

Insertion en Bouche et Conseils Post- Prothétiques en Prothèse Totale

Cours du Dr Bélaïd Y. - Maître Assistante en
prothèse dentaire

Université d'Alger 1 – Département de Médecine Dentaire

PLAN DU COURS

1. Préalables et contrôles techniques
2. Insertion proprement dite et contrôles cliniques
3. Gestion des doléances immédiates
4. Conseils d'hygiène et recommandations
5. Gestion des doléances secondaires
6. Maintenance et Conclusion



I. PRÉALABLES À L'INSERTION : CONTRÔLES TECHNIQUES

L'Inspection Minutieuse (Sans le patient)

- Vérifier la qualité de polymérisation et polissage.
- Détecter à la pulpe du doigt ou avec une compresse : bulles, aspérités, rugosités ou arrêtes coupantes (intrados/bords).
- Vérifier la coaptation sur les modèles et la libération des freins.

S'assurer que les zones en regard des lignes obliques internes sont adoucies.



Détection des aspérités

Corrections & Conservation

- Défaut minime : Utiliser une Cupule en caoutchouc.
- Défaut important : Utiliser une Fraise à résine → Repolissage (pointe grains fins + pâte).

La prothèse doit être conservée dans un milieu humide (bain de bouche aseptisant) pour éviter toute distorsion par déshydratation [Ref: Q20].



Bain de bouche
aseptisant

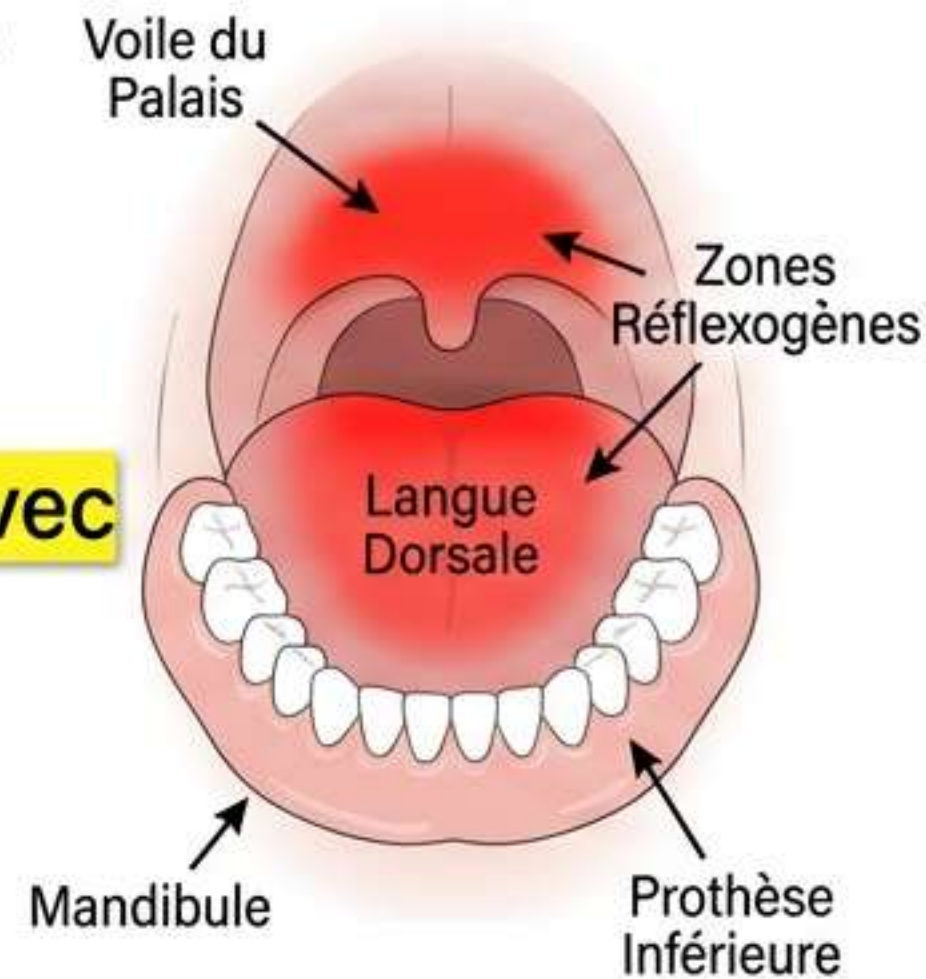
Conservation Humide

II.1. L'INSERTION MANDIBULAIRE (LA PRIORITÉ)

Protocole d'Insertion et Critères de Valeur Mécanique

Pourquoi commencer par la mandibule ?

