

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

Cours destiné aux étudiants de 3^{ème} année

L'Apport de la Chirurgie Pré- Prothétique au niveau des Tissus Mous et des Tissus Durs

Dr M. Zibra, Pr N. Boudelaa

Année Universitaire 2024-2025

Le Plan

Introduction

Définition

Indications

Contre-indications

Lois de la chirurgie pré-prothétique

Classification des thérapeutiques chirurgicales pré-prothétiques

1. Chirurgies des tissus mous :

1.1. Chirurgies des tissus mous soustractives

1.1.1. Résection des freins

1.1.2. Résection des crêtes flottantes

1.1.3. Résection des tubérosités flottantes

1.1.4. Résection d'hyperplasies prothétiques

1.2. Chirurgies des tissus mous additives

1.2.1. Approfondissement du vestibule

1.2.2. Désinsertion du Mylohyoïdien

2. Chirurgies des tissus durs :

2.1. Chirurgies des tissus durs soustractives

2.1.1. Remodelage des tubérosités

2.1.2. Suppression des tori

2.1.3. Régularisation de crête

2.1.4. Remodelage des apophyses géni

2.1.5. Remodelage d'une ligne oblique interne

2.2. Chirurgies des tissus durs additives

2.2.1. Greffe osseuse

Conclusion

Bibliographie

Introduction

Quand un patient édenté totalement se présente en consultation, il est rare qu'il soit prêt à entamer directement le traitement prothétique.

En effet, l'examen clinique peut nous révéler certaines anomalies tissulaires qui pourraient compromettre la réussite et ou l'intégration de la future prothèse.

C'est pourquoi, un traitement pré-prothétique doit d'abord être instauré, que ça soit par thérapeutiques chirurgicales, ou bien par thérapeutiques non-chirurgicales.

Définition :

La chirurgie pré-prothétique est une chirurgie plastique qui vise à corriger les anomalies innées ou acquises, muqueuses ou osseuses siégeant dans la cavité buccale.

Pour le professeur **KLEIN** : La chirurgie pré-prothétique est définie comme étant les différents moyens qui améliorent et rendent possible l'appareillage de certains cas difficiles de prothèse complète. Il s'agit de l'aménagement des tissus gingivaux, muqueux et osseux, destinés à recevoir une prothèse adjointe.

La modification de l'architecture de l'ensemble des tissus buccaux par chirurgie pré-prothétique se fait dans le but d'améliorer les conditions de réalisation et de pose des futures prothèses, en améliorant leur stabilité, sustentation, rétention et même le rendu esthétique.

Indications :

La chirurgie pré-prothétique est indiquée en présence de certaines anomalies innées ou acquises au niveau des surfaces d'appui, qu'elles soient muqueuses ou osseuses, qui pourrait compromettre la réalisation d'une restauration prothétique, comme :

- Frein mal-inséré,
- Crête flottante,
- Tubérosité trop volumineuse ou flottante,
- Hyperplasie prothétique,
- Torus maxillaire / mandibulaire,
- Crête irrégulière,
- Epines osseuses douloureuses,
- Ligne oblique interne saillante,
- Apophyses géni douloureuses.

Contre-indications :

- **Etat Général du patient** : Lorsqu'on se retrouve face à un patient qui présente une pathologie d'ordre général, comme certaines cardiopathies, les maladies neurologiques, les cancers irradiés de la sphère oro-faciale, les troubles de la coagulation, les maladies du sang,...etc, où chaque intervention pourrait faire courir au patient un risque vital, la décision thérapeutique est discutable avec le médecin traitant.
- **Âge** : Les patients âgés supportent mal les interventions chirurgicales en général, de même que pour la chirurgie pré-prothétique qui est contre-indiquée dans ce cas, car c'est une intervention traumatisante, qui pourrait empêcher ces patients fragiles de s'alimenter correctement. La cicatrisation est plus lente.
- **La motivation** : Un patient non motivé, qui n'est pas convaincu par la nécessité de cette intervention n'est pas un bon candidat à la chirurgie pré-prothétique.

