

La Prothèse Immédiate.

Introduction :

Quand on constate les multiples fonctions de la cavité buccale (mastication, phonation, mimique et même esthétique), on mesure la gravité de cette véritable lésion qui est la perte même partielle des dents. Les conséquences de cette absence même momentanée de toutes ou une partie des dents sont très importantes (infiltrations cellulaires des lèvres et des joues, acquisition des réflexes erronés d'occlusion, dysfonction de l'ATM, perte de la dimension verticale de l'étage inférieur de la face ...etc.

1-Définitions :

La prothèse immédiate est une prothèse conçue **avant l'extraction des dents restantes et insérée instantanément après leur avulsion.**

Cependant, elle ne doit être confondue ni avec une prothèse de transition [sur laquelle les dents peuvent être ajoutées au fur et à mesure de l'avulsion des dents restantes] ni avec **une prothèse** temporaire, également insérée après les extractions dentaires, mais de conception différente, toutes deux plus simples et destinées à répondre à une urgence esthétique, fonctionnelle et permettre une adaptation progressive au port d'une prothèse amovible. Dans ces situations, une prothèse complète conventionnelle est envisagée à plus ou moins court terme.

2-Objectifs :

- Procéder au remplacement sans transition des organes dentaires supprimés, lorsque ceux ci ne peuvent être conservés.
- Préserver l'aspect esthétique et physique du patient.
- Conserver la DV primitive.
- Ne pas altérer la phonation.
- Améliorer le processus de cicatrisation et d'ostéogénèse.
- Assurer une organisation rationnelle des trabecules osseuses.

3-Avantages :

- Protection [aliments, liquides (chauds, froid), hémorragie]
- Favorise le caillot sanguin et la cicatrisation.
- Diminue la résorption dans le sens vertical et horizontal.
- Le traumatisme psychique lié à l'édentation est minimisé.
- Permet de préserver l'esthétique et les fonctions.
- Donne une fibromuqueuse : saine, épaisse, adhérente à l'os permettant de recevoir les bases prothétiques.
- Les organes périphériques bien soutenus, ce qui permet de préserver la valeur de l'espace passif utile.

4-Inconvénients :

- Pas de possibilité d'essayage du secteur antérieur.
- Dépense supplémentaire pour le patient.
- Soins postopératoires plus complexes.
- Rétention parfois moins favorable, surtout à terme.

5-Indications :

- la position sociale : un artiste, un homme d'affaire ou un homme d'état.
- La vie affective : la période d'édentation imposée pour la cicatrisation et la construction d'une prothèse classique est difficile à accepter pour certains patients.
- L'âge : plus un patient est jeune, plus son désir de le paraître est intense et plus ce type de restauration s'impose.
- Les circonstances particulières : Exp. un mariage.

6-Contre-indications :

- La santé défailante : une affection sanguine ou cardiaque, le diabète, la sénilité sont souvent des obstacles qu'il convient d'évaluer, il faut avoir l'accord du médecin traitant. [pour le patient irradié, la compression de tissus fragiles mal vascularisés peut avoir des conséquences redoutables]
- L'état local : Présence de foyers infectieux locaux décelés radiologiquement.
- Une situation de fortune modeste.

7-Prothèse immédiate de transition :

Déjà citée en haut, son rôle utile sur les suites immédiates de l'intervention, en protégeant les tissus traumatisés et le caillot, en diminuant la souillure des plaies et en améliorant le processus de cicatrisation et d'ostéogenèse.

- Différents types de prothèses immédiates de transition :

***Prothèse supra-dentaires :** on peut être amené à réaliser une prothèse de transition sur des racines dentaires après traitement endocanalaire et obturation de la partie sectionnée.

La prothèse sera placée en bouche et les extractions pourront être réalisées ultérieurement Elle est particulièrement indiquée pour les patients qui ne souhaitent ou ne peuvent pas s'engager dans une intervention à extractions multiples.

***Prothèse complète provisoire :** La prothèse est préparée sur des modèles corrigés. Elle peut être aussi obtenue par transformation d'une ancienne prothèse partielle. L'adaptation en bouche est souvent approximative, les performances fonctionnelles sont assez limitées. Le recours à des résines plastiques à prise retardée est souvent indispensable. La mise en place de fausse gencive vestibulaire dans la région antérieure est souvent impossible.

***Prothèse partielle de transition :** Il s'agit d'une prothèse partielle transformée plus ou moins progressivement en prothèse complète.

