

Coronoplasties

Visant à modifier la forme d'une couronne dentaire, les coronoplasties peuvent être *additives* : onlays, couronnes, ou *soustractives* : meulages.

Les coronoplasties soustractives ne doivent en aucun cas mettre la dentine à nu. Une évaluation comparative de l'épaisseur d'émail et de l'importance de la modification nécessaire oriente le choix soit vers une améloplastie (préparation partielle dans l'épaisseur de l'émail), soit vers la réalisation d'un élément de prothèse conjointe présentant la forme requise.

Indications des améloplasties

■ Occlusion

- Courbes d'occlusion (Spee, Wilson) : une améloplastie occlusale resitue correctement les dents faiblement égressées, et oriente les faces occlusales en réduisant les cuspidés intéressées pan par pan.

- Relation centrée : la décision d'établir l'intercuspidation maximale en relation centrée implique une améloplastie occlusale des dents antagonistes (pans mésiaux maxillaires et distaux mandibulaires).

. Ces améloplasties sont étudiées sur articulateur.

■ Insertion prothétique

Des améloplasties linguales et proximales sont nécessaires à une insertion prothétique sans heurt. Les surfaces de guidage ainsi créées augmentent en outre la stabilisation, permettent la réciprocité d'action, diminuent les surcontours parodontalement nocifs et peuvent améliorer le rendu esthétique. L'étude se fait sur paralléliseur.

■ Sustentation

La préparation d'appuis cingulaires et occlusaux oriente correctement les forces transmises aux organes dentaires et élimine le risque d'interférence occlusale des taquets. L'étude se fait sur articulateur.

■ Rétention

L'importance d'un retrait et l'angle de rétention peuvent être améliorés par une légère améloplastie. (Notons cependant que l'extrémité d'un crochet se situe souvent à un niveau où l'épaisseur d'émail est faible.) L'étude se fait sur paralléliseur.

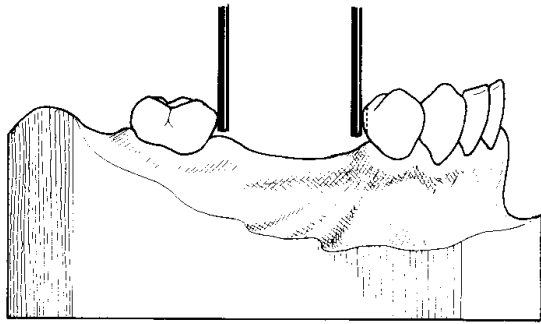


FIG. 7-11. — a) Pour cet axe une surface de guidage améliore la protection de l'anneau gingival.

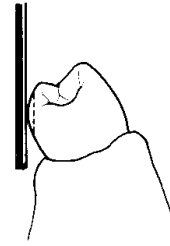
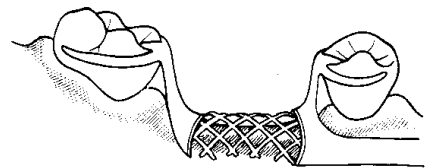
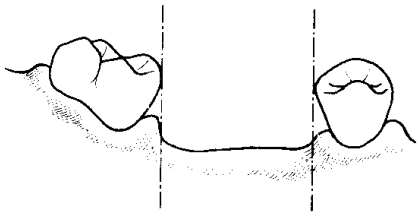


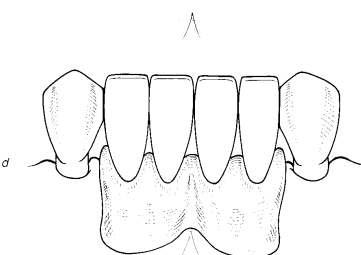
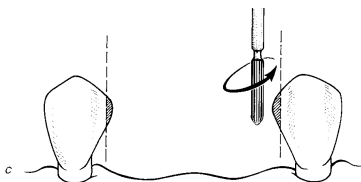
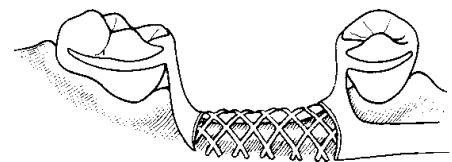
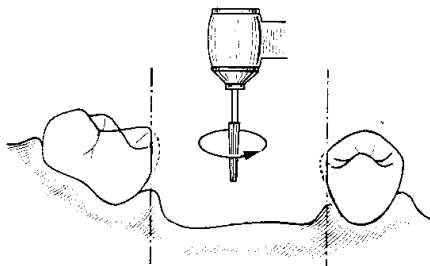
FIG. 7-11. — b) Une surface de guidage linguale améliore les conditions d'insertion de la prothèse.



