

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Faculté de Médecine Dentaire
Service de Prothèse Dentaire CHU BEO
Professeur C. Zeriat

Cours destiné aux étudiants de 3^{ème} année

Insertion en Bouche et Conseils Post-Prothétiques

Dr M. Zibra, Pr N. Boudelaa

Année Universitaire 2024-2025

Le Plan

Introduction

I. Contrôle des prothèses avant l'arrivée du patient

II. Insertion en bouche proprement dite

- 1. Contrôle de la valeur mécanique de chacune des prothèses**
- 2. Contrôle de la relation centrée**
- 3. Contrôle de l'esthétique**
- 4. Contrôle de la phonation**

III. Elimination des causes de doléance immédiates

- 1. D'origine réflexe**
- 2. D'origine mécanique**
- 3. D'origine tactile**

IV. Conseils post-prothétiques

- Conclusion**
- Bibliographie**

Introduction

La mise en bouche des prothèses représente la dernière et l'ultime étape du traitement de l'édentement total, cette phase d'insertion ne doit pas être considérée comme une simple phase de livraison, mais plutôt une vraie séance de traitement.

Le praticien doit effectuer une analyse critique des prothèses avant de les insérer en bouche, lors de l'insertion, faire les différents tests et contrôles afin de minimiser les doléances et favoriser l'intégration des prothèses.

I. Contrôle des prothèses avant l'arrivée du patient :

A la réception des prothèses adressées au cabinet dentaire dans un sachet clos rempli d'eau distillée, pour éviter les éventuelles distorsions, il convient de les examiner avec soin, avant l'arrivée du patient. Le praticien doit :

- Examiner les arcades dentaires avec soin pour déceler tout déplacement ou toutes fracture de dent qu'il est indispensable de rectifier ;
- Corriger les légères erreurs occlusales dues à la polymérisation en replaçant les prothèses sur articulateur ;
- Rechercher les porosités qui sont source de distorsions secondaires et fractures ;
- Vérifier l'intrados, les bords et l'extrados des prothèses en passant la pulpe du doigt pour déceler toutes rugosités, épines irritatives ou angles vifs risquant de donner par la suite des ulcérations en bouche ;
- Contrôler les bords qui doivent être suffisamment épais et arrondis et les zones de décharge adoucis ;
- Libérer les insertions musculaires et ligamentaires ;
- S'assurer que le polissage et le lustrage sont parfaits.

Ces préliminaires respectés, les prothèses sont placées dans une solution contenant un bain de bouche tiède et de gout agréable.

Nous sommes prêts à entamer l'étape suivante dite l'insertion des prothèses en bouche.

II. Insertion en bouche proprement dite :

Les prothèses sont essayées seules, l'une après l'autre, jamais ensemble. Il faut commencer par celle qui a le plus de chance de rassurer et séduire le patient.

En général, la prothèse mandibulaire est insérée en premier, car son faible volume ainsi que l'absence de contact avec la face dorsale de la langue procure immédiatement une impression favorable chez le patient, en plus, elle ne déclenche pas (ou très rarement) le réflexe nauséeux.

Au cours de l'insertion en bouche des prothèses, l'ordre de vérification doit être méthodique et systématique, de même que pour l'essai fonctionnel, à savoir :

- Contrôle de la valeur mécanique de chacune des prothèses,
- Contrôle de la relation centrée,
- Contrôle de l'esthétique,
- Contrôle de la phonation.

Si l'essai fonctionnel a été correctement conduit, ces contrôles vont être rapides et n'entraînent pas beaucoup de rectifications.

II. 1. Contrôle de la valeur mécanique de chacune des prothèses :

La valeur mécanique d'une prothèse dépend de sa bonne adaptation, de sa stabilité en bouche à l'état statique et dynamique, ainsi que de sa rétention.

II.1.1. La prothèse Mandibulaire :

II.1.1.1. Contrôle de la bonne adaptation :

Elle dépend de la qualité de l'empreinte, c'est-à-dire que si l'empreinte a parfaitement moulé la surface d'appui aussi bien au repos qu'au cours des différents mouvements fonctionnels, l'adaptation doit être parfaite. Celle-ci est vérifiée par pression axiale qui ne doit dégager aucun bruit d'échappement d'air.

Cette pression peut aussi mettre en évidence des réactions douloureuses dues à la présence de rugosités ou d'épines irritatives passées inaperçues qu'il est indispensable de corriger par meulage très léger suivi d'un polissage.

II.1.1.2. Contrôle de la stabilité statique :

La prothèse ne doit pas s'élever alors que la langue, les lèvres et les joues sont au repos.

Le libre jeu des insertions musculaires et les freins présents aux limites des prothèses est vérifié.

