'idée que le succès du traitement de l'édentation totale, est lié d'une façon inéluctable à deux facteurs indépendants de la restauration prothétique :

- l'équilibre mental du praticien,
- l'absence de tensions, musculaires, nerveuses ou mentales de l'édenté total.

Un praticien nerveux, incapable de rester maître, en toute occasion, de ses réflexes, de ses pensées, de ses paroles, manquera d'autorité. Il ne provoquera, à aucun moment, la confiance indispensable à l'acceptation d'une prothèse amovible par un édenté.

L'existence de tensions nerveuses psychiques chez notre patient, se traduira par une difficulté croissante de réaliser d'une façon correcte, chacune des séquences de la construction de sa prothèse. Les problèmes posés à l'opérateur seront nombreux. Ce peut être :

- un réflexe nauséeux incoercible,
- une hyper salivation réflexe,
- la difficulté de déterminer la dimension verticale de repos et la relation intermaxillaire centrée
- l'incapacité dans laquelle le patient se trouve, au stade de l'insertion, d'intégrer ce corps étranger au sein des autres structures,
- enfin, une bruxomanie compromettant d'une façon permanente la stabilité calcique et tissulaire de l'infrastructure osseuse des surfaces d'appui.

Il devient alors nécessaire d'admettre, la nécessité dans laquelle l'opérateur se trouve de connaître une méthode de relaxation pour se détendre lui-même et pour amener une détente de son patient, pour un meilleur succès prothétique.

La spiritualisation de nos pensées et d'une façon plus concrète et plus élémentaire, la technique de Schultz, semblent aptes à rendre un service appréciable au praticien et à son édenté.

Comment résumer, sans la dénaturer, la technique de Schultz : Durand de Bousingen écrit :

«Les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement dans le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuro-musculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique. »

Cette décontraction neuro-musculaire sera recherchée par tous les moyens. Pour Schultz, il suffit de se suggérer un relâchement musculaire local, pour provoquer, un relâchement neuro-musculaire général, par voie extéroceptive, proprioceptive et enfin pour agir sur le complexe sous cortical bulbo-ponto-thalamique, assurant ainsi un relâchement de la tension mentale souhaitée.

La décontraction de la musculature de la nuque au cours de la déconnexion autogène se manifeste par un phénomène très caractéristique. D'abord, à la palpation, on remarque, au fur et à mesure où l'on avance dans les exercices, un relâchement du tonus des muscles masticateurs. Ceci se manifeste d'une façon objective par un écartement des arcades dentaires. Cette chute du maxillaire inférieur ne s'accompagne qu'exceptionnellement d'une ouverture de la bouche.

On comprend, mieux le rôle de la relaxation dans la détermination de la dimension verticale de repos et de la relation intermaxillaire centrée.

1-4-2 La sophrologie

La sophrologie a pour but l'étude de tous les moyens capables de placer le patient dans un état « sophronique », ou état de déconnexion à forme hypnoïde, entre le système cérébro-spinal et le système neuro-végétatif. Elle constitue une synthèse de tous les vecteurs physiologiques ou psychologiques ayant pour résultante l'état hypnoïde recherché.

- les techniques particulières de l'hypnose et de leur application en Art Dentaire, telles qu'elles ont été décrites par Henri Durville, Moss, Dawson Wetts, Bertolini, Albert, Bautruche, Meadel, Chovet, Chertok etc...

Pour des raisons psychologiques de diffusion, le terme d'hypnose, brutal, désagréable, indiscret, chargé de discrédits multiples, associé à l'angoisse de la dépendance et du transfert, a été remplacé par le terme de sophronisation plus neuf, plus agréable, plus discret. L'hypnotiseur s'est transformé en guide.

Nous n'analyserons pas ici les caractères spécifiques de ce moyen thérapeutique rénové et réhabilité. Avant d'en aborder la description de la technique, nous en rappellerons les indications, les contre-indications, et quelques impératifs, essentiels, pour que cette réhabilitation ne soit pas éphémère.

1-4-2-1-Indications

*Elles sont nombreuses en prothèse complète.

*Elles peuvent être d'ordre général :

La sophronisation permet d'éliminer tout un passif d'attitudes mentales, défavorables à l'intégration d'une restauration amovible au sein de toutes les structures paraprothétiques tels que :

- Souvenir des dentiers peu esthétiques et instables des parents, des proches ou des amis.
- Souvenir des expériences prothétiques personnelles désastreuses.
- Complexes de frustration ou de castration, liés à la perte des dents.

*Elle permet d'éliminer tous les refus psychiques, conscients, subconscients ou inconscients, du corps étranger artificiel que représente la prothèse.

*Elle assure une mise en condition psychique sous tous ses aspects.

*Elle élimine toutes les motivations conscientes ou inconscientes de l'anxiété.

« Les indications sont également d'ordre plus local. »

- La sophronisation constitue une excellente thérapeutique d'appoint, dans le cas de nausées incoercibles, interdisant la prise d'empreinte, l'enregistrement de la relation

intermaxillaire centrée, l'insertion de la prothèse et l'adaptation du patient à toute restauration prothétique amovible.

-Elle contribue à une réduction notable de l'hypersalivation.

-Elle diminue considérablement le nombre de séances consacrées aux retouches inspirées par des douleurs diffuses, d'origine psychosomatique.

-Elle limite au minimum le temps nécessaire à une adaptation réelle du patient à sa prothèse.

1-4-2-2-Contre-indications

La sophronisation est contre-indiquée :

- dans tous les cas de sujets anormaux ou déséquilibrés. L'anamnèse prend ici toute sa valeur.

- dans tous les cas où l'édenté refuse de se prêter à une telle technique.

- dans tous les cas où des transferts de toute nature, maternel, érotique, paternel, sont à redouter.

1-4-2-3-Impératifs

Ils sont liés au succès de ce moyen thérapeutique.

- Le praticien doit être dans un état permanent, d'équilibre physique, intellectuel, moral et de probité irréprochables.

- Il ne doit à aucun moment s'écarter du vrai motif thérapeutique de la sophronisation.

- Il ne doit jamais avoir la tentation d'agir d'une façon autoritaire sur la personnalité du sujet.

- Il doit toujours exiger la présence d'un tiers légal.

- Il doit toujours expliquer au patient qu'il ne s'agit là que de mettre en œuvre un moyen de supprimer toutes les causes d'échec pouvant s'opposer au succès de la restauration prothétique, mais que toujours, il restera conscient et maître de sa personnalité.

- Il expliquera que c'est une forme de relaxation où le praticien joue le rôle de guide.

- Il importera de lui souligner le caractère inoffensif d'une telle technique.

- Pendant l'état hypnotique, avant de le ramener à l'état « vigile », il est toujours nécessaire de lui suggérer qu'il se trouvera plus heureux, mieux disposé, et dans un état physique meilleur.

1-4-2-4-Description de la technique

Selon Cherchève elle comporte nécessairement les étapes suivantes :

- l'anamnèse.

- les tests de suggestibilité.

- l'induction :

La transe légère,

L'approfondissement de la transe,

La suggestion post-hypnotique,

Le réveil.

1-4-2-4-1-L'anamnèse

Elle doit nous permettre d'apprendre si le sujet est sain, bien équilibré.

L'entretien cordial nous assure un contact humain avec notre patient et il est destiné à le mettre en confiance. Sur un ton amical, il est informé des moyens modernes psychologiques, capables d'améliorer le pronostic du traitement prothétique. Des confidences sollicitées permettent à l'opérateur de connaître les lieux de prédilection du patient. Ce peut être la mer, la montagne ou la campagne, le sable chaud, le soleil...

1-4-2-4-2-les tests de suggestibilité

Ils ont pour but de nous renseigner sur le degré de perméabilité du patient. Ils sont nombreux et ne seront pas décrits. Ils peuvent être omis sans aucun risque de compromettre les résultats escomptés.

1 4-2-4-3 l'induction

Elle est constituée par tous les moyens nécessaires pour assurer la déconnexion recherchée et l'inhibition de la formation réticulée située dans le tronc cérébral supérieur entre le bulbe et le thalamus.

Les moyens mis en œuvre seront psychologiques et physiologiques. Ils sont d'égale importance.

Parmi les moyens psychologiques il convient de citer :

- La confiance que le praticien possède dans le bien-fondé de sa technique et dans sa réussite.
- La confiance que le patient accorde à son praticien,
- L'acceptation profonde du patient de participer, sans restriction aux exercices de relaxation proposés et de se laisser guider sans chercher à comprendre. Cet accord sera acquis aisément en lui expliquant que nous allons tenter de le placer dans un état euphorique, de détente et de décontraction, suffisant pour transformer tous les actes opératoires en moments agréables.
- L'incitation au calme obtenue en lui demandant de bien vouloir faire le vide mental et d'oublier tout, d'être calme et détendu.

Parmi les moyens physiologiques il convient d'étudier :

- la position du patient
- la fixité
- la suggestion verbale.

La position du patient :

Elle doit être très confortable. Les fauteuils dentaires modernes permettent de placer le patient dans une position idéale. Elle peut être améliorée par un oreiller placé sous la tête du patient. Les jambes doivent être décroisées. Les bras seront placés de part et d'autre du corps.

La fixité :

Nous demanderons au sujet correctement installé, de fixer le point d'intersection de deux droites dessinées sur son pouce. La fixation sur ce point doit être intense, sans relâche. Toute pensée étrangère à ce point doit disparaître et seule la petite croix doit solliciter son attention.

La suggestion verbale :

Elle a déjà commencé avec la mise en condition psychologique. Elle a toujours souligné le caractère agréable de ce qui va se passer, de ce qui se passe et de ce qui se passera après l'exercice de relaxation entrepris. Elle se poursuivra inlassablement jusqu'au terme de l'exercice de sophronisation.

1-5ROLE PSYCHIQUE DE LA PROTHESE TRANSITOIRE

La prothèse transitoire a pour principal objet de mettre en évidence tous les conflits qui auraient été inévitablement provoqués dès le premier jour de l'insertion d'une prothèse définitive.

Elle permet au praticien de se retrancher constamment derrière son caractère transitoire et évolutif. Elle révèle d'une façon intéressante la mentalité, la personnalité et les problèmes affectifs du futur appareillé. Elle nous éclaire sur son comportement vis-à-vis de l'art dentaire en général, et du chirurgien dentiste en particulier.

La rééducation du patient peut être obtenue d'une façon abstraite, mais elle sera plus rapide et plus aisée avec l'exemple concret constitué par la prothèse transitoire. Celle-ci devient alors une répétition générale, une sorte de brouillon établi en collaboration avec le patient. Cette collaboration doit être recherchée, même provoquée. Elle sera d'autant plus facilement acquise que l'édenté aura la conscience et le sentiment de l'efficacité de l'action thérapeutique de cette prothèse. Appareillé pour la première fois, ou ancien porteur de prothèses, l'effet psychologique de transition est toujours souhaitable. Le praticien n'apparaît plus seulement comme un prothésiste. Il apparaît également comme un rééducateur, un conseiller, un psychologue averti, un spécialiste mieux placé que tout autre pour comprendre et apprécier ce que la perte de toutes ses dents peut représenter de négatif, de privatif, voire d'infirmité. Le motif réel de la consultation sera plus facilement exposé: pour les hommes, ce sera souvent l'indice d'un début de sénilité et d'impuissance. Pour les femmes, ce sera généralement la peur d'être laides, vieilles et délaissées. Le besoin d'aide morale progressivement satisfait et l'assurance de retrouver la possibilité de sourire et de parler, finissent par transformer le plus craintif, ou le plus hostile, en un allié utile à l'élaboration de la prothèse définitive.

La prothèse transitoire permet souvent d'isoler l'élément causal de lésions circulatoires, respiratoires ou digestives inexplicables autrement que par une étiologie psychosomatique. Elle permet enfin de faire disparaître toutes les habitudes vicieuses telles que l'onychophagie, le suçage des crayons, le grincement ou le claquement des dents. La première manie est simplement combattue en supprimant toute possibilité de la pratiquer. Les incisives seront en résine, arrondies et hors de contact. Le suçage du pouce ou du crayon disparaîtra progressivement si un système de grille est fixé dans la région rétro-incisive supérieure. La bruxomanie peut être rendue impossible par l'interposition temporaire ou permanente amovible ou inamovible d'un matériau élastique sur la surface occlusale des molaires. Lorsqu'elle est seulement nocturne, le port d'une gouttière en résine molle, du type «protège-dents» utilisé par les boxeurs, rend des services inappréciables.

CHAPITRE 2 : MISE EN CONDITION TISSULAIRE

Introduction

Lorsqu' un patient se présente à notre consultation en vue d'être appareillé en prothèse amovible, il est rare voire exceptionnel qu'il soit prêt psychiquement et physiologiquement à subir les étapes de la restauration.

2-1 Rappel histologique

La muqueuse buccale c'est la muqueuse qui revête la paroi interne des lèvres et la cavité buccale ; elle est en continuité avec la peau à la jonction vermillon, versant externe des lèvres. Elle se poursuit en arrière avec la muqueuse digestive (pharynx) et respiratoire (larynx). Elle est revêtue d'un épithélium malpighien non ou peu kératinisé.

2-1-1 L'épithélium

Il forme une barrière entre cavité buccale et tissus profonds. De type malpighien, il est constitué de plusieurs couches de cellules étroitement attachées les unes aux autres, appelées kératinocytes.

Comme dans la peau, l'intégrité de cet épithélium est maintenue grâce au renouvellement permanent des cellules par l'intermédiaire des divisions mitotiques des assises profondes et de la migration vers la surface des cellules ainsi formées qui remplacent régulièrement les cellules vieillies et desquamées.

