

**Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche  
scientifique**

**Faculté de médecine**

**Département de médecine dentaire**

**C.H.U Bab El Oued**

**Service de prothèse dentaire**

**PR. ZERIATI**

# **Réfection Des Bases Prothétiques**

**Cours de 3ème année 2024-2025**

**DR A. DJAID**

# **Plan**

- I. Définition
- II. Indications
- III. Contre-indications
- IV. préalables
- V. Différents types de rebasage

## A- Rebasage indirect

- 1- La réfection totale de la base prothétique
- 2- La réfection partielle d'une prothèse

## B- Rebasage direct

## Conclusion

## Bibliographie

## **Définition**

« La réadaptation anatomo-fonctionnelle de l'intrados de la base d'une restauration amovible est constituée par l'ensemble des procédés destinés à améliorer les qualités fonctionnelles et mécaniques d'une prothèse existantes » (J.Lejoyeux).

## **Indication**

- Améliorer la valeur mécanique et fonctionnelle d'une prothèse récente.
  - Réadaptation d'une prothèse immédiate.
    - existence d'états pathologiques à caractère évolutif ; le diabète, l'arthritisme, les maladies de Paget, l'ostéomalacie, l'ostéoporose, les troubles endocriniens, les avitaminoses et surtout la sénilité qui se traduit par une prédisposition à la résorption osseuse et à l'involution tissulaire
  - Rendre plus stable et plus confortable une prothèse très ancienne appartenant à un patient très âgé, infirme, jugé inapte à tout nouvel appareillage.
  - Rétablir une dimension verticale correcte de l'étage inférieur (dimension verticale d'occlusion sous évaluée).
  - Rebasage d'une ancienne prothèse : selon les dernières études scientifiques publiées dans le journal international de prosthodontie, la durée de vie d'une prothèse amovible en résine acrylique est de 5ans à 7 ans .
  - Patient ne peut pas se permettre le coût d'une nouvelle prothèse

## **Contre-Indication**

1. Prothèse inesthétique
2. État défavorable des dents postérieures
3. Position des dents prothétiques se trouvant hors crête en dehors du couloir prothétique
4. Dimension verticale sur évaluée
5. Décalage dans la relation inter-arcade
6. Un plan d'occlusion mal orienté

## Préalables

Ils se traduiront successivement par les séquences suivantes :

- analyse des motivations du patient

Une écoute bienveillante et vigilante des motivations à l'origine de la consultation permet d'orienter le diagnostic et mettre en évidence les doléances

- Examen des tissus supports

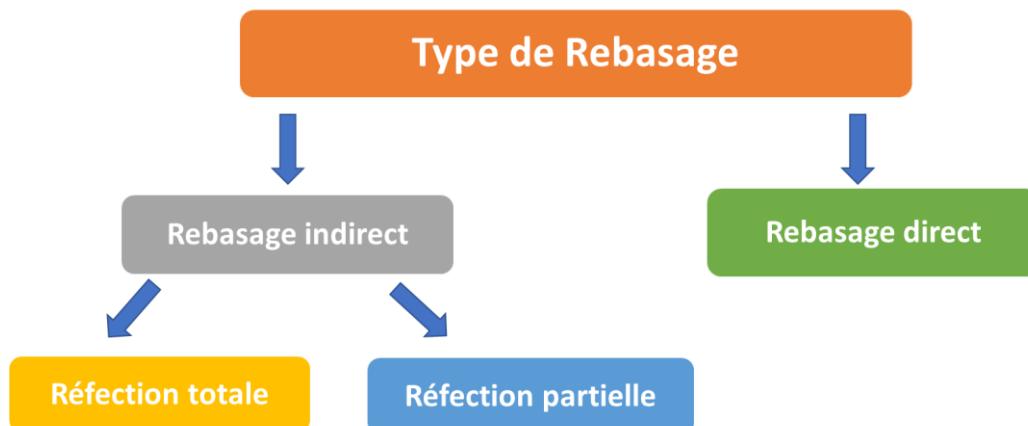
A ce stade de l'examen, sera visuel et digital à la recherche d'une inflammation localisée ou généralisée des muqueuses, blessures, points douloureux

- Examen des prothèses existantes

Il faut examiner :

- Les prothèses en dehors de la bouche : permet d'apprécier la conception des prothèses ; et donc l'état de la résine de la base prothétique (qualité-décoloration-réparations) et l'état des dents prophétiques (usure-fractures) le montage (esthétique - position des dents postérieures)
- Examen des prothèses en bouche ouverte : pour évaluer les Caractéristiques biomécaniques ; stabilité, rétention et sustentation liée à son adaptation sur la surface d'appui et l'esthétique
- Examen en bouche en occlusion : Rapport intermaxillaire , esthétique, l'occlusion (niveau et orientation du plan occlusal – la relation centrée, la dimension verticale d'occlusion )

## Type de rebasage



## **Rebasage indirect**

Nécessite une étape d'empreinte, par la suite le recours au laboratoire et l'obtention d'un nouveau modèle de travail.

Dans ce protocole, il convient de distinguer, deux interventions :

- la réfection totale des bases prothétiques
- la réfection partielle des bases prothétiques.

### **1- la réfection totale des bases prothétiques**

Cette méthode est toujours préférable, car le résultat obtenu est supérieur aux autres types.

