

UNIVERSITE D'ALGER
FACULETE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE
CHU BAB ELOUED
SERVICE DE PROTHESE DENTAIRE

L'observation Clinique chez l'édenté total

Dr K. HANOUTI

Cours de 3^{ème} année médecine dentaire

Année universitaire 2024-2025

Plan

- I. Introduction
- II. L'approche initiale
- III. L'interrogatoire
- IV. L'examen exobuccal
- V. L'examen endobuccal
 - V.1 L'examen clinique du maxillaire
 - a) Eléments anatomo-physiologiques à exploiter
 - b) Eléments anatomo-physiologiques à respecter
 - V.2 L'examen clinique de la mandibule
 - a) Eléments anatomo-physiologiques à exploiter
 - b) Eléments anatomo-physiologiques à respecter
 - V.3 Examens des tissus de revêtements
 - V.4 La langue
 - V.5 La salive
 - V.6 Le reflexe nauséeux
 - V.7 L'examen des relations inter-arcades
- VI. Les examens complémentaires
- VII. Conclusion
- VIII. Bibliographie

I. Introduction

L'observation clinique est le premier maillon de la chaîne thérapeutique. Son but est de déceler toutes les altérations susceptibles de gêner ou de nuire au bon déroulement de la thérapeutique envisagée. Cet examen est spécifique pour chaque patient.

Classiquement, l'observation clinique se déroule suivant trois critères bien définis et souvent interdépendants

La psychologie : connaître la personnalité du patient, comprendre et accéder à ses aspirations.

L'anatomie : évaluer les tissus édentés et visualiser leurs éventuelles altérations.

La physiologie : comprendre les capacités neuro-musculo-articulaires du patient.

II. L'approche initiale

Cela constitue le premier contact patient/praticien le but de cette prise de contact est de connaître la personnalité du patient, comprendre et accéder à ses attentes.

A la fin de cette séance un climat de confiance doit être instauré entre le praticien et son patient.

III. L'interrogatoire

Lors de l'entretien nous allons collecter les informations suivantes :

- **L'état civil** : le nom, prénom, adresse, sexe, l'âge du patient.
- **La profession** : certaines professions présentent des exigences particulières phonétiques et/ou esthétiques.
- **Le motif de la consultation** : qui peut être fonctionnel et ou esthétique.
- **L'interrogatoire médical** : bien conduit, Il permet de détecter les pathologies générales (diabète, maladie de Parkinson, arthroses, ostéoporose, troubles endocriniens, atteintes cancéreuses de la sphère ORL, syndrome de Gougerot-Sjögren, allergies à la résine...) qui pourraient avoir des

répercussions sur le diagnostic et le pronostic du traitement et de prendre contact avec le médecin traitant avant même de faire le plan de traitement.

- **L'Histoire de l'édentement et du passé prothétique** : Le patient est invité à préciser :
 - Les circonstances qui l'ont conduit à perdre ses dents (caries ...)
 - Depuis quand?
 - Les différents traitements qui ont été effectués

IV. L'examen exobuccal :

- + **Le visage** : De face, le visage peut être symétrique, asymétrique, de forme carrée, allongée, ovoïde ; le profil peut être convexe, rectiligne, ou concave, la hauteur des 3 étages de la face est aussi évaluée.
- + **L'articulation temporo-mandibulaire (ATM)** : Le praticien palpe les condyles des deux ATM lors des différents mouvements fonctionnels afin de déceler d'éventuels troubles articulaires nécessitant un traitement pré prothétique (douleur, craquement ou crépitement).
- + **Présence ou absence d'adénopathies cervico-faciales.**
- + **La tonicité musculaire** : Les muscles masticateurs (le masséter, le temporal, le ptérygoïdien latéral ...) et les muscle de l'expression (le buccinateur, l'orbiculaire des lèvres...) doivent être palpés afin d'évaluer leur tonicité et de détecter d'éventuels points douloureux.
- + **Ouverture buccale** : Le trajet et l'amplitude de l'ouverture buccale sont contrôlés. Ceci est important pour l'exécution des différentes étapes de réalisation prothétiques.

V. L'examen endobuccal :

Arcade par arcade, le praticien **observe et palpe** minutieusement les tissus et l'univers physiologique qui recevront les prothèses : le tissu osseux, les tissus de revêtement et les organes périphériques.