Ainsi, peut-on distinguer dans l'épithélium une double population de cellules : les cellules germinales, capables de se diviser et de produire constamment de nouvelles cellules ; les cellules en maturation qui se différencient progressivement vers la surface. Outre ces cellules épithéliales, on trouve également des cellules dendritiques particulières.

2-1-1-1. Cellules épithéliales ou kératinocytes

Il varie selon que se produit en surface une kératinisation ou non. Fig. (2.1), (2.2).

➤ Dans les zones kératinisées se superposent les couches suivantes :

- **le stratum germinatum** (couche basale ou germinative) repose sur membrane basale. Les cellules, cubiques ou cylindriques, ont un noyau très chromophile. Elles sont disposées en une ou deux assises. Elles sont le siège de nombreuses mitoses ;
- **le stratum spinosum** (ou couche squameuse) est composé de cellules polygonales ou arrondies accrochées les unes aux autres par des filaments appelés tonofibrilles. Ces filaments assurent une résistance et une élasticité au tissu de revêtement ;
- **le stratum granulosum** (ou couche granuleuse) est formé de cellules aplaties renfermant dans leur cytoplasme de fines granulations kératohyaline ;

- le **stratum corneum** (ou couche kératinisée) est constitué de fines squames acidophiles de kératine.

- Dans les zones non kératinisées, la couche granuleuse est absente. Les cellules conservent jusqu'en surface un noyau rond et leur cytoplasme renferme un glycogène abondant, PAS (acide périodique Schiff) positif, disparaissant après digestion par l'amylase.



Fig. (2.1) Surface d'une muqueuse buccale
Non kératinisée

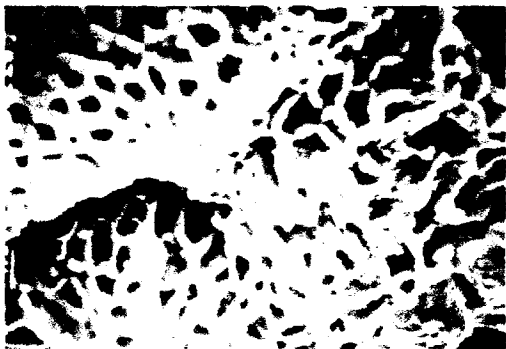


Fig. (2.2) Surface d'une muqueuse buccale
Kératinisée

2-1-1-2. Cellules non keratinocytes

Souvent dénommées cellules claires, elles possèdent en effet un halo clair périnucléaire. Elles correspondent en fait à trois types cellulaires : mélanocytes, cellules de Langerhans et cellules de Merkel. De plus, on peut retrouver des lymphocytes intra épithéliaux. L'adhésion et la cohésion existant entre les cellules épithéliales jouent un rôle non négligeable dans la mise en condition tissulaire pendant la phase consacrée à l'extension des surfaces d'appui et à l'augmentation de l'espace biologique.

2-1-2. Lamina propria ou chorion

C'est le tissu conjonctif qui sert de support à l'épithélium. On le divise en deux zones:

Superficielle : Papilles associées aux crêtes épithéliales.

Profond : avec arrangement des fibres collagènes en réseau.

2-1-2-1. Les cellules

2-1-2-1-1. Fibroblastes

Ce sont les cellules les plus nombreuses. Elles élaborent à la fois la substance fondamentale et les fibrilles collagènes. Ce sont des cellules fusiformes (fig. 2.3), (2.4) ou étoilées avec de nombreux prolongements cytoplasmiques parallèles aux fibres collagènes. Le rôle des fibroblastes est fondamental pour le maintien de l'intégrité de la muqueuse. Ils interviennent dans la cicatrisation où ils se multiplient par division.

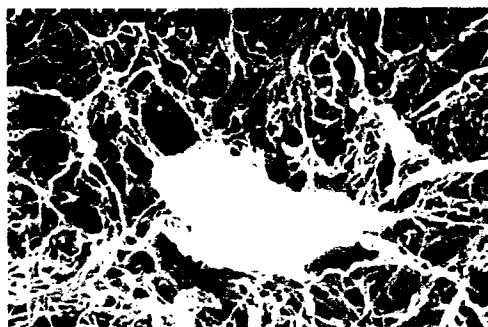


Fig. (2.3) Fibroblaste entouré de fibres de Collagènes.



Fig. (2.4) Fibroblastes allongés au sein fibres collagènes disposées parallèlement.

2-1-2-1-2. Mastocytes

Ce sont de grandes cellules rondes ou ovales à petit noyau central avec nombreux grains foncés intracytoplasmiques contenant de l'héparine et de l'histamine.

2-1-2-1-3. Cellules immunocompétentes diverses :

Qui Participent aux défenses immunitaires (lymphocytes, plasmocytes, monocytes, macrophages).

2-1-2. Les vaisseaux sanguins

Ils sont entourés d'une membrane basale à travers laquelle se font les échanges entre tissu conjonctif et cellules endothéliales. Ils peuvent être marqués par l'anticorps anti facteur VIII et la phosphatase alcaline (fig. 1.5). Ils participent activement à la cicatrisation. Ils peuvent se multiplier sous l'influence d'un facteur angiogénique dans certaines conditions, en particulier dans les cancers où ils contribuent à l'édification du stroma.

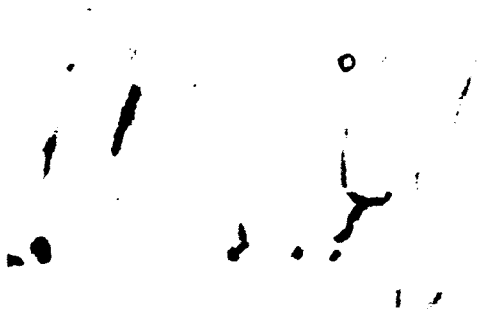


Fig. (1.5) .Vaisseaux du chorion

2-1-3. Les nerfs

Ils sont de type sensitif. Leurs terminaisons pénètrent dans l'épithélium.

2-1-4. Fibres et substance fondamentale

On distingue deux types de fibres collagènes et élastiques, enrobées dans une substance fondamentale riche en protéoglycanes, acide hyaluronique, protéines dérivées du sérum. Le collagène est essentiellement de type I avec du collagène de type IV dans la lame basale. Les fibres élastiques sont enrobées dans une élastine formée de glycoprotéines et de micro fibrilles. Elles sont colorées par l'orcéine deWeigert.

2-2. Définition de la mise en condition tissulaire

C'est l'ensemble des procédés destinés à améliorer les structures, histologique, anatomique, et physiologique de tous les tissus en contact avec une prothèse complète amovible. Elle permettra le moulage de ces tissus dans une position voisine de leur position physiologique grâce aux résines plastiques à prise retardée utilisées, qui vont assurer une répartition harmonieuse des charges occlusales. Ainsi nous auront une surface histologiquement saine, microbiologiquement équilibrée, et une surface d'appuie osseuse régulière prête à recevoir une prothèse et s'adapter rapidement à elle.

Cette mise en condition tissulaire limite au maximum les risques d'insuccès de la restauration prothétique, elle permettra ainsi d'avoir une restauration mécaniquement et biologiquement durable.

2-3. Indications de la mise en condition tissulaire

- Patient âgé n'ayant jamais été appareillé et refusant un corps étranger; dans un tel cas l'étalement linguale et le développement de la sangle orbiculo-buccinatrice se traduisent par une disparition presque totale de l'espace potentiel réservé à la prothèse, avec une élévation des lignes de réflexion de la muqueuse qui tapissent la région para linguale, jusqu'au rebord alvéolaire.
- Existence d'une prothèse complète ancienne instable de conception erronée ne recouvrant que partiellement la surface d'appui.
- Dans le cas de tissus de revêtement hyperhémie, traumatisé, désinséré de l'os sous jacent.
- Crête flottante inopérable en raison d'un état pathologique interdisant toute intervention chirurgicale.
- Blessure profonde en regard des bords de la prothèse actuelle créant des replis.
- Exigence esthétique incompatible avec l'affaissement actuel de tous les traits du visage.
- Difficultés pour le praticien de faire accepter à son patient un choix et un montage des dents antérieures différent de celui de la prothèse primitive.
- Guidage de la cicatrisation muqueuse après une chirurgie pré prothétique.
- En cas de palais en classe III de LANDA.

2-4. Mise en condition proprement dite

Afin de mettre en œuvre cette mise en condition tissulaire pour rétablir l'homéostasie des tissus épithélio-conjonctifs et aboutir au résultat escompté, deux préalables sont indispensables à savoir un conditionneur tissulaire qui est la résine à prise retardée et une prothèse transitoire qui servira de véhicule à ce matériau.

2-4-1 Les conditionneurs tissulaires (ct)

2-4-1-1. Définition

On appelle « matériau de mise en condition » ; tout matériau plastique ou élastique appliqué d'une façon temporaire dans l'intrados sur les bords ou sur l'extrados d'une prothèse afin de permettre aux tissus en contact avec lui de retrouver leurs caractéristiques histologiques, anatomiques et physiologiques. En effet, le fluage important du matériau de mise en condition tissulaire permet d'atteindre cet objectif par un relâchement réflexe des muscles environnants, autorisant ainsi une extension de la base prothétique et une augmentation du volume de ses bords et de son extrados.

Au niveau de l'intrados prothétique, l'application de ce matériau permet de mieux répartir les pressions exercées au niveau des surfaces d'appui primaires qui retrouvent ainsi leur état physiologique. Les matériaux de mise en condition se présentent sous la forme de deux produits, une poudre et un liquide dont les éléments entrant dans leur composition varient avec les fabricants.

2-4-1-2. Caractéristiques d'un conditionneur tissulaire

Il doit notamment avoir :

- une grande fluidité initiale.
- une faible élasticité instantanée.
- une importante capacité de déformation retardée.
- une bonne aptitude à absorber une partie des contraintes occlusales.
- une gélification relativement lente.
- une répartition uniforme des pressions.

Ces qualités vont résulter de la composition du produit, de l'épaisseur sous laquelle il est utilisé et de la manière dont il va vieillir.

2-4-1-3. Propriétés du mélange

- 1er phase: le mélange

Il doit toujours être réalisé en respectant les proportions poudre/liquide préconisées par le fabricant. En effet, les propriétés physiques auxquelles le praticien aspire dépendent du respect de ces proportions. Les composants sont versés dans un récipient puis spatulés. Cette manipulation facilite la pénétration de l'alcool dans les billes de PMMA qui, alors, gonflent permettant aux plastifiants de s'infiltrer, prélude à la gélification.

- 2eme phase: La gélification

Cette phase est capitale, car ses caractéristiques cliniques sont en liaison directe avec l'application thérapeutique. Cliniquement pour le praticien, le temps de gélification correspond au temps dévolu au garnissage de l'intrados, à l'insertion, à l'adaptation à la surface d'appui et au modelage des bords (**fig.2.6**).

En dehors de paramètres physico-chimiques tels que la teneur en alcool, le type de plastifiant, le rapport poudre/liquide, le temps de gélification dépend surtout des matériaux employés.

Ce temps peut en effet varier de 4 minutes environ à plus de 15 minutes.

- 3eme phase : Le fluage

Comme précédemment, le fluage est lié au matériau. Il correspond aux capacités du matériau à se déformer, à s'adapter aux tissus, et à ces derniers à modeler le matériau. Débutant après la phase de gélification, la durée du fluage est extrêmement variable. Elle dépend du type de matériau et du respect des rapports poudre-liquide (**fig.2.7**).

- 4eme phase: La phase élastique

Elle correspond aux déformations réversibles de la résine sous l'effet des contraintes occlusales. Le Visco-Gel® est le matériau le plus élastique alors que le Fitt® et l'Ivoseal® sont très peu élastiques. Le Coe-confort® présente des propriétés intermédiaires. (Phase pouvant durer 15 jours ou 3 semaines).

- 5eme phase: La phase de dessiccation

Au cours du temps, la résine à prise retardée perd ses qualités élastiques et conduit à la destruction de l'état de surface du produit. Les esters alcooliques et les plastifiants sont repris par la salive alors que celle-ci et ses composants pénètrent dans la base souple, Cet échange s'accompagne d'un durcissement du matériau et d'une perte de l'intégrité de l'état de surface, qui devient rugueux. Cette rugosité favorise la colonisation bactérienne et entraîne des irritations de la muqueuse.

Pour palier ce phénomène plusieurs technique ont été proposées

- Le renouvellement complet du matériau. Cette approche est théoriquement simple mais cela implique de recommencer l'ensemble des opérations de mise en place de la résine à prise retardée avec tous les risques que cela implique.

- L'enduction de la surface à l'aide de produits qui s'opposent aux échanges salive-résine rend la surface du matériau lisse, les micro-organismes y adhèrent moins. Ces produits dits «protecteurs » sont commerciaux, tels que le Permaseal®, le Kreguard®, le Flow control®.



Fig. (2.6) Compte-minute permettant De contrôler le temps de gélification

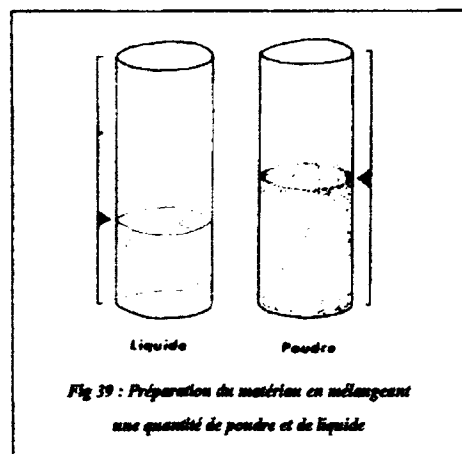


Fig. (2.7) préparation de mélange

2-4-1-4. Différents produits et leur utilisation

Les propriétés physicochimiques des résines varient d'un matériau à l'autre. Mais cliniquement le choix de celles-ci doit répondre aux objectifs thérapeutiques souhaités. Pour le traitement des altérations tissulaires de la surface d'appui, le produit employé doit posséder un temps de gélification relativement long, un temps de fluage prolongé et de bonnes propriétés viscoélastiques.