Certains déplacements peuvent quand même s'observer :

- Un déplacement d'arrière en avant de la prothèse traduit une sur-extension dans la région rétro-molaire qu'il faudra diminuer ;
- Un déplacement d'avant en arrière traduit un bord vestibulaire dans la région antérieure trop long qu'il faudra réduire ;
- Si la prothèse remonte parallèlement à elle-même, cela traduit une sur-extension du bord vestibulaire en regard des prémolaires et molaires à corriger ;
- Si la prothèse remonte au niveau postérieur, ça veut dire que le bord est trop long dans la région mylohyoïdienne.

II.1.1.3. Contrôle de la stabilité dynamique :

A ce stade, chaque test digital de stabilité effectué au moment de l'essai fonctionnel doit être renouvelé avec succès.

Le patient est prié d'effectuer des déplacements de la langue, des joues et des lèvres pour contrôler la stabilité de la prothèse.

- Si un déplacement de la prothèse s'observe lors de l'**ouverture maximale**, cela traduit une sur-extension dans la région du **muscle masséter** ;
- Si un déplacement de la prothèse s'observe lors de la **pro-traction** de la langue cela signifie que le **frein lingual** n'est pas bien libéré ;
- Si un déplacement de la prothèse s'observe lors de la **latéro-traction** de la langue cela signifie que les bords **latéro-lingaux** de la prothèse en regard du muscle mylohyoïdien sont trop long ou bien trop épais.

II.1.1.4. Contrôle de la rétention :

La rétention est appréciable quand le joint sublingual est suffisant.

Elle doit être vérifiée par une tentative de mobilisation de la prothèse après avoir demandé au patient de déglutir, à l'aide d'une précelle interposée dans l'espace inter-dentaire en exerçant une pression de bas en haut et d'avant en arrière, la prothèse doit présenter une bonne résistance et un bruit de succion au décollement.

Remarque : La rétention va s'améliorer au fur et à mesure que les prothèses auront fait leur « lit ».

II.1.2. La prothèse Maxillaire :

II.1.2.1. Contrôle de la bonne adaptation :

L'adaptation est vérifiée en appliquant fermement la prothèse supérieure sur sa surface d'appui, aucun bruit d'échappement d'air au niveau du joint postérieur ne doit être perçu. Cette pression permet également de révéler l'existence de points douloureux qui seront corrigés de la même manière que pour la prothèse inférieure.

II.1.2.2. Contrôle de la stabilité statique :

Si on remarque que la prothèse tend à descendre lentement, cela veut dire que le bord vestibulaire est trop long et qu'il faudra diminuer, ou bien l'un des freins n'est pas suffisamment dégagé.

II.1.2.3. Contrôle de la stabilité dynamique :

On doit renouveler les mêmes tests de stabilités effectués lors de l'essai fonctionnel avec succès.

- L'ouverture maximale permet de contrôler le libre jeu des ligaments ptérygo-mandibulaire ;
- Les mouvements fonctionnels de la lèvre supérieure et les mimiques permettent de vérifier le libre jeu des freins antérieur et latéraux.

II.1.2.4. Contrôle de la rétention :

On saisit la prothèse entre le pouce et l'index au niveau des premières prémolaires, on exerce une traction manuelle verticale de haut en bas, si la prothèse ne se désinsère pas, ça veut dire que la rétention est correcte.

II. 2. Contrôle de la relation centrée :

Les deux prothèses sont insérées en bouche, le patient est invité à fermer tout doucement tout en guidant sa mandibule en relation centrée.

Un contact occlusal idéal, doit être d'emblée général et simultané à droite et à gauche au niveau des prémolaires et molaires supérieures et inférieures.

Il doit s'établir sans compromis, aucun glissement ne doit être perçu, ni des surfaces occlusales entre elles, ni des bases sur leurs surfaces d'appui.

Toute imperfection dans la relation interarcade sera mise en évidence à l'aide d'un papier à articuler et sera corrigée par une équilibration occlusale.

II. 3. Contrôle de l'esthétique :

L'aspect esthétique des prothèses est apprécié lors de l'essai du montage, donc au stade de la livraison nous ne pouvons modifier de façon importante le résultat acquis. On ne peut que faire quelques retouches minimales comme la régularisation des bords libres des incisives ou la pointe canine.

