

1 Introduction au traitement de l'édenté partiel

Sourire éclatant, mastication efficace : chacun reconnaît ici le rôle important des dents.

L'homme « normal »

Les mouvements et postures mandibulaires sont possibles grâce aux articulations temporo-mandibulaires par l'action de muscles eux-mêmes sous la dépendance du système nerveux.

Les 32 dents de l'adulte, équitablement réparties en deux arcades antagonistes, jouent également un rôle dans ces mouvements et postures, ne serait-ce qu'en stoppant l'élévation mandibulaire (occlusion).

Normalement, chacune des dents est en équilibre (fig. 1).

Équilibre intra-arcade

Grâce aux points de contact, les forces appliquées sur une dent par sa collatérale mésiale sont compensées par celles exercées par la collatérale distale :

- . chacune des dents est en équilibre dans le sens mésio-distal.

Équilibre inter-arcade

Lors de l'occlusion à vide, ou lors de la mastication (par l'intermédiaire des aliments), chacune des dents exerce une force sur ses antagonistes, force qui compense le phénomène d'éruption continue :

- . les dents sont en équilibre dans le sens axial ;
- . le contact des arcades antagonistes détermine la hauteur de l'étage buccal du visage (dimension verticale d'occlusion).

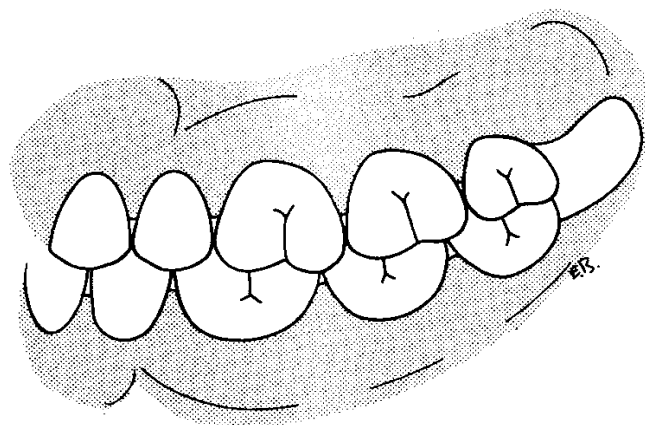


Fig. 1. — Équilibres intra et inter-arcades.

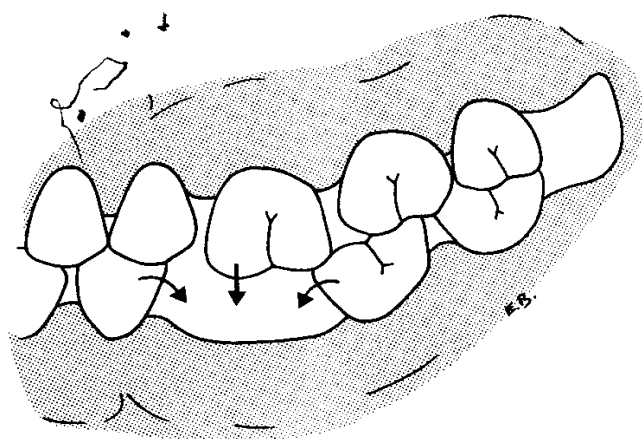


Fig. 2. — Rupture d'équilibre : déplacements dentaires.

Équilibre musculaire

Les forces musculaires exercées sur les dents par la sangle labio-jugale s'opposent aux forces exercées par les muscles linguaux :

- . les dents sont en équilibre dans le sens vestibulo-lingual ;
- . les lèvres et les joues sont soutenues par les dents.

Conséquences de la perte de dents

La perte d'une ou plusieurs dents se traduit par une **rupture d'équilibre** aux conséquences (locales, régionales, générales) d'autant plus graves que l'édentation est ancienne et l'édentement étendu.

Déplacements dentaires (fig. 2)

- Les dents collatérales au secteur édenté s'inclinent vers celui-ci (**version**), entraînant une *rupture de points de contact* : dans les diastèmes ainsi créés, la pénétration et la stagnation de débris alimentaires favorisent l'apparition de *lésions carieuses et parodontales*.

