

PROTHESE ADJOINTE PARTIELLE IMMEDIATE :

PREPARATION, RECTIFICATIONS ET MISE EN PLACE

**Immediate removable partial denture:
Preparation, rectification and installation**

Auteurs :

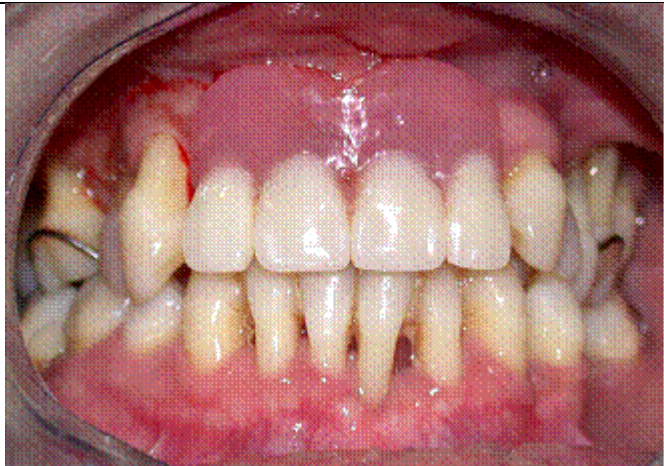
E-M. Rahmani* , B. El
Mohtarim**, A. Benamar** A.
Abdedine**.

* Professeur agrégé,

** Professeur de
l'enseignement supérieur

Service Prothèse adjointe

Faculté de Médecine Dentaire
de Rabat



Résumé :

Les extractions des dents antérieures au maxillaire ou à la mandibule représentent pour le patient un préjudice esthétique, fonctionnel et moral. La réalisation d'une prothèse adjointe partielle immédiate (P.A.P.I) est recommandée pour remédier à ces problèmes.

La P.A.P.I se propose de remplacer donc les dents le jour de leur extraction.

La réussite d'une telle prothèse est liée au respect d'une méthodologie rigoureuse et bien codifiée.

Mots clés: *Prothèse immédiate, confort psychologique et esthétique, préparation parodontale*

Introduction

L'intérêt de la prothèse adjointe partielle immédiate n'est plus aujourd'hui à démontrer. Elle est devenue, surtout lorsque le nombre des dents à extraire est important, une étape essentielle et incontournable et ce pour éviter ou réduire les conséquences esthétique, fonctionnelle et psychique liées à la perte de dents antérieures (1).

Cette prothèse amovible sera le plus souvent provisoire, tout au moins en ce qui concerne la partie en rapport avec le site des extractions. (2)

Dans un souci de concision, cet article n'a pas la prétention de reprendre tous les principes de réalisation des prothèses adjointes partielles immédiates. Il s'agit simplement de rappeler quelques éléments fondamentaux sur la préparation du patient, la rectification du modèle et la mise en place de la prothèse.

Tous ces aspects sont abordés à travers la présentation d'un cas clinique.

Avantages et inconvénients de la prothèse immédiate :

Avantages

- Le traumatisme psychique lié à l'édentation est minimisé.
- L'esthétique dentaire et faciale est préservée ou même améliorée.
- Le choix et le montage des dents antérieures peuvent être guidés de façon efficace par les dents naturelles (teinte, forme et dimension).
- La stabilité des rapports dento-dentaires. La mise en place d'une prothèse immédiate évite l'égression des dents antagonistes, les interférences occlusales statiques et dynamique associées, et évite aussi les lésions des organes dentaires adjacents (1).
- Les fonctions masticatoires et phonatoires sont conservées.
- Le risque hémorragique post extractionnel est réduit, l'intrados prothétique joue le rôle de compresse hémostatique.
- La cicatrisation est protégée et améliorée.
- La résorption osseuse peut être minimisée et guidée (3), la prothèse sert de gabarit pour orienter le remodelage osseux.

