

Examen clinique et plan de traitement en prothèse conjointe

I. Examen clinique d'un patient en vue d'une prothèse conjointe :

Avant de commencer toute construction en prothèse conjointe, il est impératif qu'un diagnostic soit posé, il se fera grâce à un examen général et à un examen buccal.

I.A. Interrogatoire ou anamnèse :

S'il existe le moindre doute sur l'état général de santé du patient, un médecin doit être consulté (patient présentant une allergie aux métaux, patient souffrant de trouble cardio-vasculaire, pas d'adrénaline qui augmente le rythme cardiaque et la pression artérielle)

Il faut évaluer la motivation du patient et son hygiène bucco-dentaire.

Il faut être attentif à ses exigences esthétiques.

Rechercher des troubles de l'ATM.

I.B. Examen de la cavité buccale :

Plusieurs points sont à considérer:

- Hygiène orale du patient, présence de tartre
- Evaluation de l'état général des dents, malpositions, rotations, caries, mobilités à rechercher.
- Toute influence doit être révélée, l'état parodontal, le parodonte sera examiné de près (recherche de poches parodontales), recherche de présence de récession gingivale.
- Test de vitalité pulpaire, examen des obturations et des reconstitutions (les maintenir ou les refaire).
- Zones ou segment édenté doivent être palpés et examinés.
- Les rapports des arcades entre-elles seront notés, étudier les rapports occlusaux (recherche des facettes d'usure ou abrasion).

Cet examen buccal, sera complété par un examen radiographique.

II. Bilan radiographique :

L'examen radiographique complet est indispensable, il permet de mettre en évidence:

- Les caries proximales récidivantes sous obturations.
- La présence de lésion apicale.
- Toute pathologie péri-apicale doit être traitée et stabilisée avant la taille.
- Apprécier la qualité du traitement endodontique.
- Le niveau osseux est apprécié surtout autour des dents supports.
- Le volume, la forme, la longueur et l'orientation des racines (une racine courte est contre indiquée comme pilier).
- Le volume et l'emplacement de la chambre pulpaire (s'il est important: risque de perforation pulpaire lors de la taille).
- Présence éventuelle de dents incluses, de racines, de fragments radiculaires.
- Appréciation des tissus de soutien, élargissement de l'espace desmodontal est à relier à un contact prématuré ou à un trauma occlusal.

III. Plan de traitement :

Il est fonction de l'examen clinique ; Certaines décisions seront réservées en attendant le résultat du traitement préprothétique :

III.A. Etude des moulages de diagnostic :

Les modèles sont indispensables pour avoir une vue d'ensemble sur les possibilités thérapeutiques, ils sont réalisés à partir d'empreinte fidèle à l'alginate, mais les surfaces occlusales ne doivent pas comporter de bulles.

III.B. Traitement préprothétique :

III.B.a. Amélioration de l'état buccal :

Informé le patient des méthodes et des règles d'hygiène bucco-dentaire, faire un détartrage.

III.B.b. Les traitements chirurgicaux :

Extraction pour les racines résiduelles, régularisation des crêtes édentées, exérèse des exostoses si elles sont douloureuses et épineuses.

III.B.c. Traitements endodontiques :

Traitement de toutes les dents cariées, reprise de traitement endodontique douteux, traitement canalaire des dents mortifiées, reconstitution des dents dépulpées et délabrés.

III.B.d. Traitement orthodontique :

En général, il s'agit de traitement mineur, réduction des dents mobiles.

III.B.e. Equilibration pré-prothétique.

III.C. Traitement préprothétique proprement dit :

Il doit passer par l'évaluation des dents supports ; Tout élément prothétique doit pouvoir supporter les forces occlusales constantes auxquelles il est soumis surtout lorsqu'il s'agit de réaliser un bridge car les contraintes s'exerçant au niveau des dents absentes sont transmises aux points d'appui par l'intermédiaire des connections et des moyens d'encrage.

Lorsqu'on aura à réaliser un pont ou un bridge de courte, moyenne, ou longue portée (bridge polygonal), ce pont peut être entièrement métallique (coulé), ou mixte avec des éléments cosmétiques en résine ou céramique.

On doit:

III.C.a. Déterminer le nombre de dents supports :

Le nombre de dents supports est fonction de leur situation sur l'arcade, l'augmentation du nombre de piliers améliore l'équilibre et la rétention du bridge.

Pour ROY, il existe 5 plans :

- Un plan incisif ; 2 centrales et 2 latérales.
- 2 plans canins
- 2 plans prémolo-molaires

Dans le cas d'une reconstitution conjointe, l'immobilité des dents dépend de l'utilisation des piliers choisis dans divers plans de ROY.

III.C.b. Choix des dents supports :

Se fait en fonction du coefficient masticatoire, des dents absentes et des dents piliers.

Loi de Duchange:

" La somme des coefficients masticatoires des dents piliers doit être supérieur ou égale à la somme des coefficients masticatoires des dents absentes"

III.C.c. Valeur du pilier :

- Elle est fonction de sa hauteur coronaire, une dent courte est plus rétentive qu'une dent haute.
- La valeur du pilier est fonction de la forme de la racine, une racine large dans le sens vestibulo-lingual est aplati dans le sens mésio-distal est plus favorable qu'une racine à section circulaire.

Pour les pluri-radiculés, une dent à racine divergente est préférable et constitue un meilleur encrage qu'une dent dont les racines sont fusionnées.

- La valeur du pilier dépend aussi du rapport corono-radiculaire, il concerne **la longueur coronaire extra-osseuse** d'une part et **la longueur radiculaire intra-osseuse** d'autre part. Le rapport couronne-racine le plus favorable pour une dent devant servir d'appui pour un bridge est de 2/3 (la racine doit être 2 fois plus longue), le rapport 1/1 est le minimum acceptable.

- La hauteur prothétique au niveau du segment édenté doit être suffisante en occlusion pour la travée du bridge.

III.C.d. Type d'ancrage :

L'ancrage est la partie du bridge qui se scelle sur la dent pilier ou le moignon ; L'ancrage est choisi en fonction de la dent support qui peut être pulpée (onlays) ou dépulpée :

- Pour les dents pulpées, ancrage à recouvrement partiel onlay.
- Pour les dents délabrées: ancrage intra-coronaire, type inlay, couronne ou Richmond.
- L'indication ou la contre indication dépend de:
 - La morphologie
 - La rétention exigée par le bridge
 - De la vitalité pulpaire
 - De l'importance du secteur édenté
 - De la situation de la dent sur arcade au niveau antérieur ou postérieur.

V Les implants dentaires :

Actuellement, ils remplacent les bridges ; L'implantologie enveloppe tous se qui ne peut être réalisé par les méthodes classiques.

V.A. Indications :

- Stabilisation des prothèses complètes
- Obtention de points d'appuis postérieurs chez l'édenté
- Disposition d'un pilier supplémentaire lorsqu'un bridge de longue portée ne peut être réalisé

V.B. Contre-indications : (d'ordre médical):

- Diabétique
- Cardiopathe
- Tares sanguines
- Psychopathes

VI Conclusion :

En prothèse conjointe, il ne s'agit pas uniquement de remplacer les dents perdues mais de conserver les dents naturelles restantes.