- L'Hydrocast (HC) est un matériau de plasticité importante, il permet de réaliser des intrados par un modelage très précis. Il sera choisi dans les cas de fragilité tissulaire importante et devra être renouvelé fréquemment pour conserver ses qualités de "massage". **fig. (2.8).**

- Le FITT de Kerr (FI) offre une phase de plasticité réduite, mais une phase élastique relativement importante.

Ce produit sera utilisé comme rebasage temporaire principalement dans les prothèses immédiates.

- Le Viscogel (VG) présente la caractéristique de continuer à fluer sous les pressions occlusales. Il agit dans les zones périphériques et permet d'augmenter la surface des intrados. Il doit être surveillé car l'épaisseur de ce produit en regard des zones d'appui primaire et secondaire diminue notablement dans le temps. Le risque de contact non amorti devient important et néfaste.

D'autres produits sont proposés tels que :

(CC) Coecomfort de Coe (actuellement GC), (CS) Coesoft de Coe (actuellement GC), (IV) SR Ivoseal d'Ivoclar, (LY) Lynal de Caulk, (SL) Softliner de GC, (ST) Softone de Bosworth, (VE) Veltec de Teledyne.

Le Viscogel apparaît être le meilleur conditionneur de tissus en raison de sa plasticité au cours des premières heures, suivie d'un comportement élastique durant une longue période.

Les différences d'action de ces produits permettent de réaliser des mariages en différentes couches successives pour moduler l'évolution. Par exemple, l'utilisation du FITT comme base souple sera complétée par une couche de Viscogel, celle-ci augmentera la surface et bloquera la perte de l'éthanol dans le FITT; le risque de blessure par diminution de l'épaisseur de la couche externe sera sans conséquence par la présence du substrat souple.

Les auteurs en concluent qu'idéalement l'épaisseur des (CT) utilisés lors de reconditionnements tissulaires, devrait être de 3 mm et que, si ce n'est pas réalisable, le remplacement du conditionneur tissulaire doit être effectué après quelques jours.

Il n'est pas aisé d'obtenir cliniquement une épaisseur de 3 mm avec des conditionneurs tissulaires ayant une grande capacité de fluage et un temps de gélification relativement long.



Fig. 2.8 Résines acryliques conditionneuses tissulaires

(Fig.2.8) résine acrylique plastique à prise retardée

2-4-1-5. Position et épaisseur idéales du conditionneur tissulaire

Pour les prothèses maxillaires, l'épaisseur minimale de conditionneur tissulaire souhaitée varie de 0.5 à 3 mm selon les auteurs (**Kawano et Coll**), il semble raisonnable de limiter celle-ci à 1mm si la DVO est correcte ou presque.

C'est pourquoi l'intrados de la prothèse existante doit en général être évidé pour laisser au conditionneur tissulaire la place dont il a besoin.

Les prothèses mandibulaires seront évidées ou non suivant les besoins de la DVO, tout en gardant à l'esprit qu'un conditionneur tissulaire plus épais (2mm) est souvent plus efficace.

2-4-1-6. Choix d'un conditionneur tissulaire

Même si la littérature retient souvent Coecomfort de Coe et viscogel pour leur faible teneur en alcool, leur fluage et leur souplesse secondaire élevés, aucune présentation commerciale actuelle ne semble devoir être rejetée si elle est régulièrement remplacée. Néanmoins, il faut préférer un conditionneur tissulaire :

- dont l'épaisseur est aisément modulable (en jouant sur le rapport poudre/liquide)
- dont la gélification est relativement rapide (pour que des ajouts parfois importants se figent suffisamment vite pour permettre la finition correcte de la jonction conditionneur tissulaire /extrados).

- un conditionneur tissulaire transparent (pour que l'esthétique des prothèses ne pâtisse pas trop de sa présence et bien que ceci puisse nuire à l'évaluation visuelle de son épaisseur).
- un conditionneur tissulaire aussi biocompatible que possibles et offrant une bonne résistance aux agents de nettoyage.
- Pour ces raisons, Softliner de GC est actuellement le plus utilisé.

2-4-2 Prothèse transitoire

C'est un véritable "patrons" des prothèses définitives. Evolutive, elle est destinée à améliorer les conditions anatomo-physiologiques des structures buccales du patient afin d'assurer à ce dernier une restauration esthétique, fonctionnelle et phonétique, favorisant ainsi une insertion facile et une adaptation rapide. Elle sert de véhicule au conditionneur tissulaire. Cette prothèse transitoire peut s'obtenir de deux manières différentes :

2-4-2-1 Patient édenté n'ayant jamais été appareillé

La dépression atmosphérique existante dans une telle cavité buccale, l'effet diapneusique en résultant, l'étalement inconsidéré de la langue, réduisent alors d'une façon très importante la zone neutre ou espace passif utile devant être occupé par la future prothèse; aucune empreinte tertiaire ne serait susceptible de résoudre ce difficile problème. Une empreinte prise avec les techniques les plus élaborées possibles se traduirait automatiquement par la conception d'une base prothétique étroite incapable d'assurer la préservation de l'intégrité tissulaire et la restauration optimale de toutes les fonctions.

Une empreinte préliminaire mucostatique permet d'obtenir un moulage de la surface d'appui et des lignes de réflexion de la muqueuse sans aucun déplacement. Une empreinte secondaire analytique anatomo-fonctionnelle classique est réalisée. Les autres séquences sont conduites avec beaucoup de prudence jusqu'à la polymérisation de la prothèse transitoire.

Dans ce cas, c'est une réhabilitation des surfaces d'appui post-prothétique.

Les séquences du traitement sont les mêmes que celles de la méthode classique que nous allons détailler ultérieurement.

2-4-2-2 Patient déjà appareillé

Dans ce cas, deux techniques sont actuellement utilisées à savoir la technique classique et la technique moderne qui duplique la prothèse existante et c'est cette dernière qui servira à véhiculer le conditionneur tissulaire.

2-4-3 Techniques

Que ce soit dans une phase pré ou post-prothétique, les séquences cliniques du traitement de la surface d'appui sont identiques. Dans la mesure du possible, il est préférable de ne traiter qu'une seule prothèse à la fois, car il est très délicat de réaliser simultanément le traitement des deux arcades.

2-4-3-1 Technique classique

Dans cette technique le patient est un ancien porteur de prothèse devant être readapté.

2-4-3-1-1 Technique sur l'arcade mandibulaire

Les séances sont plus ou moins nombreuses mais elles se succèdent selon les séquences suivantes.

➤ 1^{ère} séance

Les erreurs d'occlusion sont corrigées par meulage et par l'adjonction de résine au niveau des dents de manière à rétablir si nécessaire le plan occlusal et la dimension verticale d'occlusion.

L'adaptation de l'intrados et des bords sont contrôlés. À ce stade la prothèse doit être considérée comme un porte-empreinte individuel. Les sur contours des extrados sont éliminés, les bords en surextension sont largement raccourcis, les freins fortement échancrés de manière à assurer ou à rétablir la stabilité de la prothèse. À l'aide de matériaux révélateurs comme des silicones fluides s'avère, pour ce contrôle, très utile (fig 2.9).



Fig. (2.9). La silicone fluide révèle les zones en surpression, les bords en surextension, éléments ensuite corrigés.

L'intrados prothétique est creusé en regard des trigones rétro molaires et des lignes mylohyoïdiennes, enfin le bord prothétique au niveau du joint sublingual est raccourci par un meulage dirigé parallèlement au plan occlusal (fig. 2.10).



Fig. (2.10) Dans l'intrados des prothèses mandibulaires la ligne mylohyoïdienne, les trigones rétromolaires et le joint sublingual sont fortement déchargés.

L'intrados est nettoyé à l'aide d'une pointe montée qui dépolit l'ensemble de la surface ; puis dégraissé avec du chloroforme ou de l'éther. La résine à prise retardée est placée dans l'intrados de la prothèse.

La mise en place doit être d'autant plus délicate que la résine est fluide. Le patient est ensuite guidé en occlusion de relation centrée à la bonne dimension verticale.

Après la gélification du matériau, temps contrôlé par le compte-minute, la prothèse est retirée de la cavité buccale puis examinée. Idéalement, Les bords doivent être épais et arrondis recouvrant d'environ 1 mm la base prothétique sous-jacente. Si celle-ci apparaît, les bords devront à nouveau être raccourcis.

Les sur extensions de plus de 2 mm sont éliminées avec des ciseaux, en particulier, dans les régions rétro-mylohyoïdiennes et sublinguales



Fig. (2.11) Élimination d'une importante surextension à l'aide de ciseaux et Soutien de la surextension, à l'aide de résine auto polymérisable.

Au niveau de l'intrados, la résine plastique à prise retardée doit recouvrir l'ensemble de la surface de l'intrados et présenter une épaisseur de 1 mm. Si, par endroit, la base apparaît, la ou les zone(s) concernée(s) sont fortement creusées.

Point particulier, concernant le joint sublingual : chez les patients dont la musculature linguale est puissante, la position du plancher et de la langue étant erronée, il est souvent difficile d'obtenir un joint sublingual adéquat. Dans ce cas, une résine à prise retardée à bas coefficient de fluidité comme le **Soft-Liner®** ou le **Fitt®** est indiquée. Le matériau est modelé, préformé en une lame horizontale épaisse qui s'étend distalement tout en laissant libre le passage du frein de la langue.

À la fin de cette première séance, l'intrados est badigeonné avec un des liquides de protection.

➤ **2eme séance :**

Elle se situe 2-3 jours après la première et se déroule à nouveau en 3 temps.

- Ressentis tels que le manque de stabilité, les zones douloureuses, les gênes ou bien les améliorations obtenues. Puis, le praticien examine l'occlusion.
- Le praticien améliore l'occlusion en corrigeant et éliminant les éventuelles interférences occlusales en relation centrée.

À l'intrados : en respectant le principe suivant :

- Si la surface d'appui est imparfaite, les bords sont conservés, l'intrados est fortement creusé sur 2 mm d'épaisseur environ puis regami sans excès de résine à prise retardée. L'ensemble est remplacé dans la cavité buccale
- Si les bords sont imprécis, l'intrados est conservé, les bords sont raccourcis, puis à nouveau regamés de résine
- Si la situation est mixte, les retouches sont réalisées mais en ayant soin de ne jamais perdre l'adaptation de la prothèse sur la surface d'appui (**fig.2.12**)



Fig. (2.12) Situation mixte correction partielle de l'intrados et des bords

Malgré les corrections des bords et de l'intrados, la prothèse doit toujours pouvoir être remise en place sur la surface d'appui de manière sûre et précise

- Les différentes corrections effectuées, les zones retouchées sont regarnies du matériau choisi. L'ensemble est replacé dans la cavité buccale. La gélification terminée, la prothèse retirée est examinée. Les excès éliminés, les extensions soutenues, les zones où la résine apparaît sont corrigées. De la résine à prise retardée est remise en place au niveau des zones corrigées, ensuite les mêmes séquences pourront être rééditées.

➤ **3eme séance**

Cette séance se poursuit selon la même chronologie que celle précédemment utilisée, prise en compte des doléances du patient, examen des bords et de l'intrados, de l'occlusion, corrections adjonctions de résine à prise retardée. Ces séquences se renouvellent de séance en séance, jusqu'à ce que l'intégrité de la surface d'appui soit rétablie et les qualités mécaniques de rétention, de stabilisation, de sustentation soient obtenues. **fig (2.13)**

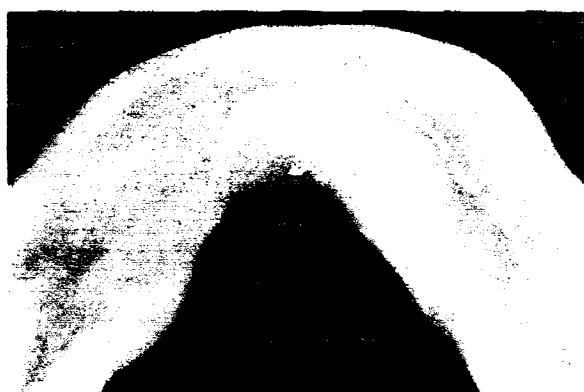


Fig. (2.13). Aspect d'un intrados idéal.

➤ **Avant-dernière séance**

Lorsque l'ensemble des problèmes a été résolu, la prothèse est adressée au laboratoire pour une réfection totale. Si l'intrados de la base n'est pas parfait, présente de légères rugosités, de petites imprécisions, dans ce cas, une empreinte de réfection s'impose. Les matériaux de choix sont les polysulfures light type **Permlastic®**. Pour cela, l'intrados est badigeonné d'un adhésif, puis recouvert d'une couche de matériau à empreinte de très fine épaisseur, enfin l'empreinte est réalisée. Dans certains cas, les bords peuvent paraître minces.

Au moment du garnissage, les bords sont délicatement recouverts d'un matériau à empreinte très visqueux type **Permlastic Heavy®** (**fig.2.14**).

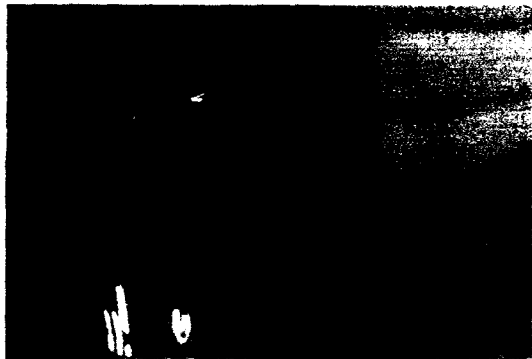


Fig. (2.14) Empreinte de réfection réalisée à l'aide de Permlastic Light® au niveau de l'intrados et de Permlastic Heavy® au niveau des bords.