La prothèse inférieure est insérée en premier : volume moins encombrant, absence de contact avec voile du palais et la langue (zones réflexogènes) [Ref : Q20].



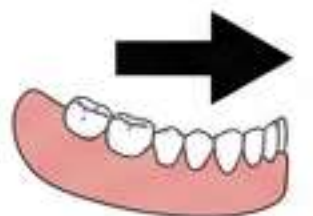
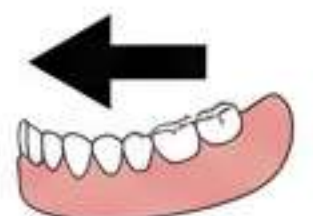


Tests de Valeur Mécanique

- ADAPTATION : Pression axiale. **Aucun bruit d'échappement d'air ne doit être perçu** [Ref : Q15].
- STABILITÉ STATIQUE : Bouche semi-ouverte, langue/lèvres au repos. La prothèse ne doit pas se soulever.
- STABILITÉ DYNAMIQUE : Pression digitale (incisif / canin / molaire).
- RÉTENTION : Test de la précelle (espace inter-incisif).

II.1. DIAGNOSTIC DES ERREURS : PROTHÈSE MANDIBULAIRE

Analyse des mouvements et corrections [Ref: Q1, Q4, Q12, Q13]

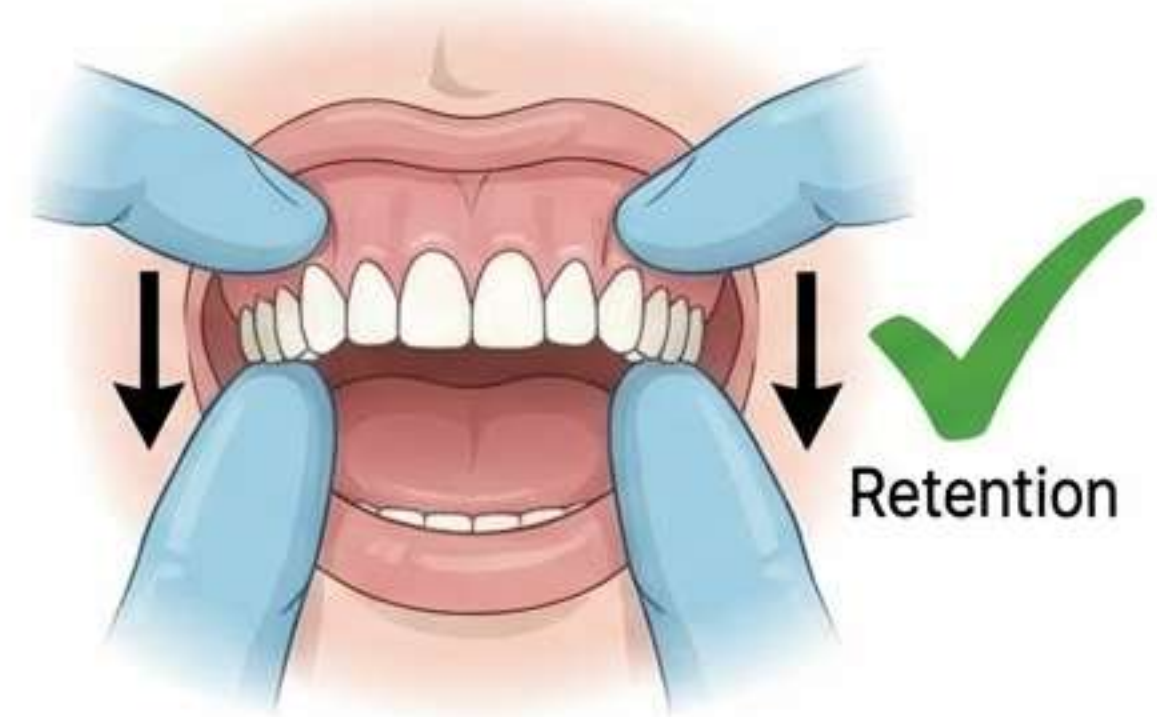
	Observation	Signification/Cause	Correction
	La prothèse remonte parallèlement à elle-même	Sur-extension du bord vestibulaire (région PM et M) [Ref: Q12] [Ref: Q13 Comment]	Meulage bord vestibulaire
	La prothèse remonte au niveau postérieur (ou au repos)	Bord trop long dans la région mylohyoïdienne (Bord lingual) [Ref: Q4] [Ref: Q12]	Meulage bord lingual post
	Déplacement d'arrière en avant	Sur-extension dans la région rétro-molaire [Ref: Q12]	Réduction extension distale
	Déplacement d'avant en arrière	Bord vestibulaire antérieur trop long [Ref: Q13 Comment]	Réduction bord antérieur

