

TRAITEMENT D'UN ÉDENTEMENT BILATÉRAL POSTÉRIEUR MAXILLAIRE PAR UNE PROTHÈSE COMPOSITE : À PROPOS D'UN CAS.

TREATMENT OF POSTERIOR MAXILLAR BILATERAL EDENTULOUS WITH MIXED PROSTHESIS: A CASE REPORT

MBODJ EB¹, SECK MT¹, NDINDIN AC², TOURÉ A¹, NDIAYE C¹, YOUNES Y¹, DJEREDOU KB²

1 : Service de Prothèse dentaire, Département d'Odontologie, Faculté de Médecine, Pharmacie, Odonto-Stomatologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

2 : Service de Prothèse dentaire
UFR d'Odonto-Stomatologie, Université de Cocody-Abidjan.

Correspondance : Docteur El hadj Babacar MBODJ

BP 16502 Dakar-Fann Sénégal. Email : mbodj@refer.sn ou mbodj@hotmail.com

RÉSUMÉ

Le traitement de l'édentement partiel par la prothèse composite présente de nombreux avantages. Il permet de restaurer ou de préserver l'esthétique en dissimulant les moyens d'ancrage mais aussi de traiter ou de prévenir les pathologies parodontales. Son élaboration nécessite une étude préliminaire rigoureuse. Cette analyse permet de faire le choix prothétique le plus judicieux et d'établir un plan de traitement détaillé et rigoureux au cours duquel les étapes cliniques doivent se succéder de façon cohérente.

A travers un cas clinique illustré, les auteurs exposent les contraintes et difficultés de réalisation d'une prothèse composite auxquelles les praticiens peuvent être confrontés dans un contexte africain.

MOTS CLEFS : PROTHÈSE COMPOSITE, ÉDENTEMENT PARTIEL, COURONNE FRAISÉE, ATTACHEMENT.

SUMMARY

Treatment of partial edentulism with composite prosthesis presents many advantages. It allows restoration or preservation of aesthetics by hiding the means of anchoring and also treatment or prevention of periodontal diseases. Its elaboration requires a rigorous preliminary study. This analysis allowed us to establish the prosthodontic choice and a detailed treatment plan in which the clinical stages have to succeed perfectly.

Through an illustrated clinical case, the authors explain the difficulties of realization of a composite prosthesis that practitioners can be confronted in an african context.

KEYWORDS : MIXED PROSTHODONTICS, PARTIAL EDENTATION, DRILLED CROWN, ATTACHMENT.

INTRODUCTION

La prothèse composite est l'association sur une même arcade de la prothèse fixée sur les dents restantes et de la prothèse amovible partielle (PAP) pour remplacer les dents absentes. Il est possible de distinguer deux types de prothèses composites. Dans le premier, la rétention est assurée par des crochets et dans le second, ce sont des attachements et des dispositifs complémentaires qui assurent la rétention [7,17]. Dans ce cas il s'agit de prothèses composites complexes. Elles représentent des solutions de traitement de l'édentement partiel difficiles à gérer en raison de la différence de comportement des tissus de soutien [6]. La prothèse fixée doit être conçue et réalisée en tenant compte des impératifs d'équilibre de la PAP et de la préservation des dents restantes. Pour ce faire, le chirurgien-dentiste doit concevoir d'emblée le projet dans sa globalité, le matérialiser avec une ou plusieurs maquettes et coordonner chacune des étapes prothétiques jusqu'au résultat final [2]. Ce traitement se complique par la nécessité de réaliser des couronnes fraisées qui doivent être conçues en fonction de la PAP pour participer à la sustentation, à la stabilisation et à la rétention [8,16].

L'objectif de cette étude est de décrire le traitement d'un édentement de Classe I Kennedy par une prothèse composite. La chronologie du traitement comprend les phases préprothétiques, les phases de réalisation des prothèses transitoires, celles concernant les prothèses fixées et, enfin la phase conduisant à la réalisation de la prothèse amovible [1,11,16].

CAS CLINIQUE

ANAMNÈSE

Il s'agit de Monsieur MH 65 ans, commerçant, en bonne santé qui s'est présenté en consultation afin de remédier aux désordres esthétiques et fonctionnels créés par son état buccodentaire. Il ne présentait aucun antécédent particulier et n'avait jamais été appareillé.

OBSERVATION CLINIQUE

A l'examen exobuccal, la dimension verticale d'occlusion était correcte.