**\*Technique :**

- Examen clinique minutieux.
- Aviver la totalité de la surface de l'intrados prothétique, ainsi que le joint périphérique et l'extrados sur environ 2 mm.
- L'empreinte de réadaptation bouche fermée, sous occlusion.
- Coffrage de l'empreinte et coulée.
- La mise en moufle intervient sans aucune transition.
- Après la cristallisation, les deux parties sont séparées.
- Après immersion de la partie du moufle dans l'eau chaude, la prothèse est retirée de son moufle.
- Le matériau d'empreinte est éliminé et la totalité de la base est supprimée. Il ne reste que l'arcade dentaire réduite à une baguette de dents en fer à cheval.
- Les dents sont récupérées et replacées dans la contre- partie dans le logement qu'elles occupaient.
- Bourrage et polymérisation (résine thermo polymérisable).
- Démouflage ,polissage et finition.

### **2- réfection partielle des bases prothétiques :**

-La réfection partielle indirecte implique une empreinte de réadaptation anatomo-fonctionnelle de l'intrados et des bords de la prothèse identique à celle décrite pour la réfection totale, seule l'étape consacrée au laboratoire diffère

-Après coulée et boxing de l'empreinte, le matériau à empreinte est éliminé et l'intrados de la base prothétique est légèrement évidé

-Préparation de la résine en une consistance fluide.

-Étalement de la résine sur la totalité de l'intrados et des bords et la prothèse est appliquée contre son modèle.

-L'ensemble est déposé au fond d'un autocuiseur, la résine est polymérisée dans des conditions optimales, sous pression (2 à 6 bars) et en milieux aqueux à 50°C durant 30 minutes pour assurer la polymérisation et l'union intime entre la nouvelle résine et celle de la base; Finition et polissage.

## Rebasage direct

Le rebasage direct, ou rebasage extemporané, est une technique réalisée intégralement au fauteuil en une seule séance. Elle présente l'avantage de permettre au patient de conserver sa prothèse pendant l'intervention et constitue une solution plus économique.

Toutefois, l'utilisation de résine autopolymérisable directement en bouche expose les tissus à des risques d'irritation chimique et thermique liés à la polymérisation. De plus, le relargage de monomère résiduel peut entraîner une irritation des muqueuses, tandis que les porosités inhérentes à ce type de matériau compromettent sa durabilité à moyen terme."

### \*Technique :

En prothèse amovible complète, le protocole de rebasage extemporané exige :

- Aviver la totalité de la surface de l'intrados prothétique, ainsi que le joint périphérique et l'extrados sur environ 2 mm.
- La résine auto polymérisable est insérée en quantité suffisante dans l'intrados puis insérée en bouche en phase pâteuse.
- Le rebasage se fait sous contrôle occlusal afin de conserver les rapports occlusaux.
- Finition et polissage.

## Bibliographie

Prise en charge des bases prothétiques

A Tous les JJD Chassot

23-325-B-10

**Réfection des bases prothétiques**

**Résumé** — La réfection des bases échoue par indication dans les cas d'inabilité d'une prothèse réversible ou incomplete et dans le plus thérapeutique d'une prothèse transitoire panthorologique ou prosthétique. Des dépressions, des douleurs diffuses, des problèmes masticatoires, rhéumatique ou phénomène peuvent nous conduire à une réfection des bases prothétiques.

**Objectif** — La réfection des bases prothétiques dans des conditions pathologiques chez certains patients peuvent nous amener vers un protocole plus simple et plus rapide qu'une révision prothétique pour faire face à des situations cliniques complexes et imprévisibles. La réfection des bases prothétiques sera entendue respectant deux critères : le caractère prédictif du montage et de l'écclusion, la réalisation d'une nouvelle ossature en résine polymérisée de l'intrados.

**Conclusion** — Il devient clair que les rapports intermaxillaires et l'évaluation de l'écclusion de l'intra-prothèse ne doivent pas présenter d'erreurs.

L'ensemble clinique, le prior en charge de la motivation psychologique du patient, le choix du traitement et l'adéquation entre la motivation du patient et ses restrictions (pas de nouvelle prothèse) sont primordiaux dans l'indication d'une réfection de base.

© 2001 Editions Chassot et Médecine Dentaire SA. Tous droits réservés.

**Mots-clés** : prothèse transitoire, réfection de base, rebasage, révision, polymérisation.

**Guide Clinique**

**La réfection des bases en prothèse complète**

**Richard Lejoyeux**



**Editions CdP**

## Refaire ou réadapter une prothèse

J. CHOUAIB, C. MENSE, O. HUÉ,  
Chirurgiens-dentistes



Quels sont les critères de décision pour la réadaptation d'une ancienne prothèse ?  
Quelles sont les étapes de réalisation ?  
Quels sont les avantages de ce type de traitement ?

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt

Stratégie prothétique mai/juin 2010 • n° 16, n° 3

**E**n 2007, pendant Shakespeare, R. Ettinger écrivait « Treat or not treat : is the question». En effet, lorsqu'un patient se présente avec une demande pour une ancienne prothèse complète, tant pour le praticien que pour le patient une question se pose : doit-on ou non refaire cette restauration ? Pour cela trois paramètres doivent être pris en compte (fig. 1).

**1. Passerelle prophylactique.** La relation praticien-patient est un élément très important dans la réussite du traitement par prothèse amovible complète (1-4). En conséquence, il incombe au praticien de connaître l'historique de la restauration prothétique existante, voire de la raison qui a été éventuellement établie entre le

25