V.1 L'examen clinique du maxillaire :

a) Les éléments anatomophysiologiques à exploiter :

- **La forme de l'arcade** : elle peut être triangulaire, carrée ou ovoïde, symétrique ou non, selon le degré de résorption.
- **Les crêtes alvéolaires** : Appelées également rebords alvéolaires, Le praticien observe et palpe les crêtes édentées. La crête idéale est large et haute. Selon ATWOOD nous avons 4 classes :

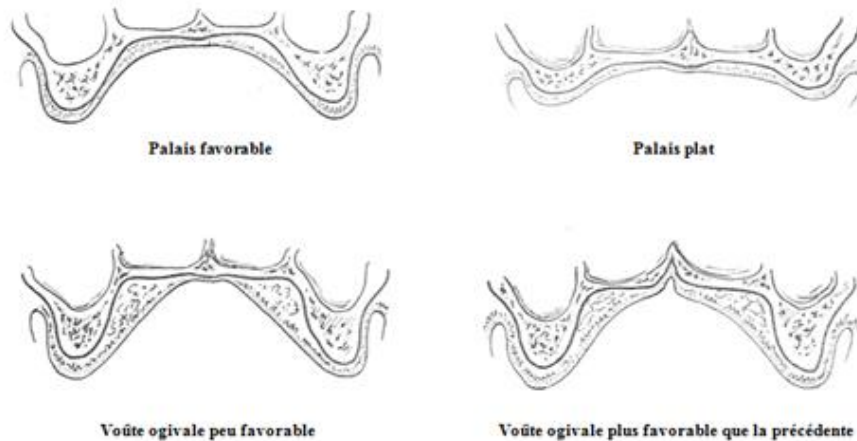
Classe I : Crête peu résorbée, favorable.

Classe II : Crête moyennement résorbée.

Classe III : Crête très résorbée.

Classe IV : Crête négative.

- **Les tubérosités** : elles sont situées à l'extrémité postérieure des crêtes. Ce sont des zones favorables à la prothèse qui doit les englober totalement, Elles doivent être de dépouilles : leurs faces vestibulaires parallèles entre elles pour assurer la rétention et la sustentation de la PAT ; elles doivent être distante de 2mm du plan d'occlusion.
- **Les poches paratubérositaires (zones ampulaires d'Eisenring)** : Situées sur le versant externe des tubérosités, elles Présentent une forme d'ampoule. Elles devront être appréciées anatomiquement et physiologiquement.
- **Les sillons ptérygo-maxillaires** : Ils sont situés à l'arrière des tubérosités. Ils représentent des repères pour la limite postérieure de la prothèse qui devra les atteindre, sans les comprimer.
- **La voûte palatine** : ses caractéristiques sont données par la résorption plus ou moins prononcée des crêtes. La sustentation est fonction de l'étendue et de la forme du palais, 4 formes de voute peut être rencontrées :
 - 1- Palais en forme de U avec une base large.
 - 2- Palais plus court avec une base horizontale plus étroite, mais un relief de crête moins important.
 - 3- Palais plat aux crêtes absentes.
 - 4- Voûte ogivale comportant que des surfaces verticales ou obliques.



- **Les fossettes palatines :** elles sont situées postérieurement avant la limite palais dur palais mou de part et d'autre de la ligne médiane. Elles constituent un repère pour la limite postérieure des prothèses qui doivent les recouvrir.
- **Le voile du palais :** Joue un rôle important dans la rétention des prothèses supérieures : selon LANDA nous avons :
 - Palais mous prolongent presque **horizontalement** les palais durs : favorable.
 - Palais mous qui tombent brusquement à partir du bord postérieur, en rideau (**vertical**) : défavorable à la rétention.
 - Palais mous qui présentent une inclinaison moyenne (**palais oblique**)
- **La papille retro incisive :** Elle recouvre le trou palatin antérieur. Elle doit être saine et non enflammée
- **Le vestibule :** Sa profondeur et la présence d'éventuelles brides ou cicatrices doivent être notées.

b) Les éléments anatomophysiologiques à respecter :

- **La Suture intermaxillaire :** lorsqu'elle est saillante est une zone à décharger car la prothèse peut pivoter autour lors de la fonction.
- **Le torus palatin :** c'est une proéminence osseuse qui se forme soit au dépend de la suture intermaxillaire, soit au dépend de la suture transverse,

entre les os palatins et les os maxillaires. En fonction de leur forme et de leur position LANDA les a classés en 5 types :