8- Prothèse immédiate d'usage :

Un guide chirurgical réalisé en résine transparente dont l'intrados est rigoureusement identique à celui de la prothèse immédiate, permet lors des extractions de réaliser une correction précise des rebords osseux pour les adapter exactement à l'intrados prothétique.

Réalisation proprement dite de la prothèse immédiate :

- Conservation des documents préextractionnels : les examens préextractionnels à corriger dans notre examen sont les suivants :

***L'orientation du plan d'occlusion existant :**

Il est indispensable de noter et de conserver la situation du plan d'occlusion en relation harmonieuse avec la position d'équilibre de la langue et la convexité des fibres horizontales du buccinateur.

Dans les cas normaux, le niveau de la surface occlusale doit se trouver légèrement au milieu du rebord marginal de la langue et de la convexité des fibres horizontales du buccinateur.

Dans le cas de rétrognathie, la surface occlusale doit se trouver légèrement au dessous du bord marginal de la langue et de la convexité des fibres horizontales du buccinateur.

Dans le cas de prognathie elle est placée très légèrement au dessus.

***Relations intermaxillaires :**

-Dimension verticale (DV) : représente l'élément préextractionnel le plus précieux à enregistrer. [Profilomètre de Sears, Tatouage de Silverman, Téléradiographie, Maquette d'occlusion...]

-Relation centrée (RC) : Elle détermine avec précision la position de la mandibule dans le plan sagittal. Elle s'effectuera avec les deux bases d'occlusion stabilisées avec une pâte à l'oxyde de zinc et munie d'un point d'appui central.

***Les trajectoires incisives et condyliennes :**

les trajectoires condyliennes peuvent être enregistrées graphiquement. Elles seront enregistrées au laboratoire avant toute extraction. Les deux modèles sont montés sur un articulateur dont le plateau est réglable. Celui ci est orienté en tenant compte des trajectoires réelles.

-Empreinte d'étude :

Un moulage des deux arcades avec toutes les dents extraites doit être pris. Il est destiné à nous renseigner ultérieurement pour le choix et le montage des dents (antérieures et postérieures).

-Extraction des dents postérieures :

Les dents postérieures sont extraites les premières afin d'assurer un temps de cicatrisation plus important.

-Empreintes préliminaires :

Elles ont une importance égale à celle précédant le traitement de l'édentation totale. Elles obéissent aux mêmes principes.

-Empreintes secondaires :

Mêmes principes que pour une édentation partielle distale :

- . Réalisation du PEI.
- . Remarginage à la pâte de Kerr [on réalise le joint périphérique qui doit être souple au niveau des zones dentées il sera au polyéther par exemple]
- . Empreinte de la partie statique de la surface d'appui.

-Localisation et transfert de l'axe charnière :

Un arc facial simplifié du Dentatus ou d'un autre articulateur semi-adaptable permet de localiser l'axe charnière et la position du modèle supérieur en relation correcte avec le massif facial.

-Détermination et transfert de la relation intermaxillaire :

Tous les éléments préextractionnels, anatomiques et physiologiques analysés et recueillis avant la suppression des dernières dents vont être repris et utilisés.

-Choix et montage des dents postérieures :

Les dents postérieures sont choisies de telle sorte que leur modelé occlusal soit en harmonie avec les trajectoires condyliennes et incisive, et qu'il s'inspire du schéma occlusal naturel conservé par voie de moulage avant l'extraction. Elles doivent en outre être montées de telle sorte que le maximum de contact soit obtenu en occlusion centrée et au cours des mouvements de latéralité et de propulsion (montage équilibré).

-Construction de la prothèse immédiate au laboratoire :

Cette étape a pour objet de supprimer les dernières dents présentes sur le modèle, de les remplacer par les dents artificielles et de transformer la maquette ainsi construite en une prothèse complète. Elle sera réalisée en trois temps successifs.

→ Inscription des repères sur moulages :

- Ligne médiane.
- Axes des dents à remplacer.
- Situation exacte du bord libre.
- Teinte de chaque dent.

→ Modifications du modèle :

*Après avoir pris une clé vestibulaire des dents antérieures et à l'aide des données recueillies lors de l'observation clinique, on transforme le modèle issu de l'empreinte secondaire en supprimant les reliefs dentaires. Puis le praticien modifie le modèle en

préfigurant la résection osseuse, grâce aux données relevées lors de l'observation clinique (sondage parodontal) et sur les radios ; la résection est également influencée par la place à ménager pour la prothèse pour obtenir un aspect esthétique satisfaisant.