Lois de la chirurgie pré-prothétique :

Lois 1 : La chirurgie pré-prothétique doit être justifiée et économique ;

Lois 2 : Elle doit être complétée par une mise en condition tissulaire ;

Lois 3 : Connaître les maladies générales risquent de compromettre le résultat souhaité (diabète, affection cardio-vasculaire, pathologies de la coagulation, rhumatisme articulaire aigu, affection rénale, allergies,...etc) ;

Lois 4 : Un traitement général sera toujours instauré avant toute intervention ;

Lois 5 : Une prémédication anesthésique sera prescrite ;

Lois 6 : Toutes les irrégularités non-douloureuses seront conservées. Elles constituent un moyen supplémentaire d'améliorer la stabilisation des prothèses complètes, et plus particulièrement de la prothèse inférieure.

Lois 7 : La prothèse transitoire doit être immédiatement insérée en bouche après correction chirurgicale. La zone de l'intrados ou des bords en contact avec la région opérée sera revêtue d'une résine acrylique plastique à prise retardée du type hydrocast. Une réfection partielle ou totale de la base interviendra six semaines environ après une modification de l'infrastructure osseuse.

Lois 8 : Les points de sutures ne devraient jamais être serrés. Cette tension se traduirait à plus ou moins brève échéance par un processus de résorption alvéolaire mal-contrôlé.

Classification des thérapeutiques chirurgicales pré-prothétiques :

Les thérapeutiques chirurgicales pré-prothétiques concernent les tissus muqueux recouvrant la surface d'appui, la zone de réflexion, les tissus osseux sous-jacents à la surface d'appui et les bases osseuses.

Ces interventions sont soustractives ou additives.

1.Chirurgies des tissus mous :

1.1. Chirurgies des tissus mous soustractive :

1.1.1.Résection des freins :

Les freins médians ou latéraux, ainsi que les brides musculaires seront à éliminés lorsque leur insertion se trouvera placé trop près du rebord alvéolaire. Cette insertion s'oppose réellement à la réalisation du joint ou bien provoque des fractures de la base prothétique (zone de fragilité).

Les interventions se feront le plus souvent selon le principe de la plastie en « Z ».

Le frein de la langue sera réséqué lorsqu'il interdira la création d'un joint sublingual suffisant. La technique de Lewis trouve son indication dans ce cas.

1.1.2.Résection des crêtes flottantes :

La crête flottante est une fibro-muqueuse recouvrant la crête alvéolaire et non adhérente à l'os sous-jacent, elle est très dépressible et déformable compromettant ainsi la sustentation de la prothèse.

La résection de crête flottante se fait avec beaucoup de prudence, en évitant de trop supprimer de tissu fibro-muqueux ou muqueux. Aucune tension interne ne doit être créée lors des sutures, car elle provoquerait un processus de résorption mal contrôlé du rebord alvéolaire sous-jacent.

1.1.3.Résection de tubérosités flottantes :

La tubérosité flottante est une hypertrophie tissulaire fibreuse déformable.

Sa résection est indiquée dans le cas où elle est proéminente et elle risquerait d'interdire un montage correct des dents postérieures selon le plan d'occlusion optimal. Elle correspond à un excès de tissu fibro-conjonctif, ce qui permet une plastie en quartier d'orange.

1.1.4. Résection d'hyperplasies prothétiques :

L'hyperplasie prothétique est une prolifération tissulaire caractérisée par l'augmentation du nombre de cellules fibro-épithéliales. Elle apparaît suite au port d'une prothèse adjointe mal adaptée, voir instable avec des limites mal-définies.

Cette hyperplasie peut être simple, ou multiple, communément appelée lésion en feuillet de livre. Les replis peuvent être inflammatoires ou ulcérés.

Cette affection peut régresser suite à l'interruption du port de la prothèse, mais ne disparaît pas spontanément, sa résection donc est indispensable afin de corriger l'architecture de la fibro-muqueuse, d'autant plus qu'elle cède rarement aux traitements par résine à prise retardée (thérapeutique non chirurgicale).

1.2. Chirurgies des tissus mous additives :

1.2.1. Approfondissement du vestibule :

Afin d'améliorer la sustentation, la stabilisation et la rétention des prothèses inférieures, on a pensé à augmenter la hauteur des crêtes par approfondissement vestibulaire. Pour cela, différentes techniques de greffes épithéliales, d'épithérialisation secondaire, de vestibuloplastie sous-muqueuse ont été proposées.

Malheureusement, l'ensemble des techniques employées, n'a pas procuré des résultats bénéfiques à long terme, on a remarqué beaucoup de récidives. C'est pourquoi, ces techniques sont rarement utilisées.