II.1. INSERTION MAXILLAIRE ET DIAGNOSTICS

Tests de Base

- Insérer avec pression suffisante pour révéler douleurs.
- Traction verticale vers le bas (au niveau des 1ères molaires) teste la rétention [Ref: Q13].
- Ouverture maximale : Contrôle des ligaments ptérygo-mandibulaires [Ref: Q13].

Test de Traction Verticale



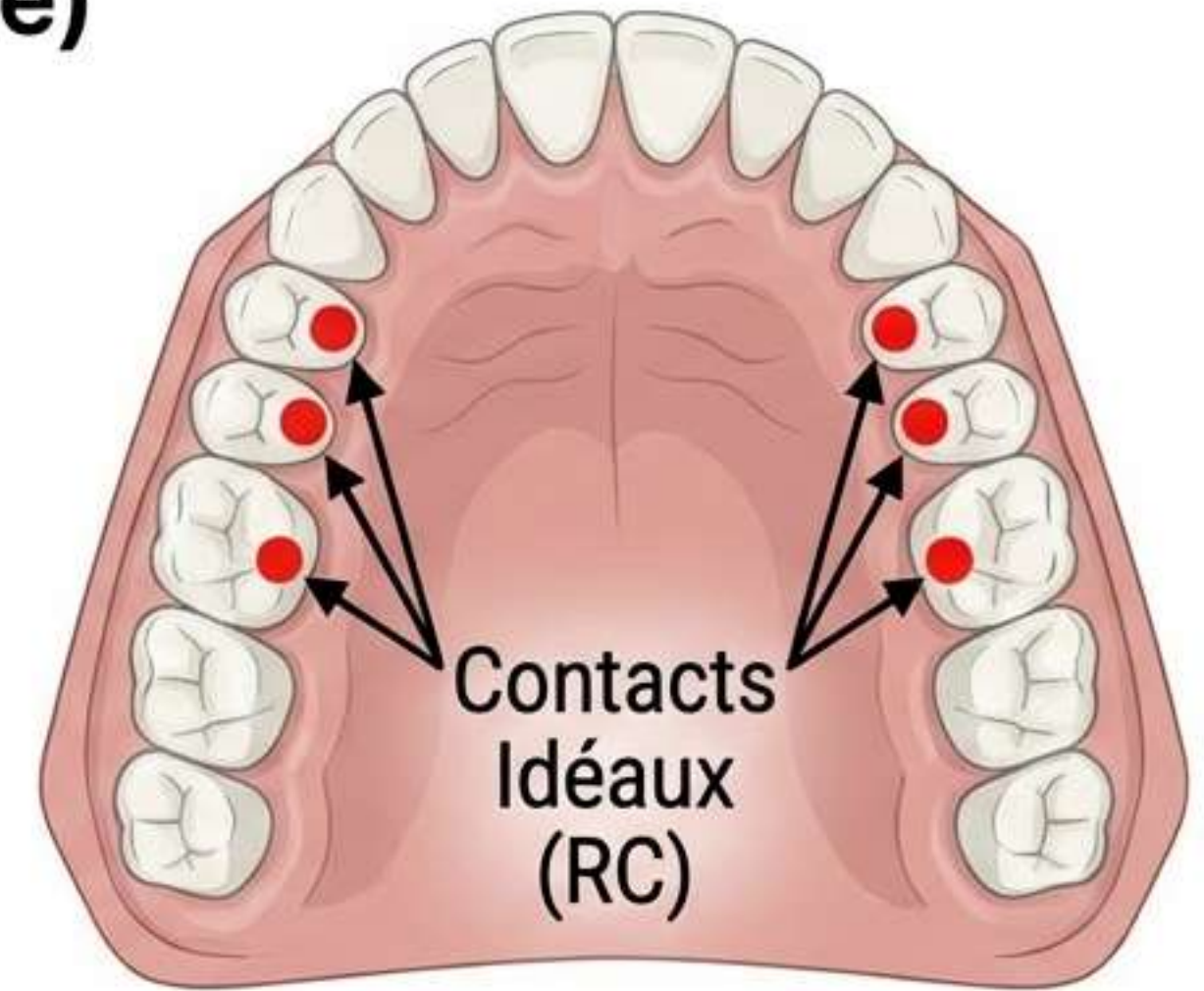
Diagnostic des Erreurs Maxillaires

Observation	Cause
La prothèse descend lentement ou parallèlement	Bord vestibulaire trop long OU frein insuffisamment dégagé [Ref: Q13] [Ref: Q5]
Déplacement à la pression digitale sur PM/M	Joint insuffisant du côté OPPOSÉ à la pression [Ref: Q13]
Décollement postérieur à la pression incisive	Joint postérieur insuffisant/mal situé OU dents antérieures trop vestibulées [Ref: Q12]