Le laboratoire réalise une réfection totale de la base.

➤ **Dernière séance**

Au retour du laboratoire, la prothèse est contrôlée selon les critères précédemment exposés puis désinfectée. Théoriquement, la remise en place se déroule sans aucune difficulté tant au niveau de la muqueuse que de l'occlusion.

2-4-3-1-2 Le traitement sur l'arcade maxillaire

À l'arcade maxillaire, la mauvaise remise en place de la prothèse lors de ces traitements peut provoquer des erreurs d'occlusion par une modification de la dimension verticale et de l'occlusion d'intercuspidation maximale. Il sera donc toujours préférable de pratiquer des traitements sectoriels et très rarement des traitements globaux intéressant l'ensemble de la surface d'appui.

➤ **traitements sectoriels**

Généralement, au maxillaire supérieur, le traitement est sectoriel. Trois secteurs sont particulièrement concernés par cette approche thérapeutique. Les bords prothétiques au niveau du joint vestibulaire, le joint postérieur et certaines parties de l'intrados (la région antérieure). Le joint vestibulaire et les bords vestibulaires de la prothèse maxillaire sont corrigés selon les mêmes principes et règles que ceux appliqués à la prothèse mandibulaire. Les surfaces dégraissées sont enduites de résine à prise retardée. La prothèse est réinsérée dans la cavité buccale. Après quelques instants, les mouvements qui modèlent la résine doivent être respectés. Lorsque la gélification est terminée, la prothèse est retirée de la cavité buccale, les bords contrôlés, les sur extensions éliminées ou soutenues, les zones où le matériau a été chassé corrigées. Généralement en deux ou trois séances, l'harmonie des bords de la prothèse est rétablie et la rétention améliorée (fig.2.15).



Fig2.15. Réhabilitation de la zone de réflexion

Au niveau de joint postérieur, la résine à prise retardée à faible coefficient de fluidité est placée au niveau distal du bord prothétique palatin. Progressivement, le patient s'habitue à cette extension. Cet apport est renouvelé de séance en séance, pour atteindre la limite adaptée à la réalisation d'un joint postérieur.

Dans la surface d'appui, en regard de la région concernée la prothèse est fortement creusée sur une épaisseur de 2 mm si possible. Eventuellement, des orifices vestibulaires sont percés pour communiquer avec l'extrados. La résine a prise retardée est placée dans la zone creusée, puis la prothèse est réinsérée dans la cavité buccale, prévenant les risques d'erreurs d'occlusion **fig. (3.20), (3.21), (3.22), (3.23),**

Dans tous les cas, les corrections terminées, la prothèse est adressée au laboratoire pour la réfection de la base, qui doit être réalisée dans les délais les plus brefs.



Fig. (2.16), Lésion de la crête au niveau antérieur.



Fig. (2.17). La prothèse est fortement creusée en regard des zones pathologiques.



Fig. (2.18) Garnissage de l'intrados avec peu de résine à prise retardée.



Fig. (2.19) La résine s'échappe par les trous pour éviter toute erreur d'occlusion.

➤ **Traitement global :**

Cette approche thérapeutique est délicate car la mise en place d'un matériau à prise retardée, dans l'ensemble de l'intrados, provoque une augmentation de la dimension verticale d'occlusion liée à l'épaisseur du matériau plastique à ce stade. Après nettoyage et dégraissage de l'intrados, celui-ci est garni, sans excès, de résine à prise retardée. L'ensemble est replacé dans la cavité buccale.

L'occlusion vérifiée, les joues, les lèvres sont mobilisés pour éviter toute surextension. Les étapes sont identiques à celle déjà présentées. Dans le cas où une prothèse totale doit être conçue et qu'une mise en condition des surfaces d'appui muqueuses est prévue, il est préférable de créer un espacement au niveau de la voûte palatine. Pour cela, une feuille polyéthylène de 2 mm d'épaisseur est thermoformée sur le modèle. Elle recouvre l'ensemble du muqueux masticatoire jusqu'à la muqueuse libre.

La maquette en cire, le montage sont réalisés, la feuille de polyéthylène située dans l'intrados. L'ensemble des phases de mise en moufle et de polymérisation est conduit, la feuille de polyéthylène toujours adjointe à la maquette. Lors de l'insertion prothétique, la feuille est enlevée, la prothèse s'appuie à sa périphérie, laissant un vide entre la muqueuse et l'intrados. Celui-ci est garni sans excès d'une résine à prise retardée (fig.2.20).



Fig. (2.20) La feuille de polyéthylène préalablement thermoformée est enlevée après la mise en moufle.

Cette approche est tout particulièrement indiquée en cas d'altération de la surface d'appui liée à une candidose buccale. Dans ce cas des produits antifongiques ou des antibiotiques sont mélangés à la résine à prise retardée. L'apport d'Isoconazole (**Fazol®**) à du **Coe-Soft**, du **Fitt** semble donner de bons résultats. Par contre, dans cette approche thérapeutique, les produits protecteurs ne doivent pas être utilisés.

2-4-3-2 Technique moderne

En raison des difficultés inhérentes à l'élaboration d'une prothèse amovible complète, le praticien peut, pour les résoudre, faire appel à la technique du duplicata, véritable double d'une restauration prothétique existante.

Elle s'effectue avec des prothèses existantes, indiquée dans les cas suivants :

- mise en condition en prothèse totale
- Lorsque le patient déjà appareillé désire conserver ses prothèses.
- Patient pressé exigeant une technique rapide.
- Patient appareillé depuis très longtemps et très âgé dont les mémoires neuromusculaires, ne peuvent pas être perturbées simultanément.

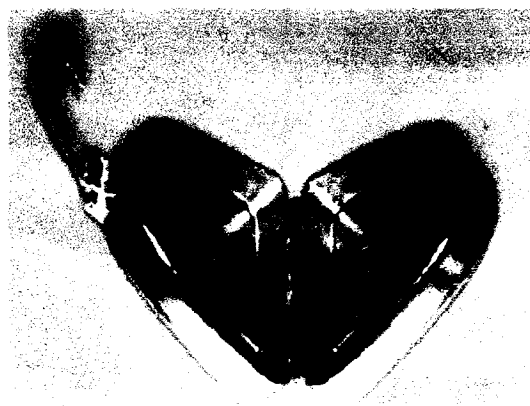
2-4-3-2-1 Définition du duplicata

On appelle duplicata de prothèse complète, la réplique exacte de la prothèse prise pour modèle : intrados, extradados et arcade dentaire doivent être identiques. Le duplicata a pour vocation de permettre à l'édenté total de préserver une vie sociale active, sans rupture, sans contrainte et sans anxiété.

2-4-3-2-2 Technique du duplicata en alginate

Le Duplicator de Lang est un système comparable à un « moule à gaufre » ou à une boîte articulée, remplie de matériaux à empreinte dans lequel la prothèse à dupliquer est insérée. Fig. (2.21).

Fig. (2.21).Duplicator



La prothèse du patient est nettoyée et désinfectée. L'alginate est déposé de manière à remplir, à ras-bords, le premier volet. À l'aide de la pulpe du doigt, les faces occlusales, embrasures, collets et voûte palatine sont enduits d'alginate pour éviter toute présence de bulles. **fig (2.22).**



Fig. (2.22) l'alginate est appliqué sur les dents et l'extrados



Fig. (2.23) Prothèse enfoncée dans l'alginate.

La prothèse est ensuite enfoncée, face occlusale dirigée vers l'alginate, jusqu'à ce que le matériau affleure les bords prothétiques, **fig. (2.23) (2.24)**



Fig. (2.24) Après l'isolement de l'alginate, avec de la vaseline, la contre partie est garni d'alginate.

Après gélification, les excédents d'alginate sont éliminés 2 mm sous les bords de la prothèse pour respecter le joint périphérique et jusqu'au niveau du bord du Duplicator. Vaseliner la surface de l'alginate pour prévenir toute adhésion avec l'alginate garnissant le premier volet. Comme préalablement, l'alginate sont préparées pour remplir à ras-bords la contrepartie du Duplicator.

Les excédents d'alginate, ayant débordé par les côtés de la boîte, sont éliminés. Après gélification, l'ensemble est ouvert, la prothèse est rendue au patient. Cette manœuvre, exécutée en présence du patient dure 15 minutes environ. **Fig. (2.25).**

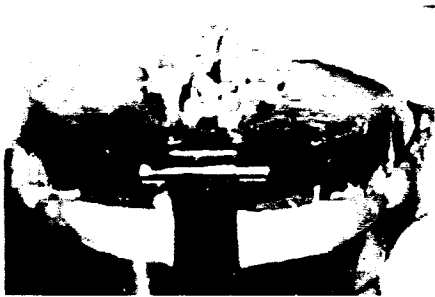


Fig. (2.25). Duplicator fermé.

En raison du manque de stabilité dimensionnelle de l'alginate, le duplicata doit être réalisé immédiatement. De la résine chémozpolymérisable est coulée au niveau des structures dentaires en un temps fig. (2.26).



Fig. (2.26) Après le retrait de la prothèse de la résine est coulée au niveau de l’empreinte des dents

Cependant, pour limiter les imprécisions dues aux phénomènes de contraction et distorsions des résines dentine utilisées, il semble préférable de réaliser les dents du duplicata en trois secteurs (deux postérieurs et un antérieur), surtout si les secteurs dentaires ont un volume important. Après polymérisation, les dents sont ébarbées et finies. Dans un deuxième temps, de la résine chémopolymérisable rose est placée au niveau de l'empreinte de la base prothétique puis le Duplicator est refermé jusqu'à polymérisation Fig. (2.27), (2.28), (2.29).



Fig. (2.27) Finition des unités dentaire

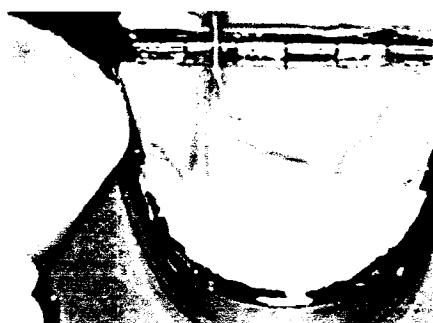


Fig. (2.28) La résine rose chémopolymérisable, est versée dans celle-ci dans l'alginate, avant fermeture du duplicator



Fig. (2.29).Duplicata après polymérisation.

La prothèse est ensuite terminée (grattage et polissage) fig. (2.30), L'ensemble de cette opération dure environ 1 h 30 à 1 h 45 mn, phases de polymérisation comprises, la remise en place se déroule sans aucune difficulté.

Tant au niveau de la muqueuse que de l'occlusion, c'est ce duplicata qui sera utilisé comme véhicule de la résine à prise retardée.

Les séquences de la réhabilitation des surfaces d'appui se dérouleront de la même manière que dans la technique précédente.

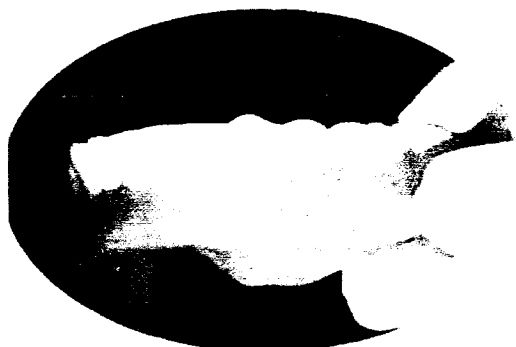


Fig. (2.30), Duplicata terminé.

CHAPITRE 3 :
MISE EN
CONDITION
PHONETIQUE

INTRODUCTION

La phonation est l'ensemble des phonèmes qui concourent à la production de la voie et de la parole, elle fait appel à un ensemble de mécanismes physiologique complexes qui intéressent successivement, les poumons, le pharyngo-larynx, les cavités buccale et nasales, effecteurs terminaux de l'articulation phonétique ou le son parlé trouve sa personnalité sous, l'influence directrice du système nerveux. Cette fonction ne mobilise pas beaucoup la mandibule.

3-1. PHYSIOLOGIE DU LANGAGE

3-1-1. Les éléments du langage

3-1-1-1. Formation des voyelles

- se forment à partir du son laryngé primaire.
- voyelles émises arcades séparées sans appui lingual.
 - se chargent d'harmoniques pour constituer un son complexe. Le renforcement d'harmonique se fait dans la cavité pharyngienne (graves), dans la cavité buccale (aigüe).
 - prononciation se fait avec le voile fermé. Dans le cas contraire, nasalisation des voyelles (fentes labiales).

3-1-1-2. Formation des consonnes

- explosives constrictives
- sourdes sonores.
- labiales, labiodentales.
- linguo-palatine.
- sons sans périodicité de vibration = bruits.

COUTAND-FIEUX : 04 positions fondamentales de la langue pour l'articulation des consonnes :

- Langue proche de position de repos (M, B, P).
- Langue avec appui postérieur (G, R, K) : base langue et voile se rencontrent ;
- Langue en appui antérieur sur le palais :
 - Pointes (D, N, T).
 - Bords (L, GN, CH, J).
 - Langue en appui inférieur (S, Z, F, V).
 - F et V = labiodentale.

Cette classification met l'accent sur la région où a lieu l'affrontement entre langue et son environnement.

3-2. ARTICULATION DE LA PHONATION

Les phonèmes se classent en voyelles et en consonnes. Les voyelles sont des sons musicaux. Les consonnes sont des bruits ou sons musicaux auxquels sont parfois associés des sons musicaux.