1.2.2. Désinsertion du mylohyoïdien :

La désinsertion du muscle Mylohyoïdien est une technique qui vise l'approfondissement de la région linguale. Elle concerne uniquement les fibres musculaires superficielles. Elle s'effectue selon l'intervention de **Trauner** ou plus simplement selon la technique de **Lewis**.

C'est une intervention très lourde pour le patient. Elle est rarement indiquée.

2.Chirurgies des tissus durs :

2.1. Chirurgies des tissus durs soustractive :

2.1.1. Remodelage des tubérosités :

Cette technique n'est indiquée que si :

- Les tubérosités s'opposent à l'insertion de la prothèse (contre dépouilles) ;
- Elles risqueraient d'interdire un montage correct des dents postérieures (trop volumineuses, elles touchent le plan d'occlusion ou le dépassent) ;
- Elles s'opposent à l'obtention d'un joint périphérique efficace.

Dans tous les autres cas, les tubérosités, même de contre-dépouille, seront conservées jalousement (on supprime la contre-dépouille de l'une d'entre elles seulement).

2.1.2. Suppression des Tori :

Le Torus est une exostose osseuse que l'on peut observer sur la voûte palatine ou bien sur la face interne des branches horizontales à la mandibule.

Le Torus sera éliminé lorsque son exubérance ou son importance sera jugée incompatible avec la stabilité de la future prothèse ou l'établissement d'un joint périphérique correct.

2.1.3. Régularisation de crête :

L'élimination des exostoses ou épines osseuses doit être pratiquée avec beaucoup de précautions en raison des phénomènes de résorption secondaires à la chirurgie osseuse.

Elle n'est indiquée que si le patient manifeste des douleurs en rapport avec ces irrégularités. Son but est d'obtenir une surface régulière, plus favorable à la réhabilitation prothétique.

2.1.4. Remodelage des apophyses géni :

Le remodelage des apophyses géni est indiqué :

- lorsqu'elles sont douloureuses à la pression,
- lorsqu'elles sont situées à un niveau supérieur à celui du rebord alvéolaire.

Elle peut être conduite selon l'intervention décrite par **Lewis**, le remodelage osseux est pratiqué avec prudence sans la désinsertion du génioglosse.

2.1.5. Remodelage d'une ligne oblique interne :

Le remodelage de la ligne oblique interne est indiqué :

- lorsqu'elle est projetée horizontalement,
- lorsqu'elle est douloureuse à la moindre pression.

Elle peut être conduite selon l'intervention décrite par **Lewis**, l'adoucissement de ce saillant osseux est aisément réalisé.

2.2. Chirurgies des tissus durs additives :

2.2.1. Greffe osseuse :

Pendant de nombreuses années, les praticiens ont tenté de restaurer, d'augmenter la hauteur des crêtes en plaçant des greffons osseux d'origine iliaque, crânien, costale,...etc ou bien des substituts osseux. Cependant, à long terme, les résultats ne sont pas satisfaisants.

C'est pourquoi ces techniques sont actuellement abandonnées (dans le cas d'un traitement par prothèse adjointe). Mais, elles restent toujours d'actualité dans le cadre de la préparation à une thérapeutique implantaire.

Conclusion

La chirurgie pré-prothétique, quand elle est réellement indiquée rend bien service au praticien afin de préparer un terrain favorable à la réussite de la restauration prothétique.

Néanmoins, ça reste une thérapeutique assez traumatisante pour le patient.

Une bonne réflexion de la part du praticien s'impose afin de trancher entre la nécessité du traitement chirurgical ou le traitement pré-prothétique non chirurgical.

Bibliographie

1. Y. Hasnaoui, La chirurgie pré-prothétique chez l'édenté total, Thèse, Université de Lorraine 2017;
2. J. Lejoyeux, Prothèse complète, Tome 1, Troisième édition, Librairie Maloine S. A. édition, Paris 1979.
3. Olivier Hue , Marie Violaine Bertereche : prothèse complète réalité clinique et solutions thérapeutiques. Quintessence International 2003;
4. Dr Hauteville, La chirurgie pré-prothétique chez l'édenté total, Conseil dentaire.
5. M. Fremont et al, Chirurgie pré-prothétique, EMC Médecine buccale 2020, 13(5); 1-15(28-642-T-10).