II.2 & II.3. CONTRÔLES INTER-MAXILLAIRES ET ESTHÉTIQUES

Relation Inter-arcades (Harmonie Occlusale)

- Guidage en Relation Centrée (RC).
- Vérification de la Dimension Verticale (DV).
- Le contact occlusal doit être **SIMULTANÉ** à droite et à gauche (PM et M) [Ref: Q19].
- **Correction** : Contacts prématurés corrigés sur articulateur ou en bouche (seulement en RC). Pas d'équilibration propulsion/déduction cette séance.



Validation Esthétique

- **Conformité** avec l'essai fonctionnel.
- **Dents trop visibles** : Légère abrasion des bords libres.
- **Soutien lèvre trop important** : Léger meulage en épaisseur (attendre le modelage musculaire).

II.4. CONTRÔLE DE LA VALEUR PHONÉTIQUE

Choc des Prothèses

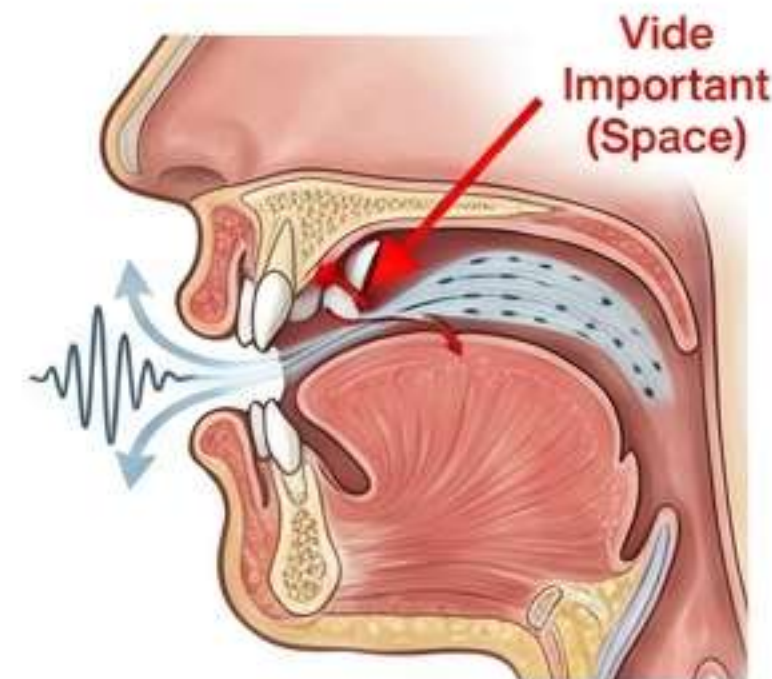
Sounds: “Che, Je, Se, Ze” or Bilabials “Pe, Be”.