3-2-1.Voyelles

Les voyelles sont prononcées voile fermé. Le son laryngé primaire est chargé d'un certain nombre d'harmoniques qui déterminent le timbre. C'est par le timbre que les voyelles se reconnaissent. Le renforcement des harmoniques se fait au niveau de deux zones qui sont des caisses de résonance : la cavité buccale pour le formant aigu et la cavité pharyngée pour le formant grave. Ces cavités sont séparées l'une de l'autre par le dos de la langue par rapport au palais qui détermine le point d'articulation de voyelle.

La cavité buccale comme la cavité pharyngée peut être modifiées dans leur forme comme dans leur dimension par la position du voile du palais, la forme de la langue, des lèvres qui peuvent s'étirer vers l'avant, la position de la mandibule entraînant une ouverture plus ou moins grande de la cavité buccale.

-Articulation des trois voyelles A, I, Ou

Le « A » est prononcé bouche grande ouverte, la langue au plancher. Le « I » et le « Ou » sont prononcés avec rapprochement des mâchoires. Ce sont des voyelles fermées.

Le point d'articulation est antérieur pour le « I », postérieur pour le « Ou » (« I » est aigu, « Ou » est grave). Le « I » est obtenu avec étirement des commissures labiales, alors que le son « Ou » est obtenu avec étirement vers l'avant des lèvres, augmentant l'espace. Les trois phonèmes « A », « I », « Ou » représentent le système vocalique de base. Les autres voyelles sont des voyelles intermédiaires.

-Consonnes :

Les sons consonantiques sont des bruits, des sons non musicaux, auxquels peuvent s'ajouter des sons musicaux. Dans les premiers cas, les consonnes sont dites sourdes : P, T, K, F, S, Ch. Elles correspondent au seul bruit obtenu par ouverture brusque ou par rétrécissement du conduit de passage de l'air expiré. Les quatorze autres consonnes sont dites sonores car au bruit s'ajoute un son laryngien musical (B, D).

3-3. TECHNIQUE DE LA MISE EN CONDITION PHONETIQUE

La prothèse transitoire facilite l'élimination progressive des doléances phonétiques. Elle permet de trouver une solution à l'un des problèmes les plus fréquemment posés par les prothèses complètes. Ces solutions seront s'il y a lieu :

- L'élargissement de l'espace réservé à la langue Le déplacement de l'un ou des deux blocs incisifs dans le sens désiré.

- La correction ou la suppression de tout relief des faces linguales des dents postérieures qui risquent d'interférer avec les bords marginaux ou la pointe de la langue ;

- La suppression de toute saillie gênante ou mal tolérée de l'extrados.

La mise en condition des organes paraprothétiques ayant une incidence dans l'émission et l'articulation des principaux phonèmes sera conduite simultanément avec la mise en condition tissulaire. Dans les cas difficiles, l'extrados palatin sera soumis à un traitement particulier. Son épaisseur sera préalablement réduite (fig. 3.1). Cette portion sera garnie d'une résine plastique à prise retardée dont le degré de plasticité sera élevé et prolongé (fig.3.2).

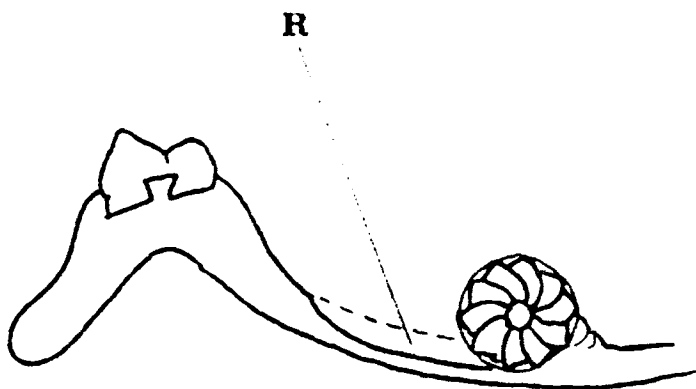


Fig.3.1 Réduction de l'épaisseur de la résine, R, permettant la mise en place d'une résine acrylique plastique à prise retardée.

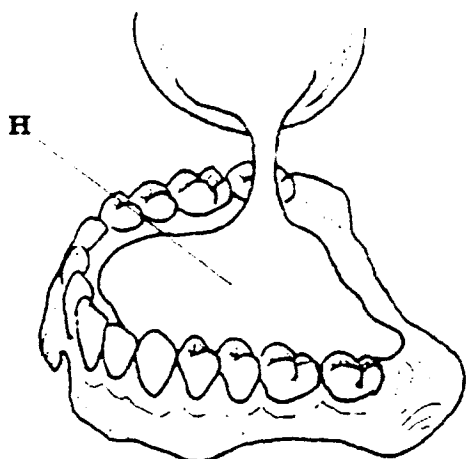


Fig.3.2. Apport d'hydrocast H sur la totalité de l'extrados palatin de la prothèse maxillaire

L'édenté total sera prié d'avaler sa salive 7 à 8 fois sans interruption. Ces déglutitions successives et rapides assurent un prémodelage de l'hydrocast. Les contractions linguales répétées se traduisent par la création d'un relief en harmonie avec celui de la muqueuse tapissant la face dorsale de la langue Fig. (3.3) et (3.4).

Les consonnes L.T.D.J.CH.S.Z.F et V, renforcées successivement par chacune des voyelles seront répétées dans l'ordre plusieurs fois. L'hydrocast sera chassé par endroit ou épaissi au niveau de certains points d'articulation phonétique.

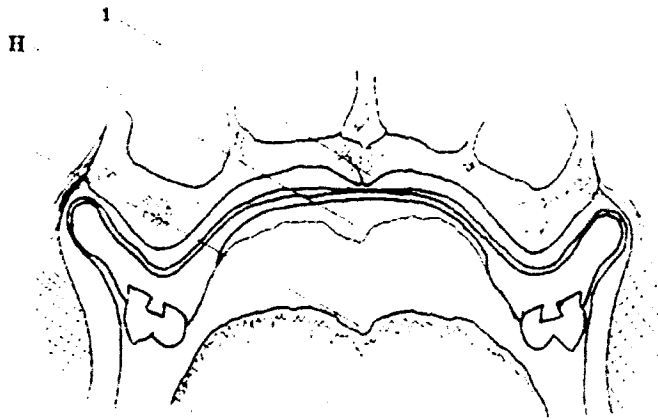


Fig3.3: nouvelle relation harmonieuse entre la langue et la prothèse, 1-suture intermaxillaire saillante

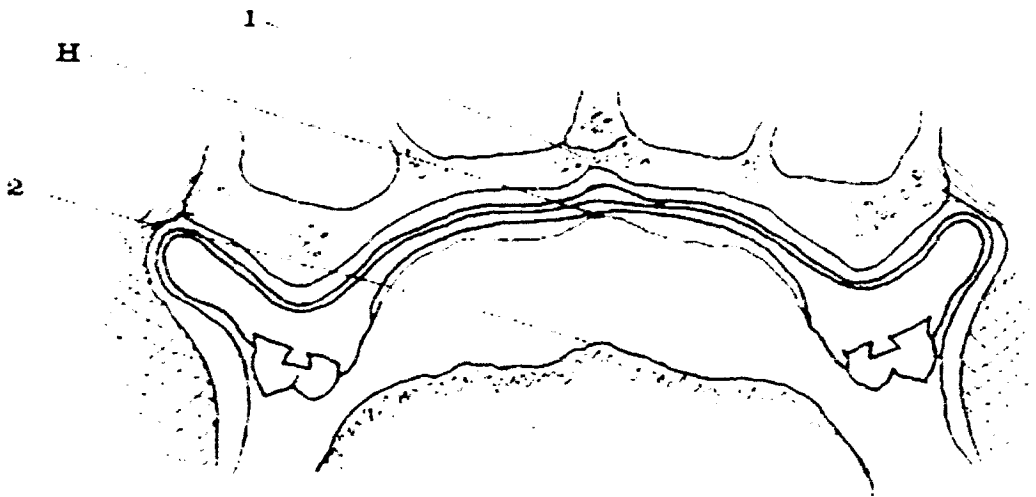


FIG. 3.4.Relation cohérente entre morphologie linguale et extrados palatin prothétique, 1-Suture intermaxillaire déprimée ,2- Dépression centrale de l'hydrocast créée par la morphologie de la face dorsale de la langue, 3- Aspect particulier convexe de la langue.

Lorsque toutes les structures anatomiques jouant un rôle important dans la phonation se seront adaptées à la morphologie des extrados vestibulaire et palatin de la prothèse maxillaire cette dernière sera confisquée. Elle sera transférée au laboratoire afin que le technicien procède rapidement à la réfection partielle ou totale de la prothèse ainsi modifiée.

CHAPITRE 4 :
MISE EN
CONDITION
NEURO-
MUSCULO-
ARTICULAIRE

4-1 RAPPEL ANATOMIQUE DE L'ATM

L'articulation temporo-mandibulaire (ATM) se distingue des autres articulations de diverses manières :

-elle est liée à son homonyme par l'arc mandibulaire.

-sa croissance ne se limite pas à la seule expansion (lors des 15 premières années de la vie) mais lui permet une adaptation permanente (néo-condyle consécutivement à une condylectomie).

- son type de fonctionnement détermine son développement ATM non spécialisée de l'homme, différencié de celle du carnivore, du rongeur ou du ruminant.

-une anatomie enrichie par la présence d'un vrai-faux ménisque (P. Caix).

-sa suppression n'altère pas la fonction ou du moins semble bien tolérée.

-sa biomécanique particulière souvent perturbée, siège de dérèglements et/ou dysfonctions entraîne craquements, ressauts, subluxations, douleurs.

-elle constitue la seule articulation mobile de la face (figure 4.1). Il s'agit d'une diarthrose bicondylienne paire symétrique, agrémentée d'un ménisque. Les deux arcades dentaires en font une articulation temporo-maxillo-dentaire (Frey) ou une articulation crâniobicondylo-occlusale (Gola). Sa dynamique est coordonnée par le système neurosensoriel. Seule articulation de la mastication, son efficacité dépend de l'harmonie et de l'équilibre de ses différents composants.

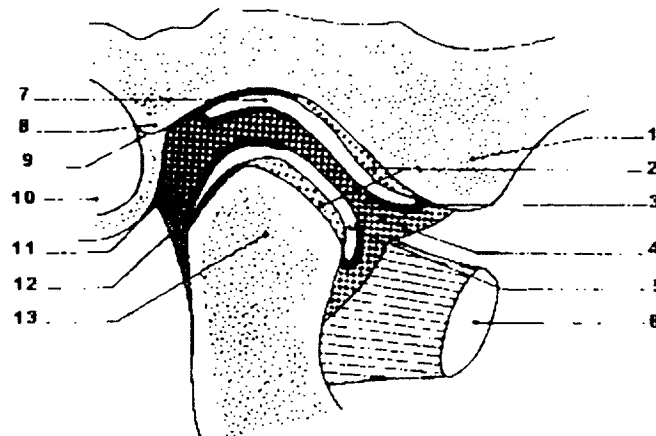


Figure 4.1. Coupe sagittale de l'A.T.M.

1. Tubercule zygomatic antérieur, 2. Cartilage articular, 3. Ménisque, 4. Frein temporo-méniscal antérieur, 5. Synoviale, 6. Muscle ptérygoïdien latéral, 7. Cavité glénoïde, 8. Tubercule zygomatic postérieur, 9. Scissure de Glosier, 10. Conduit auditif externe, 11. Frein temporo-méniscal postérieur, 12. Capsule, 13. Condyle mandibulaire.

4-1-1 Anatomie

4-1-1-1 Situation

Elle est située à la partie latérale de la face, en arrière du massif facial, sous la base du crâne, en avant et en dessous du conduit auditif externe, aux confins de la région temporale en haut, massétérine en bas, parotidienne et auriculaire en arrière.

4-1-1-2 Limites

L'ATM fait partie de la région condylienne à limites inférieures fictives, constituée du col et du condyle qui forment l'extrémité postéro-supérieure de la branche montante de la mandibule. Une ligne oblique qui joint le milieu de l'échancrure sigmoïde au bord postérieur de la branche montante à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur, de haut en bas et d'avant en arrière, en est la limite inférieure.

4-1-1-3 Surfaces articulaires

Surface condylienne, mobile, étroite, cylindrique, qui contraste avec l'importante surface temporale, fixe, sinusoïdale. Le revêtement articulaire, formé de tissu fibreux dense et non de cartilage hyalin rend caduc le terme de fibrocartilage. Les seules surfaces soumises au frottement sont revêtues de tissu fibreux articulaire, souple et élastique, permettant le glissement et protégeant l'os sous-jacent en empêchant l'usure.

4-1-1-4 Surface temporale

Elle représente la surface de réception du condyle mandibulaire en rétropulsion. Ce condyle temporal ou tubercule articulaire (*tuberculum articularis*) représente la véritable surface articulaire. Il est formé par la racine transverse du zygoma: segment de cylindre convexe d'avant en arrière et concave transversalement. Son grand axe oblique en arrière et en dedans, coupe celui du condyle opposé au bord antérieur du trou occipital selon un angle ouvert en arrière de 130° -140° en moyenne (variable selon les individus). Il est revêtu de tissu fibreux avasculaire et se relève en dehors sous forme d'une saillie: le tubercule zygomatique antérieur (figure 4.2).