Inconvénients

- absence d'essayage esthétique.
- Dépense supplémentaire pour le patient. (3)

Cas clinique

Examen clinique

Il s'agit de Melle B.A fonctionnaire qui nous a été adressée par son parodontiste pour extraction des incisives et pour une éventuelle prise charge prothétique. La patiente est en bon état de santé générale.

L'examen endobuccal montre :

- Une bonne hygiène bucco dentaire avec absence de plaque dentaire ;
- Une récession gingivale atteignant la quasi totalité des dents et varient entre 1 et 6 mm ;
- Une mobilité dentaire des incisives supérieures degré 3 sur l'échelle de Muhlemann ;
- La présence de poches parodontales supérieures à 3 mm sur les incisives supérieures ;
- La présence d'une contention du groupe incisivo canin inférieur ;
- La présence de diastèmes inter dentaires au niveau antérieur ;
- L'egression des incisives supérieures entraînant une esthétique disgracieuse. (Fig. 1 et 2)



Examen radiographique

L'image de la radio panoramique montre une lyse alvéolaire terminale au niveau des incisives supérieures et de la 25, une lyse horizontale sévère des molaires inférieures, l'inclusion de la 45. Le rapport couronne clinique/racine clinique des incisives est inversé. (Fig.3)



Stratégie thérapeutique

Dans la région antérieure, la préparation parodontale de la patiente s'imposait, elle consistait en une préparation initiale : détartrage, surfaçage, curetage et enseignement d'une hygiène efficace. Cette préparation a pour but de :

- réduire ou éliminer l'œdème gingival, ce qui permet une meilleure réorganisation tissulaire et le retour à une gencive de volume réel avec une situation marginale fixe. Le modèle de travail sera donc plus exact.
- réduire l'hémorragie per opératoire puisque l'inflammation a disparu et par là accroître la précision chirurgicale.
- Améliorer le pronostic de la reconstruction prothétique (2, 4, 5).

Réalisation de l'empreinte

L'empreinte est réalisée avec un alginate fluide pour avoir une précision

de celle-ci et éviter le risque d'arrachement d'une ou de plusieurs dents lors de la désinsertion de l'empreinte. On a au préalable vaseliné les dents mobiles et rempli les contres dépouilles à la cire pour réduire ce risque.

Les modèles issus de cette empreinte sont montés sur articulateur.

Préparation du modèle de travail

La réalisation d'une prothèse, même, provisoire destinée à être posée immédiatement après les avulsions dentaires, doit se faire sur un modèle rectifié de façon rigoureuse en fonction des paramètres radiographiques et cliniques relevés lors de l'examen clinique (4).

La préparation du modèle de travail sur lequel la prothèse provisoire sera réalisée avant les extractions doit être menée conjointement par le chirurgien dentiste et le prothésiste.

En aucun cas la rectification du modèle ne doit être laissée à l'appréciation de ce dernier car il ne possède pas les données cliniques indispensables.

La préparation doit s'arrêter obligatoirement avant la limite de réflexion muqueuse et éviter la papille rétro incisive, elle tient compte des données de l'observation clinique, notamment en ce qui concerne la topographie et la profondeur des poches parodontales qui seront reportées sur le modèle (5, 6, 7). (Fig. 4).



La réalisation d'une clé vestibulaire sur le modèle en élastomère lourd (type Optosil*) permet d'avoir une référence de situation des dents à extraire et de guider le montage. Elle permet aussi de quantifier l'épaisseur de plâtre à gratter sur le modèle. (Fig. 5-7)



Réalisation du montage et polymérisation

Après extraction des dents sur le modèle et finition en arrondi de la crête, le montage dentaire des incisives sera guidé la clé en Optosil* et par les dents antagonistes. Ce montage esthétique conserve le caractère des dents de la

patiente (teinte et forme)

La présence des dents en bouche interdit tout essayage esthétique de la prothèse, on procède donc directement à la polymérisation de celle-ci. (Fig. 8)