- DV sur-évaluée [Ref: Q14].
- DV sous-évaluée (patient soulève la prothèse inférieure) [Ref: Q14].

Sifflement sur le ‘S’

Observation: Air escape.

Vide trop important entre langue et rétro-incisive → Adjonction de résine [Ref: Q14].



Zézalement (Altération sibilantes)

Diagnosis: Épaisseur exagérée rétro-incisive → Réduction.

Altération du ‘K’

Diagnosis: Extension exagérée au niveau du voile (Prothèse Sup).

III.1. DOLÉANCES IMMÉDIATES : LES RÉFLEXES (NAUSÉES)

Distinguer l'origine pour traiter efficacement

Origine Psychique / Réflexe

Causes : Stimuli visuels/olfactifs, sensation de volume.

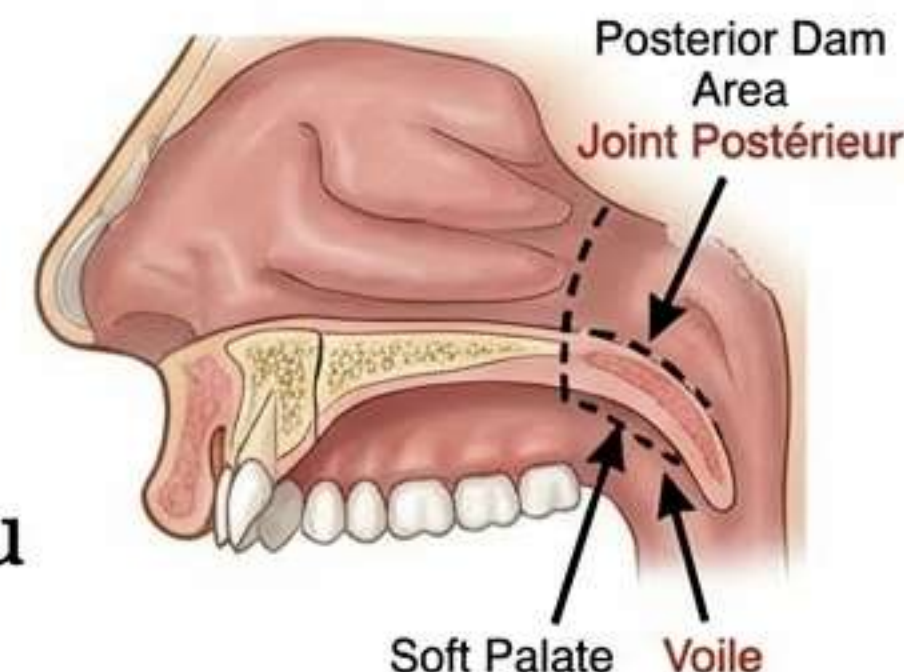
Gestion : Installer le patient (dos droit, tête penchée), exercices respiration.

Prémédication (Primperan) 15-30 min avant ou anesthésie de contact [Ref: Q8 Comment].

Origine Mécanique

Cause : Mauvaise localisation/Sur-extension du joint postérieur (Palais/Voile) ou épaisseur excessive [Ref: Q8].

Traitement : Correction de la limite postérieure ou désépaississement.



L'hyper-salivation est normale et temporaire (stimulation glandulaire).

III.2 & III.3. DOLÉANCES MÉCANIQUES ET DOULEURS IMMÉDIATES

1. Sensation de Volume

- Passagère. Rôle : compensation résorption osseuse et soutien esthétique.