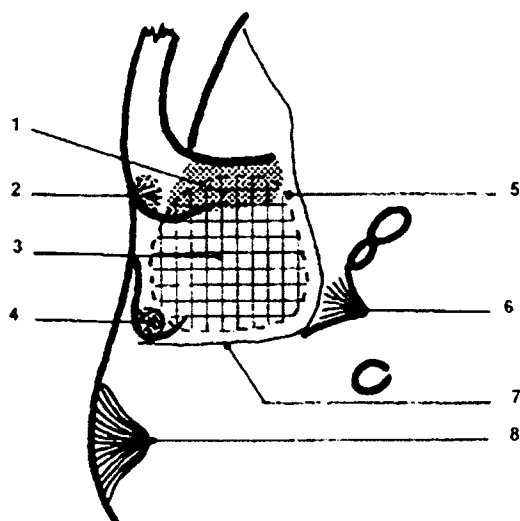


Figure 4.2. Surface articulaire temporale.

1. Racine transverse du zygoma, 2. Tubercule zygomatique antérieur, 3. Fosse mandibulaire, 4. Tubercule zygomatique postérieur, 5. Circonférence capsulaire, 6. Epine du sphénoïde, 7. Scissure de Gläser, 8. Mastoïde.

La cavité glénoïde ou fosse mandibulaire (fossa mandibularis), large et profonde, d'axe transversal postéro-interne loge, au repos, le condyle mandibulaire coiffé du ménisque; elle est limitée :

- en arrière par la paroi tympanale du conduit auditif externe.
- en dedans par l'épine du sphénoïde.
- en dehors par l'échancrure de la racine longitudinale du zygoma, bordée par le tubercule zygomatique antérieur en avant et le tubercule zygomatique postérieur (Heurtoir de Faraboeuf) en arrière, qui sert de renfort à la paroi osseuse du conduit auditif externe, protégeant celui-ci lors des mouvements de rétropulsion de la mandibule. La cavité glénoïde est divisée en deux segments par la scissure de Glasser:
 - l'un antérieur, sous temporal, pré-glasrien, intra-capsulaire, non revêtu de cartilage.
 - l'autre postérieur, rétro-glasrien extra capsulaire correspondant à la paroi antérieure du conduit auditif externe.

4-1-1-5Surface mandibulaire

La surface mandibulaire ou condyle mandibulaire (processus mandibulaire) est une éminence ellipsoïde à grand axe transversal de dehors en dedans et d'avant en arrière. Elle surmonte le col situé à l'angle postéro-supérieur de la branche montante. Son grand axe présente la même obliquité que celui du condyle temporal et les deux condyles forment entre eux un angle de 130° à 140°. Déjeté en porte-à-faux, en dedans du plan de la branche montante, il ne dépasse pas en dehors d'un plan sagittal passant par la face latérale de la branche montante. Sa face supérieure conformée en « dos d'âne » présente deux versants réunis par une crête mousse transversale et deux angles (figure 4.3).

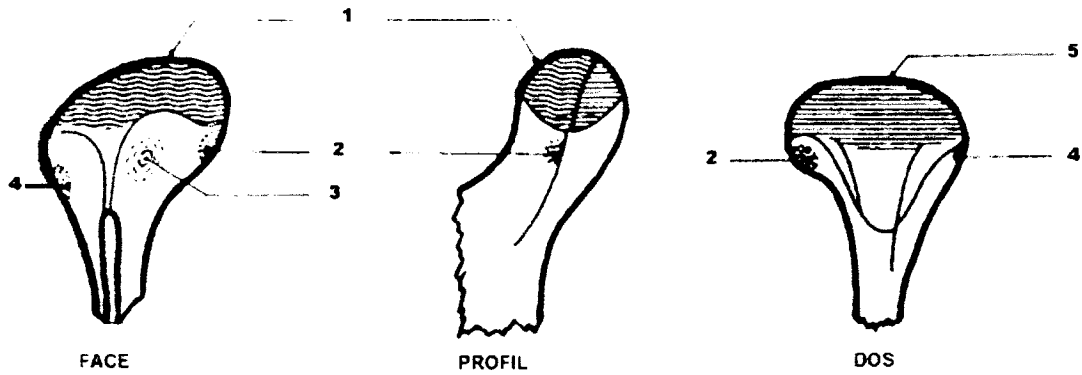


Figure 4.3. Surface articulaire mandibulaire.

1. Versant antérieur articulaire, 2. Tubercule médial, ligament collatéral médial, 3. Insertion du ptéroïdien latéral, 4. Tubercule latéral, ligament collatéral latéral, 5. Versant postérieur non articulaire.

Le versant antérieur, arrondi et convexe, regarde en haut et en avant, faisant face au condyle temporal. Recouvert de cartilage articulaire, il représente la seule surface articulaire avec la crête temporale. Le versant postérieur, aplati, regarde en haut et en arrière, et prolonge le bord postérieur du col. Correspondant à la cavité glénoïde, il n'est pas articulaire, et se prolonge sans transition par le bord postérieur de la branche montante. Les angles, latéral et médial, présentent chacun un petit tubercule arrondi pour l'insertion des ligaments collatéraux.

4-1-1-6 Les muscles élévateurs de la mandibule

Les muscles élévateurs sont pairs et symétriques des deux côtés.

-Le masséter: il est externe et formé de deux faisceaux qui s'insèrent en bas à l'angle de la mandibule, en haut sur l'arcade zygomatique*.

-Le temporal : est formé de trois faisceaux qui s'insèrent en bas sur l'apophyse coronoïde et en haut dans la fosse de l'os temporal; ses fibres antérieures sont élévatrices et les postérieures assurent le recul de la mandibule. (Fig. 4.5)



Fig4.5. Masséter et temporal

-Le ptérygoïdien médian ou interne : symétrique du masséter, mais à l'intérieur de la mandibule; il s'insère en bas à l'angle de la mandibule avec le masséter, et en haut dans la fosse ptérygoïdienne.

-Le ptérygoïdien latéral ou externe : est formé de deux faisceaux horizontaux qui vont du condyle à l'os ptérygoïdien; les différentes contractions assurent la propulsion et la latéralité de la mandibule. (Fig4.6)

MUSCLES MASTICATEURS 2

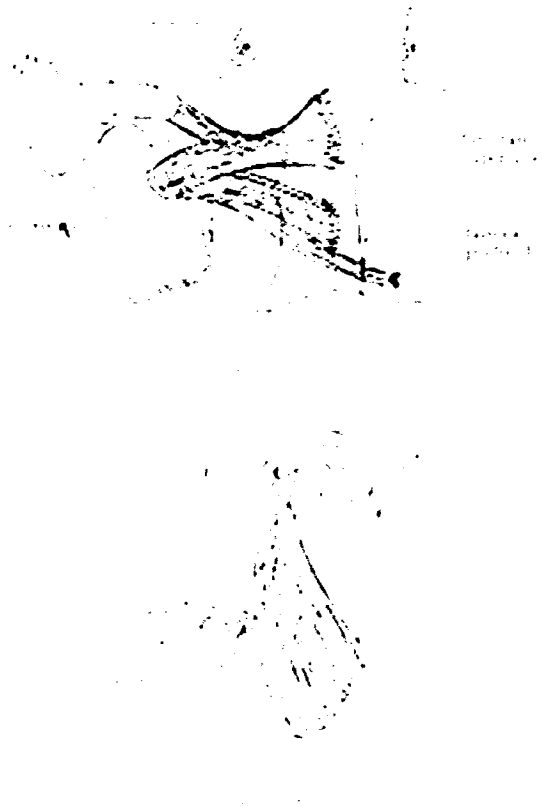


Fig4.6 Pterygoïdien médian et pterygoïdien latéral

4-1-1-7 Les muscles abaisseurs

Ce sont les muscles sus et sous-hyoïdiens. Ils sont considérés comme des muscles accessoires de la mastication.

- Les muscles sus-hyoïdiens :

Ils se situent entre l'os hyoïde et la mandibule :

- Le muscle génio-hyoïdien : il est abaisseur de la mandibule et élévateur de l'os hyoïde.

- Le muscle mylo-hyoïdien : il est abaisseur de la mandibule et élévateur de l'os hyoïde.

- Le muscle digastrique : il est abaisseur de la mandibule par son ventre antérieur, élévateur par son ventre postérieur.

- Les muscles sous-hyoïdiens :

Ils ne jouent qu'un rôle secondaire dans les mouvements de la mandibule. Ce sont :

* Le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

* Le muscle sterno-thyroïdien.

* Le muscle omohyoïdien.

4-2-MISE EN CONDITION NEURO-MUSCULAIRE

Les muscles jouent un rôle prépondérant dans la position de la mandibule aussi bien pour sa relation avec le maxillaire supérieur que pour la dimension verticale de l'étage inférieur de la face. Ils ont une incidence non négligeable sur la rétention des prothèses. Cependant, l'existence des propriocepteurs et des extérocepteurs ainsi que leur influence dominante ne nous permettent plus de concevoir l'appareil musculaire comme une entité, mais plutôt comme faisant partie du complexe neuro-musculaire, neuro-muqueux et neuro-articulaire.

La perte progressive des organes dentaires, l'édentation partielle unilatérale, bilatérale, ou totale prolongée. Les restaurations prothétiques mal conçues se traduisent toujours par des élongations asymétriques des fibres musculaires, par des réflexes acquis de posture erronée et par une position anormale de la langue.

Prendre une empreinte de l'arcade édentée inférieure, repérer une dimension verticale, enregistrer une relation centrée, construire enfin notre prothèse dans ces conditions, aboutiraient à perpétuer ou à aggraver un état de tension musculaire et de déséquilibre. Ceci se traduirait à court terme ou à long terme par un échec certain.

Il est de notre devoir d'instruire notre patient et même la personne la plus influente parmi ses proches de ce passif négatif à supprimer. Cette éducation n'est pas toujours aisée. Elle se solde parfois par une incompréhension totale. Elle nous incombe cependant. Elle permet de nous différencier du prothésiste et de concrétiser progressivement une certaine autorité ou ascendance sur le futur appareillé. Cette rééducation permet enfin de provoquer la collaboration du patient et de son entourage, collaboration sans laquelle il n'est point de réussite prothétique complète.

Tous les exercices de mise en condition neuro-musculaire sont caractérisés par la recherche de l'oubli des réflexes acquis de posture linguo-mandibulaire.

Ils sont constitués par l'ensemble des mesures thérapeutiques suivantes:

- suppression ou modification des prothèses existantes.
- confection d'une prothèse transitoire telle qu'elle sera décrite ultérieurement.
- exercices musculaires de tension prolongée suivie de relâchement.

A fin de réaliser la prise de conscience, de l'existence d'un équilibre musculaire, d'une position de repos et pour retrouver l'élongation musculaire symétrique qui les caractérise, le patient est prié de pratiquer trois fois par jours pendant deux minutes les exercices suivants : ouvrir la bouche au maximum (fig4.7), maintenir cette ouverture jusqu'à fatigue des muscles abaisseurs, revenir à la position d'occlusion (fig4.8).



Fig.4.7. - Ouverture maximale de la bouche maintenue aussi longtemps que possible.

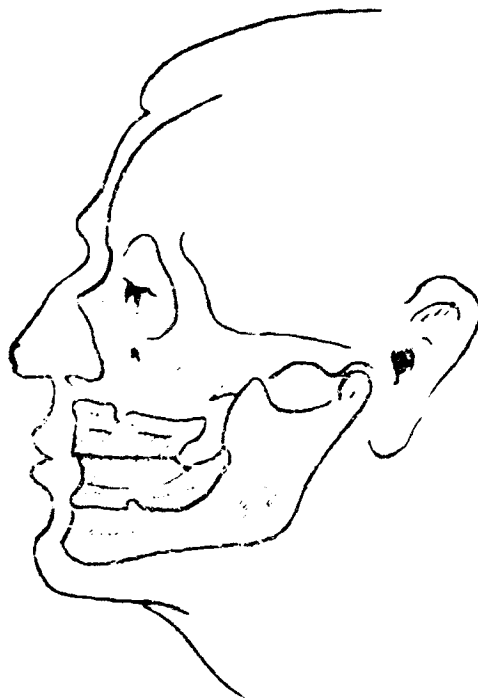


Fig4.8 : retour à la position d'occlusion. Si le patient possède des prothèses, celle-ci seront transformées jusqu'à ce que le plan d'occlusion et la relation intermaxillaire soient corrects. Si le patient n'a aucune restauration prothétique, des bases doivent être construites et confiées à l'édenté.

Pour retrouver la position de la mandibule la plus proche de la relation centrée, trois fois par jours, pendant deux minutes également, les mouvements suivants seront prescrits :

- Mouvement de latéralité droite, la mandibule étant maintenue quelques secondes dans la position extrême, suivi d'un retour à la position centrée d'occlusion.
- Le mouvement de latéralité gauche extrême est réalisé de la même manière.
- ces déplacements sont répétés plusieurs fois. Ils sont suivis de plusieurs mouvements de propulsion extrême avec retour à la position d'équilibre. (Fig.4.9). Ces exercices ne sont pas destinés à développer la puissance musculaire.

Ils constituent un procédé de relaxation permettant à la fois d'oublier une position mandibulaire acquise, de retrouver des elongations musculaires normales et de faciliter l'enregistrement d'une relation centrée la plus voisine de celle existant avant la perte des organes dentaires.

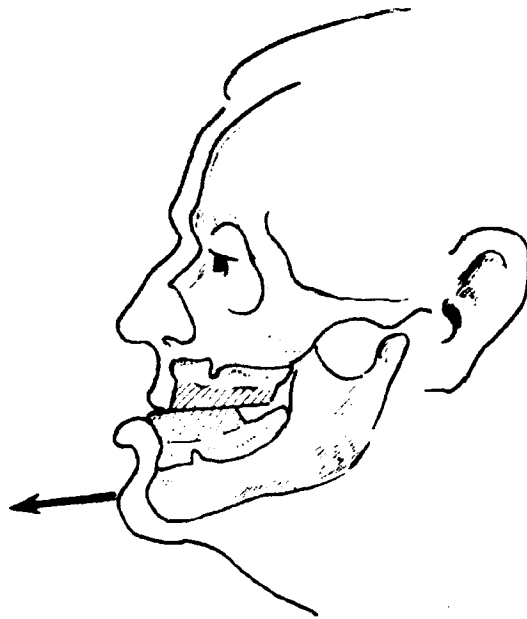


Fig.4.9. - Mouvement de protraction mandibulaire extrême maintenu aussi longtemps que possible. Retour, progressif et contrôlé, vers la relation intermaxillaire centrée.