Les faces proximales des dents en regard du segment édenté créent des conditions favorables à une rétention de débris alimentaires entre potence et gencive marginale.

Coronoplasties

Visant à modifier la forme d'une dent. Les Coronoplasties soustractives ne doivent en aucun cas mettre la dentine à nu. Une évaluation comparative de l'épaisseur d'émail et de l'importance de la modification nécessaire oriente le choix vers une améloplastie (Préparation partielle dans l'épaisseur de l'émail) afin de préparer une surface de guidage pour la future prothèse adjointe partielle.



Réalisation des améloplasties

- Tout risque de lésion carieuse ou d'accumulation de plaque bactérienne doit être évité : les améloplasties (sans anfractuosités) sont réalisées à l'aide d'instruments diamantés de grains de plus en plus fins, et la surface adamantine obtenue est parfaitement polie (cupules en silicone, pâte à polir). Une fluoruration peut être conseillée.

- Les améloplasties ne doivent pas se détruire mutuellement ; elles suivent donc un ordre strict :

- 1) améloplasties liées à l'occlusion,
- 2) améloplasties liées à l'insertion,
- 3) améloplasties liées à la sustentation,
- 4) améloplasties liées à la rétention.

Prothèses provisoires

Une prothèse amovible provisoire permet d'attendre la prothèse d'usage en participant activement au traitement de l'édenté partiel grâce à la rapidité de son élaboration et à la simplicité de ses modifications par adjonction ou soustraction.

Rôles

- Résoudre l'urgence esthétique, fonctionnelle et/ou phonétique, ce qui lui donne aussi un rôle psychologique indéniable.

- Habituer le patient à l'encombrement d'une prothèse amovible, encombrement qui sera d'ailleurs moindre avec la prothèse d'usage.

- Tester, en cas d'édentement antérieur, le rendu esthétique.

- Éviter les migrations dentaires, ou les corriger si la prothèse porte un dispositif d'ODF.

- Servir de guide de cicatrisation après intervention chirurgicale : extractions, approfondissement de vestibule, modelage de crêtes...

- Améliorer l'état de la fibro-muqueuse par la mise en place, dans l'intrados prothétique, de résine à prise retardée.

- Participer à la mise en condition neuro-musculaire et articulaire en permettant de tester une relation inter-maxillaire non traumatogène.

Description (fig. 115 et 116)

■ Dents prothétiques (v. ch. 18)

Elles sont en résine, ce qui permet très facilement les modifications occlusales par adjonction ou soustraction.