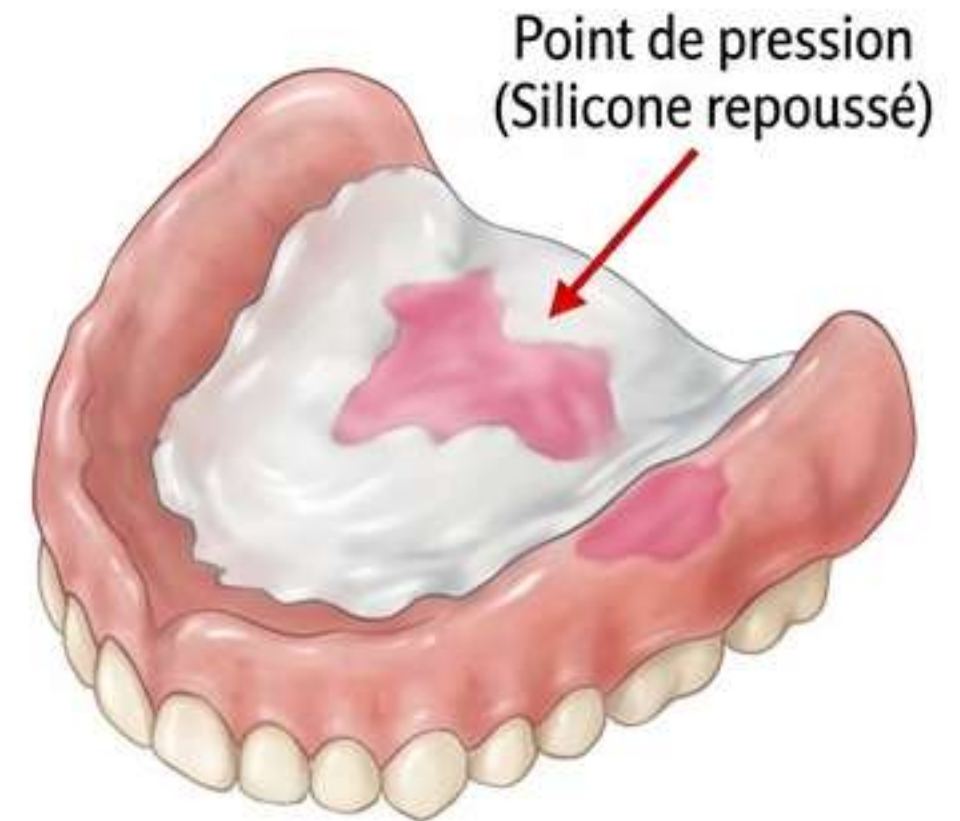
2. Douleurs & Compressions

- Détection : Silicone fluide ou cire révélatrice dans l'intrados [Ref: Q10].
- Zones à corriger : Lignes obliques internes, tubérosités (contre-dépouille), exostoses.
- Attention aux extensions sublinguales (sensation d'angine) → diminuer légèrement.

3. Douleurs Tactiles / Occlusales

- Dues à une surcharge occlusale ou contacts prématurés [Ref: Q18].
- Correction : Papier à articuler (RC uniquement).

Détection des Points de Compression



Application de silicone fluide dans l'intrados pour identifier les zones de surpression.

IV. CONSEILS AU PATIENT : ALIMENTATION ET PHONATION

Semaine 1 :

Aliments mous,
petites particules.



Semaine 2 :

Texture souple.



Ne pas croquer d'aliments durs **les premiers jours** (Risque de rejet) [Ref : Q9].

Technique de Mastication

- Bilatérale (équilibre).
- Mouvements verticaux.
- Écraser avec PM/M (éviter l'incision).

Phonation

- Lire à voix haute.
- Prononcer des mots difficiles pour rééduquer la langue.

IV.3. HYGIÈNE ET ENTRETIEN DES PROTHÈSES

Nettoyage Quotidien

Après chaque repas : Brosse dure + Eau savonneuse (Savon de Marseille/Liquide vaisselle) [Ref : Q14] [Ref : Q19].

PROSCRIRE : Dentifrices abrasifs, eau de javel, vinaigre.

Désinfection Hebdomadaire

Immersion 1-2 fois/semaine.

Solution Chlorhexidine à 0,03% ou comprimés effervescents

Sécurité

Manipuler au-dessus d'une bassine d'eau ou serviette (risque de fracture).



IV.4 - IV.6. MUQUEUSES, PORT ET TABAC

JOUR
(Port en bouche)



NUIT
(Retrait et Stockage)

Le Port Nocturne (Règle d'Or)

Le patient **DOIT** retirer ses prothèses la nuit
[Ref : Q9] [Ref : Q14].

Pourquoi ? Éviter l'obstruction des canaux salivaires, résorption osseuse, stomatite.