L'e rôle de la langue dans la position de la mandibule et dans l'instabilité des prothèses inférieures est prépondérant. Sa position d'équilibre détermine l'étendue, la profondeur de la région sublinguale et la rétention de la prothèse.

Lorsqu'elle repose sur le plancher de la bouche et que sa pointe reste en contact avec le bord libre des incisives inférieures, la profondeur de l'espace sublingual est maximum (Fig. 4.10). Lorsqu'elle est rétracée et haute, le plancher s'élève et le joint sublingual est difficile à réaliser (Fig. 4.11). Cette position peut être congénitale ou acquise. Elle résulte souvent de la nécessité où le patient se trouve de soutenir constamment une prothèse supérieure défailante.

Dans les deux cas, une rééducation s'impose. Des exercices de protraction et de rétraction extrêmes de la langue seront prescrits, afin de provoquer une prise de conscience utile au contrôle de cet organe. Cette prise de conscience est facilitée, chez les porteurs de

prothèse inférieure, par l'adjonction d'un corps étranger dans la région rétro-incisive. Un simple dépolissage, ou la présence de rugosités dans cette région, aboutit au même résultat.

Les muscles de la mimique seront ensuite considérés. L'absence prolongée de prothèses ou la présence de restaurations mal conçues s'accompagnent d'une atrophie ou d'un développement excessif d'un ou de plusieurs muscles aux dépens des autres. Une thérapeutique simple, applicable à la majorité des patients, est constituée par les éléments suivants:

- suppression de la cause perturbant l'équilibre facial.
- exercices devant un miroir.
- massages faciaux.

Les causes pouvant perturbé l'équilibre facial sont souvent aisées à découvrir et à éliminer.

- C'est souvent un montage antérieur inesthétique que la lèvre s'efforce de dissimuler.
- C'est fréquemment une dimension verticale insuffisante qui oblige le patient à propulser pendant les mouvements de déglutition.
- C'est quelquefois un dérapage en diduction causé par un enregistrement incorrect de la relation intermaxillaire.
- C'est parfois, enfin, l'instabilité de l'une ou des deux prothèses.

Dans certains cas cependant, les origines d'une dysharmonie des traits du patient sont plus difficiles à mettre en évidence; l'étude de documents préextractionnels tels que photographies et anciens moulages s'avère souvent nécessaire. La confiscation des anciennes prothèses est recommandée et la prothèse transitoire devient indispensable.

Le miroir reste, alors, un atout non négligeable. Assis dans le fauteuil du cabinet dentaire, un miroir à la main, le patient sera prié d'examiner soigneusement les altérations de son esthétique, les causes présumées et la thérapeutique proposée. Ainsi instruit, il comprendra mieux le traitement envisagé et sera plus apte à y participer. Il émettra des suggestions qui seront souvent pertinentes. Il faudra toujours les analyser et les prendre en considération.

Des maquettes en composition, de deux couleurs différentes, seront construites. Le bourrelet préfigurant les dents sera plus clair pour en faciliter l'interprétation et la correction.

Par réchauffage des bourrelets ou par adjonction, le modelage se fera progressivement jusqu'au rétablissement du contour le plus harmonieux de tous les traits. Ainsi modifiées, les maquettes seront alors utilisées comme surfaces d'appui pour masser les lèvres et les joues. Elles pourront être confiées au patient, qui les examinera à loisir chez lui, les portera toutes les nuits et pratiquera les massages prescrits. Ces derniers pourront être confiés à des spécialistes, en ayant soin de recommander à ces derniers la précaution de les exécuter alors que les maquettes seront en bouche.

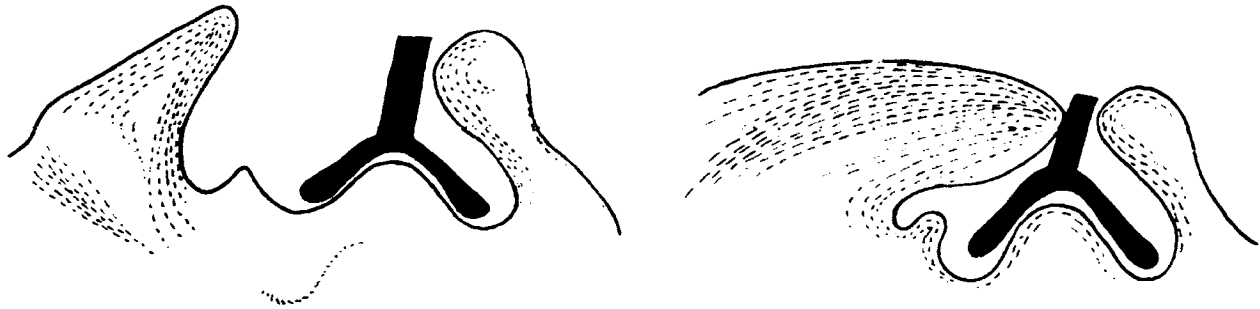


Fig.4.10et Fig4.11 Extension insuffisante dans la région sublinguale en position langue rétractée se traduisant par une rupture de contact entre la muqueuse et la prothèse lorsque la langue l'avance et s'abaisse.

4-3MISE EN CONDITION NEURO-ARTICULAIRE

Il est de loin le plus complexe, car il intéresse simultanément toutes les étapes de la construction d'une prothèse, et plus particulièrement:

- l'établissement de la dimension verticale de l'étage inférieur de la face.
- le repérage de la relation intermaxillaire et son transfert.
- l'enregistrement des trajectoires condyliennes.

L'établissement de la dimension verticale de l'étage inférieur de la face est fonction de l'âge du patient, des prothèses existantes et de l'état de compression des tissus de revêtement de la surface d'appui.

Avec l'âge, la dimension verticale et l'espace libre d'inocclusion diminuent, par atrophie neuro-musculaire, d'une façon irréductible. Aucune tentative de correction ne doit être tentée lorsque le patient est trop âgé. Par contre, en présence d'un jeune porteur de prothèse, un rétablissement progressif de la hauteur de l'étage inférieur doit être entrepris lorsque cette dernière est anormalement surévaluée ou sous évaluée. Ce rétablissement ne peut être opéré sans les précautions suivantes:

- exercices musculaires de remise en condition décrits précédemment qui contribuent à l'amélioration du jeu des différents organes de l'articulation temporo-maxillaire (ménisques, ligaments, capsules).
- réévaluation de l'espace minimum d'inocclusion phonétique au cours de l'émission des sifflantes terminales, par des exercices de rééducation des muscles de la langue qui seront définis ultérieurement.
- modifications progressives de la hauteur des prothèses existantes lorsque ces dernières pourront être conservées. Ces modifications consisteront le plus souvent en surcharges ou meulages des surfaces occlusales des dents postérieures.
- prothèse transitoire dans tous les autres cas.

Le repérage de la relation intermaxillaire et son transfert jouent un rôle prépondérant sur la valeur fonctionnelle de la future prothèse. Ils ne peuvent être entrepris avec succès que si tous les éléments anatomiques et physiologiques intervenant dans la position de la mandibule ne sont ni modifiés, ni perturbés.

Parmi ces éléments, les plus importants sont:

- le complexe neuro-musculaire et neuro-articulaire.
- la somme des réflexes acquis de posture et d'occlusion.

Les exercices musculaires favorisent le retour progressif de la mandibule à une position plus physiologique. Ils favorisent la rééducation des extérocepteurs et des propriocepteurs du

complexe neuro-musculaire, neuro-articulaire et neuro-muqueux, et un enregistrement plus valable de la relation centrée.

L'existence de l'un ou de plusieurs signes cliniques tels que:

- craquements.
- latéro-déviations.
- proglissement.
- trajectoires condyliennes asymétriques.

- dysharmonie entre leur inclinaison et le degré de résorption des crêtes, doit nous inciter à la plus grande prudence avant toute détermination de la relation intermaxillaire.

Lorsque le patient est un édenté total de longue date, n'ayant jamais été appareillé, l'étage inférieur de la face est caractérisé par une réduction de la dimension verticale et par un proglissement de la mandibule. La rééducation en est toujours longue et difficile, mais elle s'avère indispensable. Elle consiste essentiellement en exercices de propulsion extrême, prolongée, avec retour à la position de repos. La mandibule est ensuite sollicitée et maintenue quelques secondes dans une position de rétrusion maximum, tandis que la pointe de la langue est posée sur la voûte palatine dans sa région la plus postérieure.

Lorsque le patient est un ancien porteur de prothèse partielle ou complète, la complexité s'accroît avec le passif de réflexes acquis. Ce passif s'annule graduellement dès que les prothèses existantes sont confisquées. Dans les cas où leur confiscation pourrait se traduire par une gêne trop grande, elles seront modifiées par suppression de tous les reliefs cuspidiens remplacés par des plans horizontaux de suroclusion molaire. Si les corrections envisagées s'avèrent impossibles, les anciennes prothèses seront remplacées par des prothèses transitoires.

L'enregistrement des trajectoires condyliennes : abordé sans mise en condition préalable des organes de l'articulation temporo-maxillaire, il constitue, à coup sûr, une source d'erreurs supplémentaires. Il perpétue des glissements anormaux résultant d'un passif d'édentation unilatérale prolongée, de restaurations partielles mal conçues, de dents douloureuses ou branlantes, de prothèses complètes mal équilibrées.

A la lumière de notre expérience il apparaît comme un moyen d'investigation préprothétique de grande valeur. Il permet de révéler des anomalies à corriger telles que :

- diduction unilatérale seule possible.
- grande latitude de rétrusion.
- position de confort de la mandibule en proglissement.
- écart important entre la valeur des inclinaisons condyliennes gauche et droite.
- dysharmonie entre les inclinaisons condyliennes, l'inclinaison du plan d'occlusion et le degré de résorption alvéolaire.

La mise en condition neuro-articulaire doit consister à rétablir progressivement des inclinaisons condyliennes symétriques, à les adapter à une nouvelle orientation du plan d'occlusion et à les intégrer harmonieusement aux quatre autres éléments du « quint » de Hanau.

4.4 COMMENT Y ABOUTIR ?

Lorsque les prothèses existantes présentent encore une rétention et une sustentation convenables, l'orientation du plan d'occlusion sera modifiée insensiblement et périodiquement jusqu'à correction des trajectoires condyliennes dans le sens désiré.

Lorsque les qualités mécaniques et fonctionnelles des prothèses actuelles sont insuffisantes, ou qu'il n'existe aucune restauration prothétique, la rééducation des organes de l'articulation temporo-maxillaire se fera grâce à la construction d'une prothèse transitoire. Si cette dernière ne peut être envisagée pour des raisons financières, deux bourrelets fixés sur des maquettes en plaque base et préfigurant les surfaces occlusales des dents seront réglés sur un articulateur adaptable, de telle sorte qu'ils assurent la rééducation des mouvements condyliens.

Le patient sera invité à exécuter deux fois par jour 30 mouvements de propulsion, les maquettes en bouche, en ayant soin de garder un contact permanent entre les surfaces des deux bourrelets convenablement vaselinées.

CHAPITRE 5 :
MISE EN
CONDITION
ESTHETIQUE

5-1 MISE EN CONDITION ESTHÉTIQUE :

Il est subordonné aux aspects précédemment étudiés de la préparation du patient avant toute restauration complète :

- lorsque l'infiltration cellulaire au niveau des lèvres a disparu.
- lorsque la dimension verticale a été réévaluée.
- lorsque la relation intermaxillaire coïncide avec la relation centrée et que les réflexes des occlusions précédentes sont oubliés.
- lorsque le jeu des muscles de la mimique est jugé satisfaisant, il reste encore à améliorer l'esthétique du patient, en accord avec lui et avec ses proches les plus influents. C'est en présence de ceux-ci et le miroir à la main que cette étape de la mise en condition commence.

Les documents préextractionnels, tels que photos (face et profil), moulages et prothèses partielles antérieures, constituent des alliés précieux. Ils doivent intervenir constamment dans la rééducation.

La teinte, la forme et la position des dents antérieures représentent autant de sources de conflits futurs qu'il convient de prévenir. L'écueil des petites dents blanches et bien rangées reste toujours présent, et toute notre diplomatie doit être mise à contribution pour l'éviter. Il importe d'expliquer l'harmonie nécessaire entre la forme du visage et celle de la dent, de souligner l'aspect artificiel des dents blanches et l'allure conventionnelle des montages réguliers réclamés. Quelques clichés de restauration dentogénique viendront nous aider dans cette tâche.

Si l'optique du patient diffère essentiellement de la nôtre, s'il affiche un scepticisme voisin de l'hostilité à l'égard de notre conception de l'esthétique et s'il est porteur d'une prothèse conventionnelle, il est judicieux, avant toute chose, de transformer cette dernière dans le sens proposé. Cette transformation est rapide et facile. Elle peut être menée à bien dans la même séance (Fig. 5.1 à 5.7) : les six dents antérieures sont supprimées, elles sont remplacées par les six autres choisies en fonction du type, du tempérament, du sexe, de la personnalité et de l'âge du patient.