- Les dents antagonistes, sur lesquelles aucune force occlusale n'est plus exercée, se déplacent axialement vers la crête édentée (**égression**), créant aussi des diastèmes.

Perturbation de l'articulé

Ces migrations dentaires gênent le libre glissement de l'arcade mandibulaire sur l'arcade maxillaire : les interférences exercent sur les dents des forces obliques *nocives aux tissus parodontaux*, et peuvent induire des **troubles neuro-musculaires et articulaires**.

Hyper et hypo-fonction

Les forces de mastication sont réparties sur un moins grand nombre de dents. Certaines sont surchargées, d'autres n'ont plus d'antagonistes : les **tissus parodontaux souffrent**.

Diminution de l'efficacité masticatrice

Incision et mastication sont perturbées : des **troubles digestifs** peuvent apparaître.

Difficultés d'élocution

Certaines dents sont indispensables à la prononciation correcte des phonèmes De - Te - Ve - Fe - SSe - Che...

Préjudice esthétique

Évident quand sont absentes les dents antérieures, le préjudice esthétique existe aussi lorsque l'édentement intéresse les secteurs molaires et prémolaires : la dimension verticale d'occlusion diminue, les traits s'affaissent, les rides se creusent, le menton avance...

Problèmes psychiques

Le préjudice esthétique, plus encore que la symbolique de castration chère à Freud, peut entraîner des troubles psychiques.

C'est dire l'importance de la **prévention** pour éviter ce constat d'échec que constitue une extraction. Néanmoins, lorsque celle-ci devient inévitable, il convient de **restaurer rapidement** l'édentement, avant que ne surviennent ses fâcheuses conséquences.

L'acte prothétique

Mode de traitement ayant pour objectif de restaurer et maintenir l'aspect et les fonctions des différents constituants de la sphère orofaciale, l'acte prothétique fait appel à un *ensemble de moyens*.

En effet, une *prothèse*, dispositif mécanique se substituant aux pertes de substances organiques, ne peut prétendre traiter à elle seule les désordres provoqués par une édentation : des interventions pré- et prothétiques sont nécessaires.

Comme pour tout traitement, la décision thérapeutique et le choix d'un type de prothèse (fixée, amovible ou composite) résultent du diagnostic posé grâce aux éléments recueillis lors de l'examen de l'édenté partiel.

La prothèse choisie doit s'intégrer dans un milieu vivant, restaurer esthétique et fonctions, maintenir les résultats obtenus et ne pas être elle-même source de lésions.

Pour cela, sa conception s'appuie sur des facteurs biologiques, anatomiques, mécaniques, fonctionnels, esthétiques et psychiques. De plus, sa réalisation pratique nécessite l'utilisation de techniques et de matériaux dont le choix et la mise en œuvre participent à la qualité du traitement.

La prothèse adjointe partielle

Ce type de prothèse est amovible et s'adapte à une arcade partiellement édentée en prenant appui sur les dents restantes et sur les crêtes gingivo-osseuses.

Formes cliniques

■ Prothèses à recouvrement muqueux « maximal »

Historiquement les plus anciennes, ces prothèses dont la base aujourd'hui est constituée de matière plastique (polyméthacrylate de méthyle) sont « encombrantes » et peuvent à la longue provoquer des lésions.

Pendant, en raison de la rapidité de leur élaboration et de la facilité avec laquelle on peut les transformer, elles conservent des indications à titre temporaire :

Tissus en rapport avec la prothèse

Une prothèse adjointe partielle est en rapport direct ou indirect avec des structures dento-parodontales, gingivo-osseuses, et périphériques, dont seuls les caractères ayant une incidence prothétique sont rappelés.

Tissus de revêtement

■ Au niveau des organes dentaires

• *Émail*

. Tissu très minéralisé, l'émail joue un rôle essentiel dans la mastication.

. Il est capable de supporter une prothèse, mais peut être usé par celle-ci. L'accumulation de plaque bactérienne (acide) peut le déminéraliser.

• *Gencive ou fibro-muqueuse*

. Tissu parodontal épithélio-conjonctif, la gencive adhère à l'os alvéolaire qu'elle protège ainsi que l'espace desmodontal. La papille gingivale située dans l'embrasure cervicale est protégée par le point de contact interdentaire : elle subit une récession en regard d'une crête édentée.