***Méthodologie de suppression des dents existantes sur moulage :**

- L'incisive centrale droite est supprimée la première. La dent artificielle est rectifiée dans le sens mésio-distal et dans toutes ses dimensions jusqu'à ce qu'elle s'intègre harmonieusement aux autres dents. Que son axe coïncide avec l'axe de la dent supprimée, que son bord libre soit situé à la même distance que celle de la dent naturelle.
- Cette même opération sera reproduite successivement et dans l'ordre pour l'incisive latérale gauche.

→ Réalisation et finition des prothèses :

- En cas de manque de repères, on monte toutes les dents sur la cire conformément aux règles de montage de la prothèse adjointe complète. Les cires sont finies, les bases en résine polymérisées et terminées.
- Le technicien réalise un guide chirurgical en résine transparente et un double de la prothèse avec des dents en résine. (ce duplicata permet au patient de ne pas rester sans dents quoi qu'il arrive)

-Temps chirurgical et mise en bouche : suivant l'état général, une prescription antibiotique peut être nécessaire. La prothèse et le guide chirurgical sont placés dans une solution antiseptique.

***Temps chirurgical :**

- Après anesthésie locale, les extractions sont réalisées de manière douce pour éviter toute fracture radiculaire qui conduirait à une alvéolectomie intempestive. La résection osseuse, toujours guidée par un guide chirurgical :
 - **Résection osseuse classique :** incision et décollement muqueux puis résection à la gouge, finition à la râpe puis rapprochement muqueux bord à bord avec résection de la muqueuse en excès.

***Mise en bouche :**

La prothèse est mise en place et le patient doit alors serrer les dents sur des rouleaux de coton durant dix minutes, ceci permet de répartir l'œdème naissant et d'arrêter une éventuelle hémorragie.

Au bout de ce délai, une première équilibration sommaire est réalisée, elle permet de rechercher essentiellement un contact prématuré qui est supprimé.

Des antalgiques sont prescrits, mais une intervention bien menée n'occasionne pratiquement aucune douleur. Les anti-inflammatoires sont à éviter car ils retardent la cicatrisation.

Le patient est libéré avec les recommandations suivantes :

- ◆ Ne pas retirer la prothèse durant les premières vingt quatre heures (24 h). Aucun soulagement durable ne peut être obtenu par cette méthode. La remise en place de la prothèse sera difficile, voire impossible. Elle sera d'autant plus douloureuse et délicate que l'intervention a été délicate.

- ◆ Application locale de glace.
- ◆ Le régime alimentaire sera fluide et exempt de tout effort de mastication.

- Soins post opératoires et corrections :

- Le lendemain avec beaucoup de précautions, la prothèse est retirée et lavée au sérum physiologique.
- L'opérateur procède à une toilette minutieuse des alvéoles en regard d'irritations. Une première **véritable séance d'équilibration** est pratiquée. L'intrados peut être enduit de « Néomycine à l'hydrocortisone ».
- Des bains de bouche antiseptiques peuvent être conseillés à partir de la première séance postopératoire, parmi les règles d'hygiène classiques pour ce type de prothèse.
- D'autres séances d'équilibration suivent, elles permettent également de surveiller la plaie et d'encourager le patient à poursuivre ses efforts.

Remarque : pendant cette période d'adaptation de la résine à prise retard peut être utilisée au niveau de l'intrados afin de soulager le patient de certaines surcharges.

- Les suites opératoires sont généralement simples et non douloureuses, la cicatrisation est rapide et bien dirigée. Elle est guidée par l'intrados prothétique. Les complications liées à l'intervention sont rares mais possibles, il peut s'agir de petit séquestre ou de retard de cicatrisation.
- D'autres vérifications suivront à deux puis à quatre mois avec au besoin d'une décision d'une réfection de base si elle s'avère nécessaire (**rare**).

Bibliographie :

1. **Hüe O, Bertereche MV.** Prothèse complète : Réalité Clinique / solutions thérapeutiques. Paris : Quintessence International; 2003.
2. **Lejoyeux J.** Prothèse complète : Traitement 2^{ème} partie (Tome 3). Paris: Maloine; (3^{ème} édition, 2^{ème} tirage); 1985.
3. **Rignon-Bret C, Rignon-Bret JM.** Prothèse amovible complète/ Prothèse immédiate/ Prothèse supraradiculaire et implantaire. Paris : CdP; 2004.