II. 4. Contrôle de la phonation :

Les principaux problèmes phonétiques pouvant survenir au moment de l'insertion sont :

- Les prothèses se coquent au moment de l'émission des dentales (che-je) ou des bilabiales (pe-be), cela est dû soit à une DV sur-évaluée, ou bien une DV correcte mais l'une des prothèses est instable, ou bien une DV sous-évaluée et le patient soulève inconsciemment la prothèse inférieure pour assurer une émission correcte des sons.
- Emission troublée du « S », on a deux situations :
 - **Un sifflement** : cela veut dire qu'un vide trop important existe entre la pointe de la langue et la région rétro-incisive (il faut faire un rajout de résine sur l'extrados de la prothèse pour corriger ça) ;
 - **Un zézaïement** : qui traduit un contact prématuré entre la pointe de la langue et l'extrados de la prothèse supérieure dans la région rétro-incisive (il faut diminuer l'épaisseur de la résine à ce niveau pour corriger la prononciation).

- **Altération du « K »** : il est dû à une extension exagérée de la prothèse dans la région du voile du palais.

III. Elimination des causes de doléances immédiates :

Elles se manifestent au moment de l'insertion, elles peuvent être d'origine réflexe, d'origine mécanique ou d'origine tactile.

III. 1. Doléances d'origine réflexe :

Elles sont constituées essentiellement par les nausées qui peuvent être d'origine psychique ou mécanique.

- **Réflexe d'origine psychique** : Pour y remédier, il suffit d'appliquer un spray anesthésique au niveau du palais ou prescrire du Primperain®.
- **Réflexe d'origine mécanique** : il est souvent dû à une mauvaise localisation du joint postérieur (prothèse trop longue) ou bien une épaisseur excessive dans cette zone, qu'il convient de corriger.

III. 2. Doléances d'origine mécanique :

- Les patients se plaignent souvent du volume des prothèses, le seul remède dans ce cas c'est d'expliquer au patient le triple intérêt du volume, à savoir : l'amélioration de l'esthétique, la restauration de la phonation ainsi que l'optimisation de la mastication.
- Le patient peut rapporter l'instabilité de l'une des prothèses, ça peut être dû à un contact prématuré postérieur ou antérieur qu'il faudrait corriger.

III. 3. Doléances d'origine tactile :

Ces doléances d'origine tactile sont des réactions douloureuses en occlusion centrée, le plus souvent elles sont dues à :

- La présence d'un contact prématuré responsable d'une surcharge occlusale donnant une compression et douleur.

- Des zones de compression telle que : la ligne oblique interne, les bords d'une zone de décharge ou encore des insertions insuffisamment libérées.
- Des morsures jugales dues à l'absence de surplomb, il faut corriger ça soit en diminuant le diamètre vestibulo-lingual des molaires inférieures, ou bien en rajoutant de la résine sur le versant vestibulaire des dents supérieures.

IV. Conseils post-prothétique :

Avant de libérer le patient, il faut lui donner quelques conseils d'usage, c'est comme un mode d'emploi, qui va lui faciliter l'entretien et l'intégration des prothèses.

- Ne pas manger avec les prothèses les premiers jours ;
- Interdiction des aliments durs jusqu'à l'adaptation complète des prothèses ;
- Apprendre à mastiquer lentement, par petites bouchées, au niveau des Prémolaires et Molaires ;
- Déposer les prothèses la nuit : récupération des tissus de soutien ;
- Hygiène +++ : brossage biquotidien des muqueuses et massage des surfaces d'appuis et de langue avec une brosse à dents souple ;
- Nettoyage des prothèses après chaque repas avec une brosse dure ;
- Eviter l'utilisation du chlore pour la désinfection des prothèses, le remplacer par le vinaigre blanc ou bien mieux, un bain de bouche ;
- Réserver les prothèses à sec la nuit (éviter la prolifération des candidoses) ;
- Prothèses ne sont pas incassables ! Le patient doit en prendre soin ;
- RDV de contrôles : accompagner le patient dans la phase d'intégration des prothèses.

Conclusion

La mise en bouche des prothèses c'est le moment très attendu par les patients. Il représente la réalisation de leurs espoirs après toutes ces séances de traitement.

C'est aussi le début d'une nouvelle aventure, en effet, le patient doit faire face à tellement de sensations et d'impressions nouvelles, le praticien doit être rassurant, encourageant et à l'écoute de son patient.

Un patient qui repart souriant signe le début de l'intégration prothétique.

Bibliographie

1. Olivier Hue, Marie Violaine Bertereche : prothèse complète réalité clinique et solutions thérapeutiques. Quintessence International 2003 ;
2. Michel Pompignoli, Jean-Yves Doukhan, Didier Raux, Prothèse Totale : Clinique et Laboratoire Tome 2, Collection Guide Clinique, Edition CdP Paris 2005.
3. Alfred H. Geering et Martin Kundert, Prothèse Adjointe Totale et Composite, Collection Atlas de Médecine Dentaire, Edition Medecines-Sciences Flammarion Paris.