. La prothèse doit éviter d'irriter ou de comprimer la gencive dont l'inflammation peut entraîner une alvéolyse.

■ Au niveau des crêtes édentées

• *Fibro-muqueuse*

. Comme la gencive sertissant les dents, on nomme fibro-muqueuse la muqueuse revêtant le palais, et le tissu cicatriciel recouvrant les crêtes édentées.

. Adhérente à l'os sous-jacent, elle peut être recouverte par la prothèse (sauf autour des dents comme nous l'avons vu ci-dessus).

. Sous une contrainte, elle se comprime en fonction de son épaisseur (en moyenne 0,4 à 1 mm — fig. 8) : elle ne peut donc pas s'opposer à un léger mouvement axial des selles prothétiques. En cas d'hyperplasie (augmentation pathologique de volume), ce mouvement est trop ample : une intervention pré-prothétique est indiquée.

. Lorsque la contrainte cesse, la fibro-muqueuse ne reprend ni immédiatement, ni totalement sa forme initiale (visco-élasticité — fig. 9 et 10), ce qui impose une technique d'empreinte adaptée.

. Les extérocepteurs qui l'innervent permettent la perception des volumes et des pressions, mais ils sont moins « fins » que les récepteurs desmodontaux : en cas de prothèse restaurant un édentement postérieur, le patient cherche l'efficacité sur ses dents restantes : une propulsion mandibulaire est à craindre.

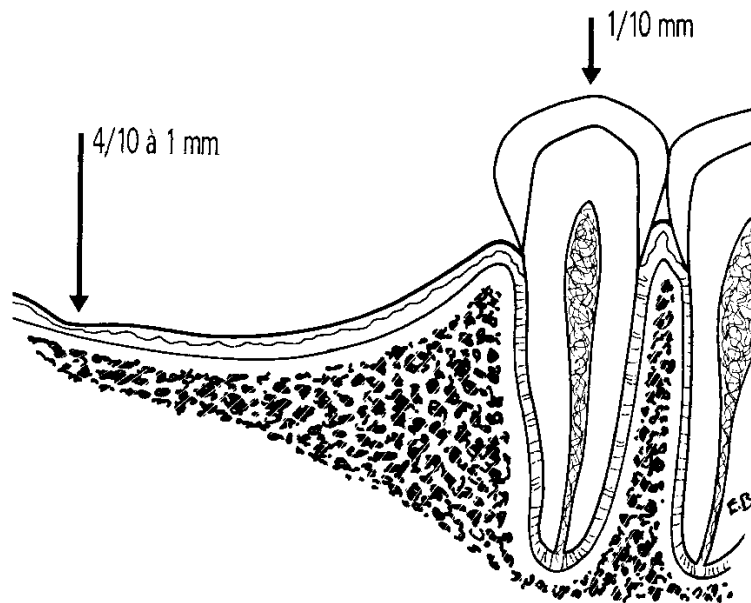


Fig. 8. — *Différence des compressibilités desmodontale et fibro-muqueuse.*

■ A la périphérie

• *Muqueuse proprement dite*

. Elle tapisse le fond des vestibules, la face interne des lèvres et des joues, le voile du palais, le plancher buccal, la langue (muqueuse papillaire).

. Non attachée à l'os, elle est très mobilisée par les muscles, freins et ligaments qu'elle revêt, et ne peut donc pas être recouverte par la prothèse : elle n'est en rapport qu'avec l'extrados prothétique. La limite entre fibro-muqueuse adhérente et muqueuse mobile, marque la limite d'extension des prothèses et doit être enregistrée par l'empreinte.

Tissus non apparents

■ Au niveau des organes dentaires

• *Dentine, pulpe, ciment*

Nous ne les citons que pour mémoire : il est évident que la prothèse amovible ne doit pas entrer en contact avec ces tissus.

• *Desmodonte*

. Situé entre une racine et son alvéole, ce tissu conjonctif contient des ligaments et transmet à l'os les sollicitations fonctionnelles.

. Sa compressibilité permet à la dent un mouvement axial d' $1/10^e$ de mm : les éléments prothétiques à appui dento-parodontal ont donc une amplitude de mouvement nettement moindre que les selles (fig. 8).