Elles sont fixées dans leur portion vestibulaire au niveau de leur collet avec de la cire. Le montage et l'animation s'effectuent en bouche. Lorsque le résultat obtenu paraît satisfaisant, les dents sont fixées du côté palatin avec de la résine autopolymérisable. La cire est retirée. Elle est remplacée par de la résine autopolymérisable en excès dont le volume est réduit en bouche jusqu'à obtention du contour le plus harmonieux de la lèvre supérieure. Au début, ce changement de l'expression et du sourire va surprendre, voire heurter les amis ou les parents du patient. L'effet de surprise passé, et l'habitude aidant, leur optique va évoluer dans le sens souhaité et le résultat escompté sera obtenu au moment où les dents supprimées seront oubliées complètement et où aucune réflexion désobligeante ou étonnée ne viendra en rappeler le souvenir.

S'il n'existe aucune restauration complète et qu'une difficulté est à redouter, une prothèse transitoire sera prévue et construite.

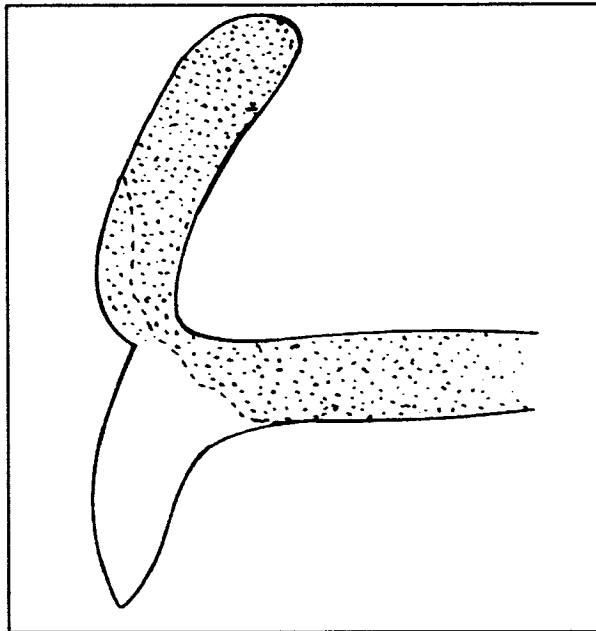


Fig5.1 montage conventionnel des dents antérieures dans une position erronée.

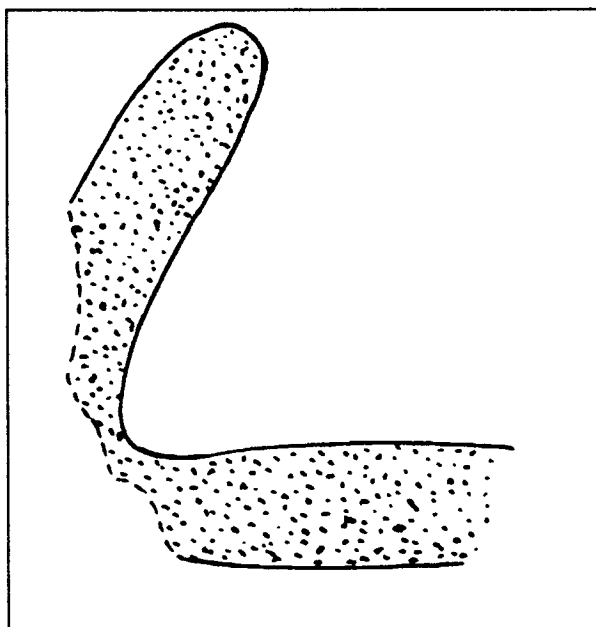


Fig5.2 Suppression des dents antérieure.

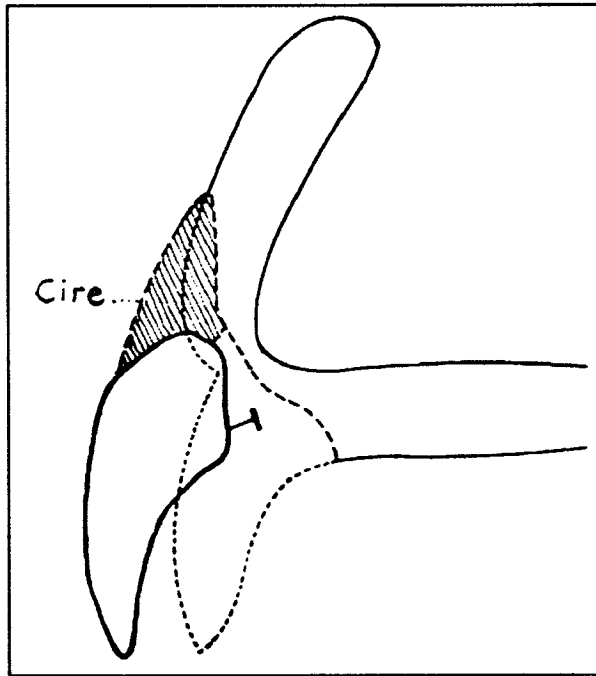


Fig5.3 montage de dents antérieure en harmonie avec le sexe, la personnalité et l'âge du patient et choisies en fonction de ces éléments. Les dents sont fixées avec de la cire dans leur portion vestibulaire, présentées en bouche et déplacées s'il y a lieu.

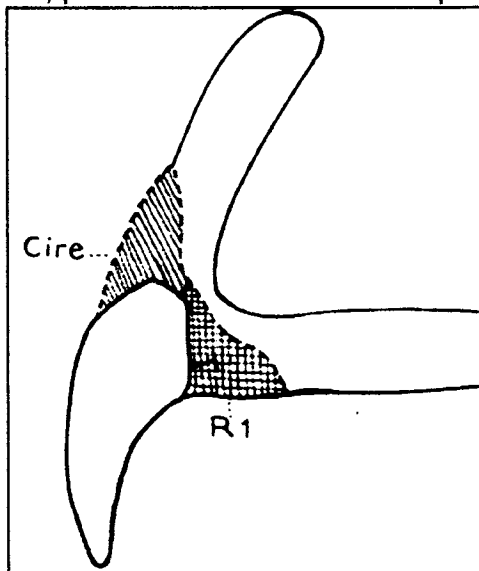


Fig5.4 Lorsque ce montage est jugé satisfaisant par le praticien, les dents sont fixées dans leur région palatine avec de la résine autopolymérisante.

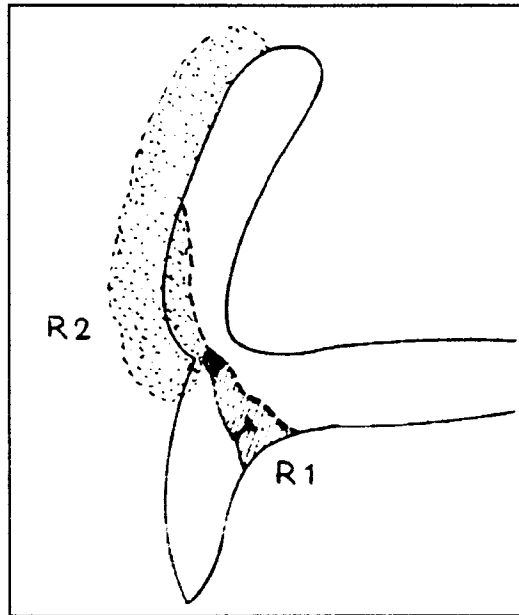


Fig. 5.5 la cire est remplacée dans la région vestibulaire par de la résine autopolymérisante en excès(R2)

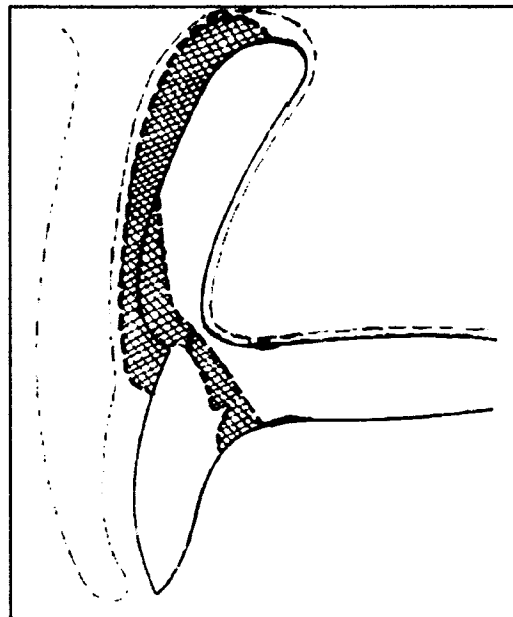


Fig5.6 le contour le plus harmonieux de la lèvre est recherché, alors que la résine est encore plastique.

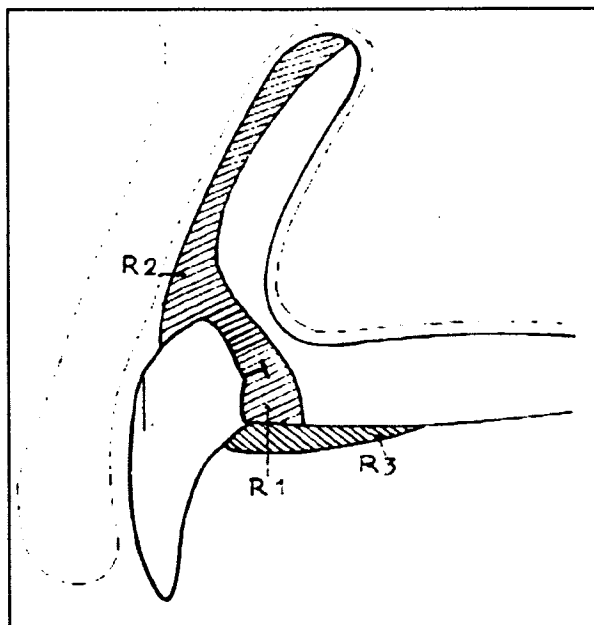


Fig5.7 la phonation est améliorée par un apport de résine autopolymérisable dans la région rétro-incisive (R3). Le patient est prié de prononcer rapidement en articulant correctement les mots suivants : têtù, tata, toto, saucisson, Sissi, chouchou, autant de fois qu'il est nécessaire pour en obtenir une émission correcte.

Conclusion

CONCLUSION

Les traitements préprothétiques deviennent un chemin obligé sur la voie du succès en prothèse complète amovible.

La mise en condition sous toutes ses formes est un moyen de succès pour le traitement de la prothèse.

Elle est réalisée selon le cas de façon très réfléchie et en utilisant les moyens appropriés.

Correctement conduite, elle donne au patient et au praticien un confort physique et psychologique concrets.

En prothèse complète amovible, tout traitement devrait commencer par une mise en condition de l'ensemble de l'environnement prothétique. L'absence de réhabilitation ou le port, pendant de nombreuses années, d'une prothèse qui n'est pas périodiquement adaptée à l'évolution des structures anatomiques qui la supportent impliquent qu'avant son renouvellement soit effectuée une mise en condition musculaire, articulaire et tissulaire.

Bibliographie :

- 1) **LEJOYEUX J.** Prothèse complète. Examen clinique, matériaux et techniques d'empreintes. Tome I. Paris, Ed Maloine, 1979
- 2) **MENDEZ J.** Importance du facteur psychique en prothèse complète, Information Dentaire, n°15, Avril 2000
- 3) **LARRIBAU S.** Approche psychologique en prothèse adjointe complète : connaissances actuelles et analyse transactionnelle, Th.D., Prothèse, Toulouse : Université Paul Sabatier, 1991
- 4) **CRADDOCK H.L.** Consequences of tooth loss: 1. The patient perspective -aesthetic and functional implications, Dent Update. 2009 Dec
- 5) **POMPIGNOLI M., DOUKHAN J.Y., RAUX D.** La prothèse complète : clinique et laboratoire, 1 Vol, Editions CdP, 2011
- 6) **JAUDOIN P., MILLET C., JAUDOIN E.** Traitements pré-prothétiques chez l'édenté total, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Odontologie, 23-325-C-05, 2007, Médecine buccale, 28-810-M-10, 2008
- 7) **LAUSAUZAY C., VEYRUNE J.L., LESCHER J.** La préparation des surfaces d'appui : rôles de la prothèse complète amovible transitoire, Cah Prothèse 104 :79-88, 1998
- 8) **GIBERT Y., BLANDIN M., SOULET H.** Mise en condition neuro-musculo-articulaire chez l'édenté total, Information Dentaire 1988 ; 39 : 3909-3917
- 9) **STEPHANE C.,** Articulation temporo-mandibulaire 2. Cours pour 3° année - période A.2000.
- 10) **Alfred H. Geering et Martin Kundert** Atlas de médecine dentaire (Collection dirigée par Klaus H. Rateitschak) Prothèse adjointe totale et composite
- 11)
- 12)
- 13)

- 14) <http://carrefour-dentaire.clicforum.fr/t7998-LA-MISE-EN-CONDITION-CHEZ-L-EDENTE-TOTAL-QUAND-ET-COMMENT.htm>
- 15) http://www.chu-rouen.fr/page/nlm/NLM_3268532
- 16) <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=2093713>
- 17) <http://toubkal.imist.ma/handle/123456789/356>
- 18) <http://www.aos-journal.org/articles/aos/ref/2011/03/aos2011255p197/aos2011255p197.html>
- 19) <http://cours-dentaire.blogspot.com/2011/03/anatomie-et-physiologie-de-ledente.html>
- 20) <http://csd23.blogspot.com/2010/01/these-et-memoire-de-fin-detudes.html>
- 21) <https://www.orthodontisteenligne.com/appareils/articulations-atm/>
- 22) http://fr.wikipedia.org/wiki/Articulation_temporo-mandibulaire
- 23) <http://www.editionsmdp.fr/revues/les-cahiers-de-prothese/article/n-111/les-resines-a-prise-retardee-utilisation-rationnelle-en-fonction-de-leurs-proprietes-physico-chimiques.html>