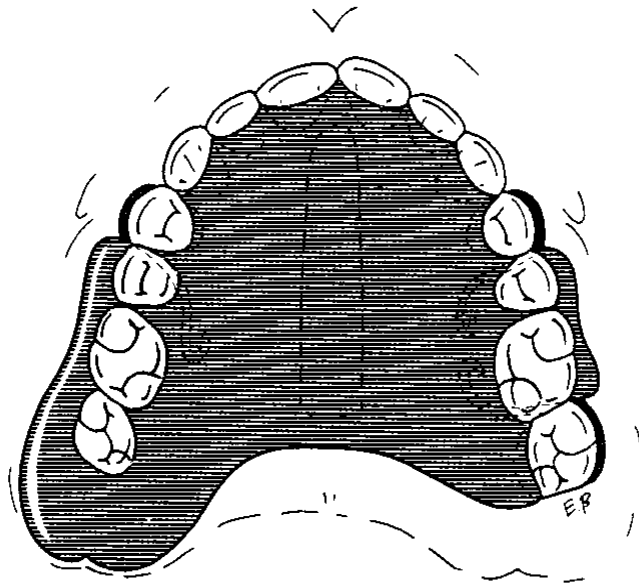


Fig. 115. — *Prothèse provisoire maxillaire.*

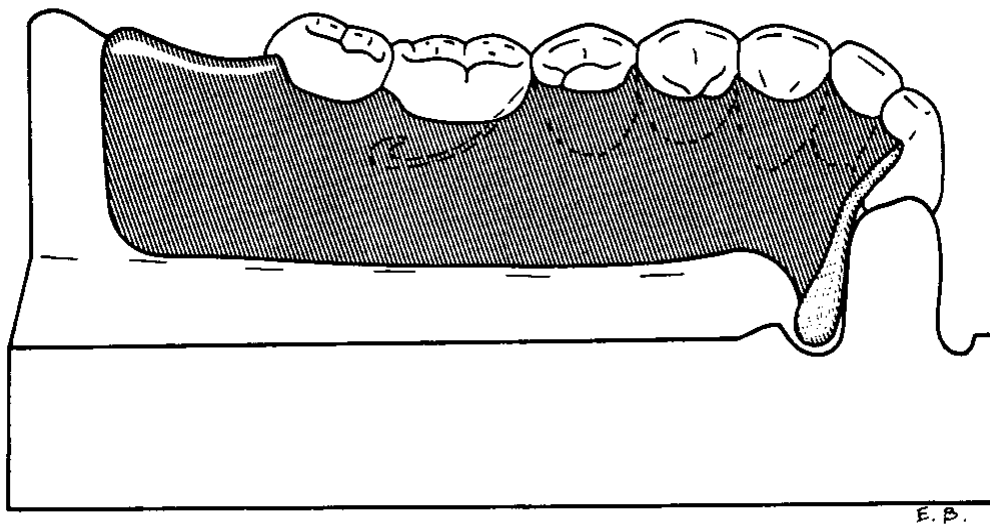


Fig. 116. — *Prothèse provisoire mandibulaire : coupe sagittale sur modèle.*

■ Plaque-base

- Elle est constituée de résine thermo-polymérisable (les résines chémo-polymérisables présentant des inconvénients : éventuelles porosités, et libération de monomère, agressifs pour les tissus).

- Les selles ont les mêmes caractéristiques et limites que celles des prothèses à armatures métalliques.

- La prothèse s'appuie sur le cingulum des dents antérieures (légère sustentation dentaire) et s'applique sur les zones de dépouille des faces linguales des prémolaires et molaires (stabilisation et réciprocité d'action) sans interférer avec l'occlusion.

- Au maxillaire, la plaque-base recouvre l'ensemble du palais, est espacée du raphé et s'étend plus ou moins loin postérieurement selon

- A la mandibule, elle longe la table interne dans la limite compatible avec le soulèvement du plancher et le développement du frein lingual.

■ **Crochets façonnés** (voir Ch. 11 fig. 104)

Inconvénients

• *Recouvrement de la gencive marginale*

L'absence de possibilité de stimulation des tissus gingivaux par la langue, la formation de plaque bactérienne et la diminution du pH salivaire se traduisent par une hyperhémie favorisant la lyse alvéolaire.



• *Absence de sustentation dentaire*

La charge occlusale exercée sur les dents prothétiques n'est transmise qu'aux crêtes, qui se résorbent, ce qui conduit secondairement à une agression de la gencive marginale et à une surcharge des dents restantes (→ alvéolyse).

• *Usure occlusale des dents prothétiques*

Associée à la résorption des crêtes, elle conduit aussi à une surcharge des dents restantes et, pour certains cas d'édentement, provoque un affaissement de la dimension verticale d'occlusion.

Tout ceci explique que ce type de prothèse, **par ailleurs très utile**, ne peut être indiqué qu'à titre temporaire.