Stockage : Boîte hermétique au sec (après nettoyage et séchage).

Hygiène Orale

- **Brossage des muqueuses et de la langue** (brosse souple).
- **En cas de blessure** : Retrait + Eau salée + Huile d'olive.

Tabac

- **Risque de coloration, stomatite, et risque cancérigène accru** (irritation + tabac).

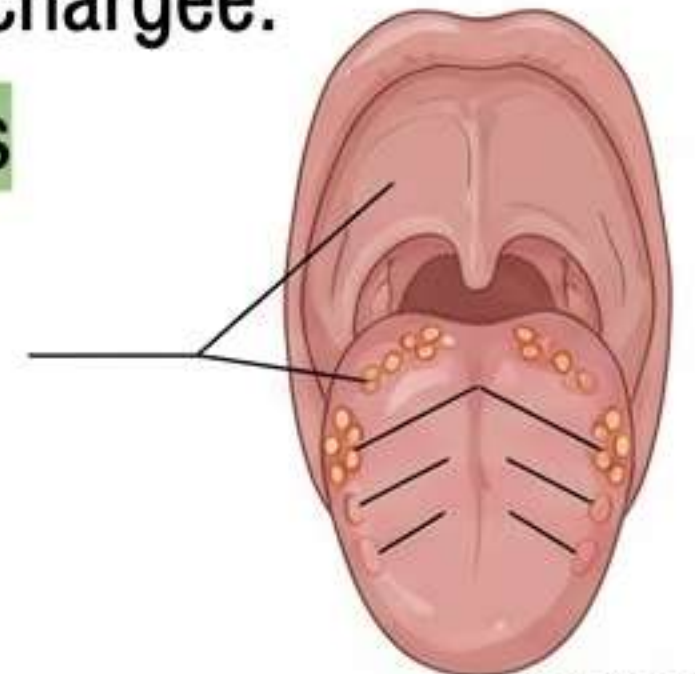
V. DOLÉANCES SECONDAIRES : INJUSTIFIÉES ET RÉFLEXES

Doléances Injustifiées (Esthétiques)

- Fréquentes chez patients stressés.
- Plaintes : Dents trop visibles, lèvre trop soutenue.
- Gestion : Rappel de l'approbation à l'essai. Retouches minimales ou "fictives" (psychologie).

Doléances Réflexes (Secondaires)

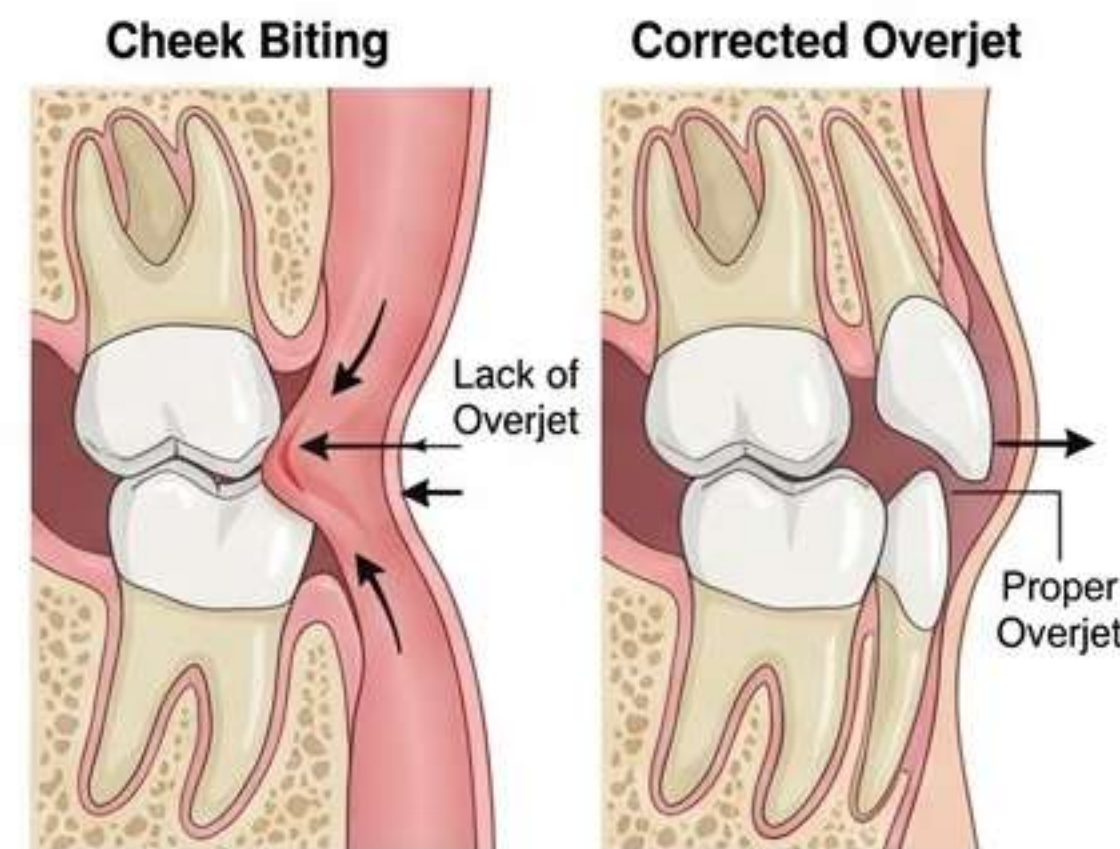
- Nausées tardives : Prothèse maxillaire instable, épaisseur post, DV sous-évaluée.
- Sécheresse/Brûlure : Dysharmonie occlusale (meulage sélectif), zone incompressible non déchargée.
- Goût : Expliquer que les bourgeons sont sur la langue (non le palais). Nourriture plus épicée recommandée.