L'examen endobuccal a révélé une hygiène déficiente, la perte de toutes les dents postérieures maxillaires et à la mandibule, une absence des dents antérieures. Les dents mandibulaires restantes étaient de bonne valeur parodontale. Par contre, au maxillaire, une récession gingi-

vale et une légère mobilité des dents restantes ont été notées après analyse des radiographies panoramiques et rétro-alvéolaires (figures 1 et 2). La fibromuqueuse était ferme et adhérente, les tubérosités favorables.

Les exigences esthétiques du patient, associées à la mobilité des dents ont imposé l'indication d'une prothèse composite au maxillaire. A la mandibule, une prothèse plurale fixée a été envisagée. La solution implantaire a été écartée au niveau des deux arcades à cause de contraintes financières.



Figure 1 : état bucco-dentaire du patient

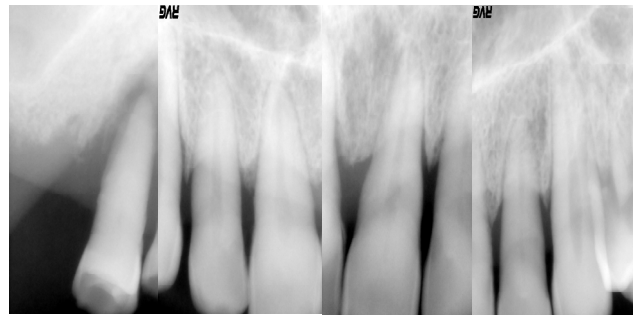


Figure 2 : radiographies rétro-alvéolaires des dents restantes

ETAPES PRÉPROTHÉTIQUES

Après assainissement de la cavité buccale par détartrage et surfaçage, les molaires mandibulaires égressées ont subi une coronoplastie soustractive afin de rétablir les courbes fonctionnelles.

Une empreinte d'étude a été ensuite réalisée à l'aide d'un alginat de classe A et de porte-empreintes de séries. Les moulages issus de cette empreinte ont permis de procéder à l'analyse des modèles sur paralléliseur et sur articulateur.

L'étude des modèles sur simulateur a servi à la réalisation d'un montage directeur. Celui-ci a permis d'objectiver les prématurités en relation centrée, d'observer l'orientation des courbes occlusales, de définir le concept occluso-prothétique, de visualiser l'espace prothétique disponible et d'apprécier les aménagements nécessaires à la mise en place des taquets, de guider la réalisation des préparations et des couronnes, la personnalisation de l'esthétique [3].

L'analyse au paralléliseur, dont la finalité est la recherche d'un axe d'insertion optimal, a été effectuée de façon classique : tracé sur les dents supports de la ligne guide suivi du tracé prospectif en fonction de critères biologiques, mécaniques et esthétiques. Ce qui a permis de réaliser aisément les cires de diagnostic sur les dents antérieures et un pré montage remplaçant les dents absentes, afin de rétablir une harmonie fonctionnelle [10]. C'est à partir de ces cires de diagnostic que les prothèses provisoires ont été réalisées.

ETAPES PER PROTHÉTIQUES

Les préparations dentaires pour la prothèse fixée ont été effectuées et une empreinte en un temps et deux viscosités a été réalisée. Les prothèses provisoires issues du montage directeur ont été scellées après un léger rebasage d'adaptation sur les préparations.



Figure 3 : Préparation des dents restantes



Figure 4: Prothèses provisoires en place

L'empreinte a été traitée en deux exemplaires (avec une double base engrenée). Le premier modèle de travail a été utilisé pour la réalisation de la prothèse fixée et le second a servi à la confection de la maquette d'occlusion.

Les couronnes ont été essayées puis validées. A ce stade, le bridge n'est pas scellé à cause de la présence des attachements. Mais, le bridge étant en place, une sur-empreinte à l'alginat a été prise pour confectionner un porte-empreinte individuel en vue de l'empreinte terminale à partir de laquelle est réalisée la prothèse métallique. La prothèse fixée est emportée dans l'empreinte et transmise au laboratoire pour inclure les attachements de précision. Cette empreinte nécessite un traitement particulier au laboratoire car le bridge doit se repositionner de manière fiable et reproductible sur le modèle de travail [12,14].