Type 1 : Ovalaires ou arrondis, au niveau du 1/3 postérieur

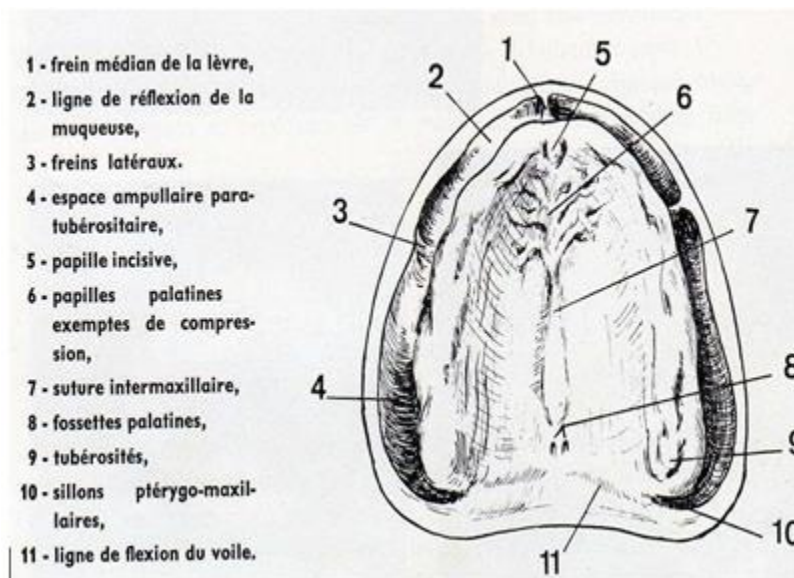
Type 2 : Allongé, peu saillant, au niveau des 2/3 postérieurs

Type 3 : Allongé, peu saillant, au niveau des 2/3 antérieurs

Type 4 : Etroit, au niveau du 1/3 antérieur.

Type 5 : Sur toute la longueur

- **Les zones de Schroeder** : Ce sont des zones cellulo-adipeuses situées dans le 1/3 postérieur du palais de part et d'autre de la suture intermaxillaire, depuis le bord postérieur du palais dur jusqu'au niveau des premières molaires, la technique d'empreinte doit tenir compte de l'importance et de la dépressibilité de ces tissus.
- **Le ligament ptérygo-maxillaire** : Ne tolère aucune interférence avec les prothèses totales supérieures et inférieures.
- **Les freins vestibulaires médians et latéraux** : Leur anatomie doit être respectée, ils doivent être libérés selon leur insertion.



Eléments
anatomophysiologiques au
maxillaire

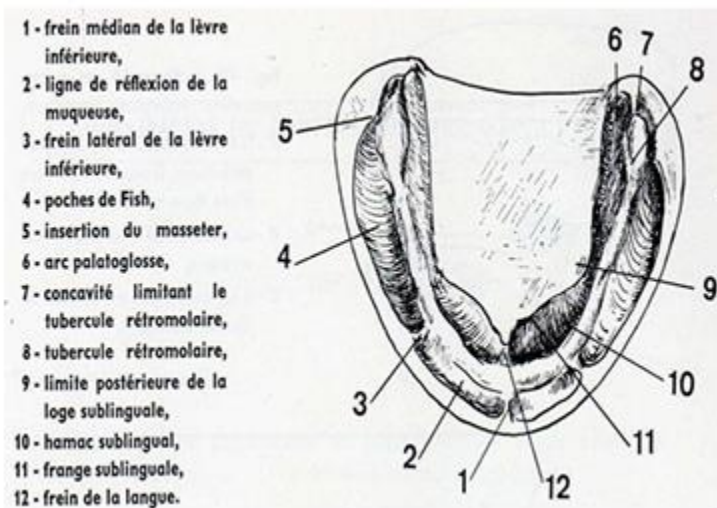
V.2 L'examen clinique à la mandibule :

a) Les Eléments anatomophysiologiques à exploiter

- **La crête alvéolaire** : elles possèdent différentes valeurs selon la résorption osseuse.
 - Cas positifs : crêtes hautes, à parois verticales.
 - Crête moyenne, à versant oblique ou en « lames de couteau ».
 - Crête plate, totalement résorbée, n'offrant aucune stabilisation prothétique.
 - crête négative : la résorption est extrême et le niveau de la crête se situe sous celui des lignes obliques de la mandibule.
- **Les lignes obliques interne et externe** : elles sont repérées par la palpation. La ligne oblique externe insère les fibres du buccinateur. La ligne oblique interne est la zone d'attache des muscles mylo-hyoïdiens. Les bords prothétiques devront les atteindre. Elles sont parfois saillantes, dans ce cas une décharge ou une chirurgie préprothétique est de rigueur.
- **La région sublinguale** : elle est située du côté lingual, entre les prémolaires. C'est une région importante en prothèse complète, car c'est là que sera recherché et apprécié le joint sublingual. Elle est limitée en avant par la face linguale du corps mandibulaire, et en arrière par la frange sublinguale
- **La frange sublinguale** : replis muqueux situé dans la région sublinguale
- **Les zones linguales latérales** : elles correspondent aux insertions des muscles mylo-hyoïdiens.
- **Les niches rétromolaires** : situées en arrière des lignes obliques internes. Ce sont des zones amusculaires, elles sont exploitées au maximum, car elles autorisent une extension distale de la prothèse ou volet lingual.
- **Les tubercules rétro molaires** : appelés aussi « éminences piriformes » localisés dans les régions postérieures de la crête muco- osseuse, ce sont des éléments positifs à recouvrir et à exploiter par la prothèse.
- **Les poches de Fish** : délimitées mésialement par la région du frein vestibulaire latéro-inférieur et distalement par le bord antérieur du masséter, dans cette région l'extension de la prothèse inférieure repose sur le buccinateur et y trouve des conditions favorables.
- **Les apophyses géni** : situées sur la face linguale du corps mandibulaire, repérables à la palpation, elles correspondent à la zone d'attache du muscle génioglosse, en cas de forte résorption elles se situent au-dessus du sommet des crêtes.