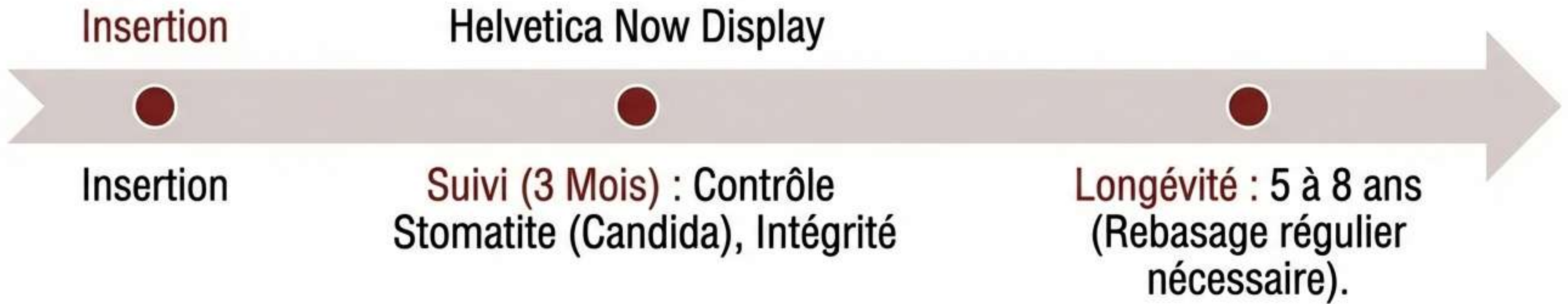
VI. DOLÉANCES MÉCANIQUES ET FONCTIONNELLES

High Exam Yield

Problem	Cause	Correction
Morsures des Joues	Absence de surplomb horizontal (Overjet) [Ref: Q17]	Adoucissement cuspide vestibulaire (Max) OU OU Réduction diamètre vestibulo-lingual (Mand) OU Rajout résine [Ref: Q17].
Perlèche (Suintement commissures)	DV sous-évaluée ou soutien insuffisant du modiolus.	Remonter la DV (Hydrocast puis réfection).
Blessures / Ulcières	Sur-extensions.	Retrait 1-2 jours. Massage miel/huile. Meulage.



VII. MAINTENANCE À LONG TERME ET CONCLUSION



“Les prothèses complètes sont des béquilles... un patient apprend à vivre avec, rarement à les aimer.”
(Sherrys 1962)

Succès = Gestion technique rigoureuse + Soutien psychologique constant.

INSERTION EN BOUCHE ET CONSEILS