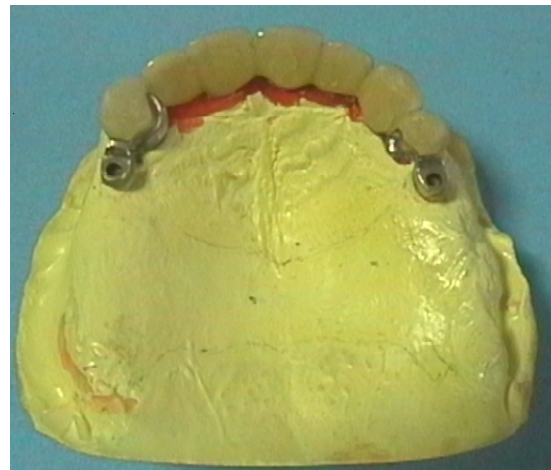


Figure 5: bridge sur le modèle en plâtre



Figure 6 : bridge de contention en bouche

La maquette a été ensuite réadaptée sur le modèle de travail pour servir à l'enregistrement des rapports inter maxillaire avant le montage sur articulateur. Le châssis a été réalisé selon le tracé, essayé puis validé en clinique. Le bridge a été scellé le jour de la pose de la prothèse amovible partielle.



Figure 7 : La prothèse composite en bouche

ETAPES POST PROTHÉTIQUES

La fiabilité d'un traitement aussi complexe est assurée certes après un respect scrupuleux et une rigueur dans les différentes étapes de conception et de réalisation. Mais c'est aussi et surtout un bon suivi post-prothétique qui en garantit la pérennité [4, 11]. C'est pourquoi, lors de l'insertion de la prothèse amovible, nous avons longtemps insisté sur les conseils d'hygiène bucco-dentaire et l'entretien de la prothèse.

Le patient a été convoqué une semaine après. La stabilité de la prothèse adjointe sur ses bases a été contrôlée, ainsi que l'occlusion en relation centrée, en propulsion et en latéralité. Il a été revu par la suite une fois par mois pendant trois mois. La prothèse était bien adaptée et parfaitement intégrée à la grande satisfaction du patient.

COMMENTAIRES

La prothèse composite est une juxtaposition et une union étroite de prothèse fixée et de PAP. Elle permet de traiter et prévenir les pathologies, en particulier parodontales. De plus, elle rétablit la fonction masticatoire et restaure l'esthétique en dissimulant les moyens de rétention, de stabilisation, de sustentation.

La morphologie des éléments conjoints est modifiée pour favoriser la stabilisation de la prothèse amovible et intégrer divers systèmes d'attache-

ments assurant la liaison avec cette dernière.

L'élaboration de la prothèse fixée précède toujours celle de la prothèse amovible dont les principes d'équilibre dictent la conception [6].

Les exigences esthétiques du patient, associées à la mobilité des dents nous ont imposé l'indication de ce type de restauration. Mais, cette thérapeutique nécessite une collaboration étroite entre le praticien et les prothésistes intervenant successivement au cours des différentes étapes. Il est rare, dans notre contexte d'exercice, d'opter pour ce type de traitement à cause de plusieurs raisons.

D'abord le coût du traitement qui est élevé. Le prix de revient reste inaccessible pour la majeure partie de la population sénégalaise et plus généralement des patients de nos pays sous développés [15]. En plus de la prothèse fixée qui est en céramique, il faudrait y adjoindre le coût de l'attachement. Parfois même, dans certaines situations cliniques, la pose d'au moins un implant est nécessaire. Ceci permet d'améliorer l'esthétique et de maîtriser les mouvements susceptibles de déséquilibrer la PAP. Ainsi, en présence d'un édentement uni ou bilatéral en extension, la mise en place d'un implant sous la selle permet d'améliorer de façon remarquable la stabilité prothétique [5].

Ensuite, il existe peu de laboratoires bien équipés et de techniciens de laboratoire bien formés et aptes à réaliser cette prothèse. Ce manque d'intérêt des techniciens face à cette technique pourrait être dû entre autres par le nombre restreint des chirurgiens dentistes capable de poser les bonnes indications de cette technique et de réaliser ce type de prothèse. Il est donc opportun, en accord avec les structures de formation continue, d'organiser des modules sur ce thème afin de vulgariser cette technique.

Enfin, il est noté une très faible disponibilité dans le marché local d'attachements.

Le traitement par prothèse composite se complique lorsque la rétention est assurée par des attachements. La particularité réside dans l'enregistrement du rapport inter maxillaire et la prise d'empreinte.