b) Les éléments anatomophysiologiques à respecter :

- **Les Freins vestibulaires médians et latéraux** : nous devons libérer leur insertion.
- **Le frein lingual** : il faut pratiquer une échancrure de la prothèse à son niveau, celle-ci ne doit pas être excessive pour sauvegarder l'herméticité du joint périphérique de la prothèse qui est en contact avec les tissus pendant les positions physiologiques de la langue
- **Les Tori mandibulaires** : comme au maxillaire, ce sont des excroissances osseuses qui se développent parfois sur les faces linguales (au niveau des prémolaires). Il faut les rechercher et parfois les décharger ou les éliminer chirurgicalement avant le traitement.
- **Les Masséters** : s'insèrent distalement au niveau des poches de FISH. Les fibres antérieures des masséters sont perpendiculaires au contour périphérique de la prothèse inférieure et leur contraction tend à la soulever.
- **Les trous mentonniers** : il est important de les repérer et de les palper. Ce sont les forams d'émergence du paquet vasculo-nerveux mandibulaire. Plus la résorption osseuse est importante, plus ils se situent proches du sommet de la crête. Il sera indispensable de les soulager sous la prothèse.



**Les éléments
anatomophysiologiques à
la mandibule**

V.3 L'examen des tissus de revêtement :

Les tissus de recouvrement sont examinés pour en déterminer les aspects physiologiques ou pathologiques grâce à leur couleur, leur apparence, leur adhérence et la présence ou l'absence de lésions ou de blessures.

Nous avons différents types de fibromuqueuse :

- Ferme, épaisse et adhérente.
- Fine et fragile.
- Désinsérée et hyperhémique.
- Désinsérée hyperplasique.

V.4 La langue :

C'est certainement l'élément qui joue le rôle le plus important dans la rétention et la stabilité de la prothèse mandibulaire, son volume, sa position, et sa mobilité sont analysés.

V.5 La salive :

Sa quantité, et sa qualité sont évaluées. L'étirement de la salive entre deux doigts permet d'évaluer la teneur en mucines donc la qualité de la salive, Le volume salivaire est plus difficile à réellement évaluer. De façon simple, il est possible de placer un morceau de sucre sous la langue. Normalement en 2-3 minutes il doit avoir fondu.

V.6 Le reflexe nauséux :

Il est provoqué au contact du palais ou du dos de la langue, psychologique, il apparaît avant même sa provocation.

V.7 Examen des relations intermaxillaires

La mandibule est guidée en relation centrée pour évaluer les difficultés que cette recherche implique, difficultés qui peuvent conduire le praticien à choisir une méthode plus adaptée aux conditions cliniques lors de la phase de l'enregistrement des relations intermaxillaires.

VI. Les examens complémentaires :

L'examen radiologique

Une radiographie panoramique complète l'examen clinique en apportant différentes informations concernant : Les surfaces d'appui prothétique en évaluant le degré de résorption, les éléments intra osseux (dents incluses, fragments radiculaires ...), les modifications des rapports entre les crêtes osseuses et des structures anatomiques (foramen mentonnier, sinus maxillaires)

Examen des anciennes prothèses

Permet de se rendre compte des améliorations et progrès à apporter pour aboutir à une utilisation fonctionnelle des futures prothèses. Cet examen se fait en dehors et en dedans de la cavité buccale.

VII. Conclusion

L'appréciation du terrain que ce soit sur le plan anatomique, psychologique ou esthétique est déterminante quant à la réussite du traitement.

Seul un examen minutieux et une analyse préprothétique approfondie permettent d'établir un diagnostic et de dresser un plan de traitement cohérent approprié au sujet aboutissant à une prothèse complète stable fonctionnelle et parfaitement intégrée.

VIII. Bibliographie

1. Olivier Hüe, Marie-Violaine Berteretche _Prothèse complète réalités cliniques solutions thérapeutiques© Quintessence International, 2004
2. LE JOYEUX prothèse complète (tome 1) ; MALOINE 1985.
3. Michel POMPIGNOLI. Prothèse complète Clinique et Laboratoire. Editions Cdp
4. Jean-Paul Louis. Traiter l'édenté total tout simplement ; ESPACE id