Extraction des dents

Les extractions des dents sont menées avec beaucoup de délicatesse et prudence afin d'éviter la fracture du rebord alvéolaire. Après syndesmotomie et extraction des quatre incisives, un curetage minutieux est effectué au niveau de chaque alvéole pour éliminer les tissus de granulation résiduels à la préparation initiale. (Fig. 9)



Mise en place et contrôles

La prothèse peut alors être mise en place juste après les extractions et vérification des alvéoles. Les conseils d'usage sont impérativement donnés à la patiente. Elle ne doit pas quitter sa prothèse pendant 48 heures sous aucun

prétexte, un œdème post extractionnel s'installerait, interdisant la remise en bouche de la prothèse.

Passé ce délai, un contrôle est effectué par le praticien pour s'assurer de la bonne adaptation prothétique, pour affiner les contacts occlusaux et vérifier la qualité de cicatrisation (6, 8). (Fig. 10 et 11)



Le praticien doit prévoir des rendez-vous fréquents pour suivre l'évolution de la cicatrisation et l'intégration prothétique. (Fig. 12)



Conclusion

La prothèse adjointe partielle immédiate, pour sa réussite, nécessite une technique d'exécution et de réalisation rigoureuse. Chaque étape est importante et doit être traitée avec la même importance.

La rectification et le remodelage du modèle sont fondés sur l'observation clinique (sondage des poches parodontales) et les examens radiographiques.

La collaboration entre praticien et prothésiste permet d'instaurer un travail d'équipe qui est l'un des facteurs de réussite de cette thérapeutique prothétique. (Fig. 13 et 14)



Bibliographie :

1- G.Malquarti, B. Comte, Y. Allard, J-P. Martin, D. Bois

Prothèse provisoire immédiate

Encycl Méd Chir, Odontologie, 23-272-B-10, 1998

2- Ch. Martineau

Extractions antérieures multiples et pose immédiate de PAP provisoire

I D no 6 du 11 février 1988, 415-421

3- R. Schoendorf, C. Jeannin

Prothèse immédiate

Encycl Méd Chir, Odontologie, 23-325-K-10, 1998

4- Ch. Martineau.

Extractions et prothèse partielle provisoire : conception actuelle.

Id no 8 du 25 février 1993 469

5- Rignon Bret. J-M

Prothèse complète immédiate : la rectification du modèle, l'étape chirurgicale et la pose de la prothèse.

I.D No 7 du 15 février 1990, 489-497

6- Rahmani. E-M, El Mohtarim. B, Benamar. A, Abdedine. A

Le pas à pas d'une prothèse totale bimaxillaire immédiate d'usage.

AOS No 217 mars 2002, 7-16

7- Rignon Bret. J-M, Pompignoli. M

Présentation esthétique

ID No 32 du 24 septembre 1987, 2757-2772

8- Apap. G

La prothèse immédiate : la technique chirurgicale

Les cahiers de prothèse No 24, 1978, 85-97

Légende des figures :

Fig. 1 : Léger sourire de la patiente, apparition exagérée des incisives.

Fig. 2: Vue vestibulaire, on note la dysharmonie du bloc incisif supérieur.

Fig. 3 : Radio panoramique de l'état initial.

Fig. 4 : Montage sur articulateur et tracé des niveaux des poches parodontales

sur le modèle.

Fig. 5 : Clé vestibulaire en Optosil* avant rectification du modèle.

Fig. 6 : La clé vestibulaire permettant de contrôler la rectification du modèle.

Fig. 7 : Crête préparée en arrondi.

Fig. 8 : Prothèse provisoire en résine thermo polymérisable.

Fig. 9 : Les extractions réalisées de façon prudente.

Fig. 10 : Mise en place de la prothèse adjointe partielle immédiate.

Fig. 11 : Contrôle de la cicatrisation 48 heures après les extractions.

Fig. 12 : Cicatrisation de la crête 15 jours après l'intervention.

Fig. 13 et 14 : le sourire de la patiente avant et après la mise en place de la PAPI.