La différence de compressibilité entre le desmodonte des dents restantes et la fibromuqueuse est un écueil qu'il faut savoir contourner au cours de l'enregistrement du rapport intermaxillaire. Pour ce faire, il est souvent nécessaire de

prendre 3 ou 4 fois ce rapport en plus de celui des moulages d'étude^[9]. En ce qui concerne les empreintes, une question se pose. Faut-il sceller ou non les éléments fixés avant la prise de l'empreinte pour la confection de la prothèse amovible ? En présence d'attachements, les éléments de prothèse fixés doivent être emportés par l'empreinte. Mais pour éviter tout déplacement pendant la prise d'empreinte, ils doivent être stabilisés par un ciment provisoire^[6,7].

CONCLUSION

L'élaboration d'une prothèse composite nécessite une étude préliminaire capitale qui doit être très rigoureuse. Elle s'effectue à partir des cires de diagnostic pour la prothèse fixée et du montage prospectif pour la prothèse amovible. Cette analyse permet d'établir le choix prothétique et un plan de traitement détaillé au cours duquel les étapes cliniques et celles de laboratoire doivent se succéder de façon logique et rigoureuse.

La prothèse composite est d'actualité avec notamment l'implantologie. Elle donne la possibilité de réhabiliter le massif facial en apportant plus que les dents manquantes (tissus de soutien). L'intégration et l'équilibre de la prothèse assurent la pérennité des organes résiduels.

RÉFÉRENCES

1. BEGIN M, CHEYLAN JM. Traitement des édentements bilatéraux postérieurs. *Réalités cliniques* 1998 ; 9 :455-463.
2. BEGIN M. Traitement de l'édentement partiel par prothèse composite. *Les cahiers de l'ADF* 2000 ; 8 :19-23.
3. BEGIN M. La prothèse adjointe partielle. Conception et tracé. *Editions Quintessence International* 2004,131p.
4. BEGIN M, FOUILLOUX I. Traitement d'un édentement partiel par prothèse composite. *Information dentaire* 2010 ; 16 :8-13.
5. BEGIN M. Quelles évolutions en prothèse amovible partielle et complète. *Réalités cliniques* 2010 ; 21(2) :99-110.
6. BOREL JC, SCHITTLY J, EXBRAYAT J. Manuel de prothèse partielle amovible. 2^{ème} Editions Masson, 1994,167p.
7. BUCH D, CARMONA J. Les couronnes fraisées supports de crochets ; *Cah. Proth.* 1978 ; 23 :79-94.
8. CHEYLAN JM, BUCH D. Couronnes fraisées. Principes de conception. *Cah. Proth.* 2002 ; 119 :59-65.
9. CHEYLAN JM, BEGIN M, HURTADO S. Quelles particularités des empreintes en prothèse composite? *Stratégie prothétique* 2005 ; 1(5) :25-31.
10. DJEREDOU K.B., THIAM A., KAMAGATE F.S., TOURE S.. De la conception à la réalisation prothétique : quelle place pour les cires et modèles de diagnostic ? *Rev. Intern. Col. Odonto-Stomatol. Chir. Maxillo-Fac. Afr.*, 1999 6 (1), pp.25-31.
11. DJEREDOU K.B., THIAM A., KAMAGATE F.S., TOURE S. Le suivi thérapeutique en prothèse fixée. *Rev. Iv. Odonto-Stomatol.* 2001, 3 (2), pp.40-46.
12. FOUILLOUX I, HURTADO S, BEGIN M. Prothèse composite: la communication clinicien- prothésiste. *Stratégie prothétique* 2002 ; 1(2) :15-26.
13. FOUILLOUX I, CHEYLAN JM, BEGIN M. Couronnes fraisées en prothèses partielle amovible. Indications et conception. *Stratégie prothétiques* 2006 ; 6(4) :253-262.
14. FOUILLOUX I, DEMOZAY E. Réalisation d'une prothèse composite maxillaire. Simulation sur modèles pédagogiques. *Cah. Proth.* 2009 ; 147 :31-38.
15. KAMAGATE F. S., SAMBA M., DJEREDOU K.B., THIAM A., BAKOU D.O Accessibilité aux soins prothétiques en Côte d'Ivoire. *Cahier de Santé Publique* 2004, Vol. 3 n°1, 13-21
16. SANTONI P. Maîtriser la prothèse adjointe partielle. *Editions CDP, Paris* 2004,185p.
17. SCHITTLY J. Etapes de réalisation des restaurations conjointes associées à une prothèse adjointe partielle. *Cah. Proth.* 1976 ; 14 :85-107.
18. SCHITTLY J, SCHITTLY E. Prothèse amovible partielle : clinique et laboratoire. *Paris : Editions CDP,* 2006, 232 p.