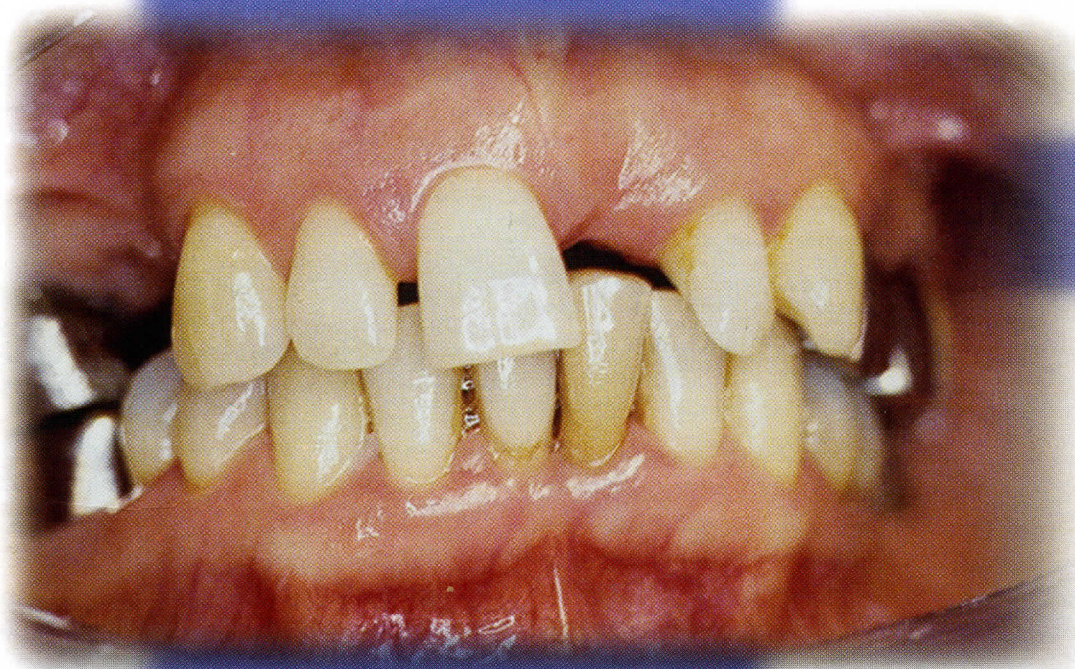


Réhabilitation prothétique complexe en omnipratique

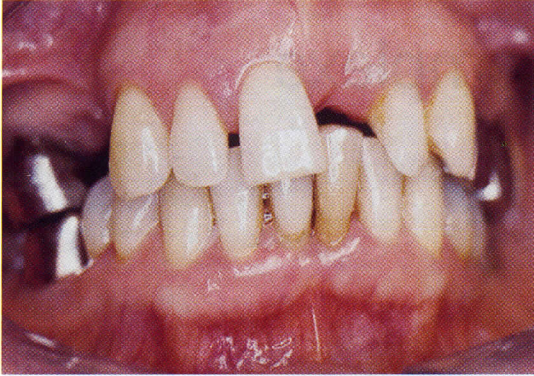


Gabriel Dufay
chirurgien-dentiste
59, boulevard du Mail
89100 Sens

Un cas prothétique complexe peut être défini par la nécessité d'un abord pluridisciplinaire.

À la fin des examens, le praticien fait la synthèse des diagnostics et définit clairement avec le patient des objectifs qui guident les séquences thérapeutiques de l'omnipraticien.

La présentation d'un cas clinique permet de suivre l'enchaînement des actes cliniques.



		Charting												mob. furc. recessions	
V		[Grid with Roman numerals III+, I, II+, I, IV, III, IV, IV, II, III]												V	
P		[Grid with numbers 4, 6, 7, 6, 5, 3, 2, 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 4]												P	
L		[Grid with numbers 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8]												L	
V		[Grid with Roman numerals I, I+, III, I, I, II, III, III+, II, I, I+, II]												V	

2

Motif de la consultation (fig. 1)

Mme R., 50 ans, vient consulter en septembre 96. Elle se plaint d'abcès dentaires, qu'elle attribue à des "kystes". L'état général est bon. La patiente ne fume pas. De précédentes extractions montrent que l'hémostase est a priori normale.

Examen clinique

Des dents sont absentes. Les édentements sont compensés au maxillaire par une prothèse adjointe décollétée. Une béance 12-13, une supracclusion et une pulsion linguale sont notées. 16, 24, 25, 31 sont hypermobiles. 13 en palatin et 24

présentent des abcès parodontaux. Le sondage est douloureux. Il sous-évalue la profondeur des poches. De nombreux sites sont à plus de 5mm (fig. 2 charting). 24, très infectée, n'est pas sondée.

Examen radiographique (fig. 3)

La perte d'os alvéolaire est d'environ 1/3 à 2/3 suivant les secteurs. 24 est perdue. 16, 25, 26 présentent des lésions endodontiques. 16 est très mobile (III+). Il n'y a pas d'étanchéité coronaire et l'obturation endodontique n'est pas conforme. Son alvéolyse a peut-être des origines endodontique et parodontale. L'examen attentif montre un bris d'instrument dans la racine mésio-vestibulaire.

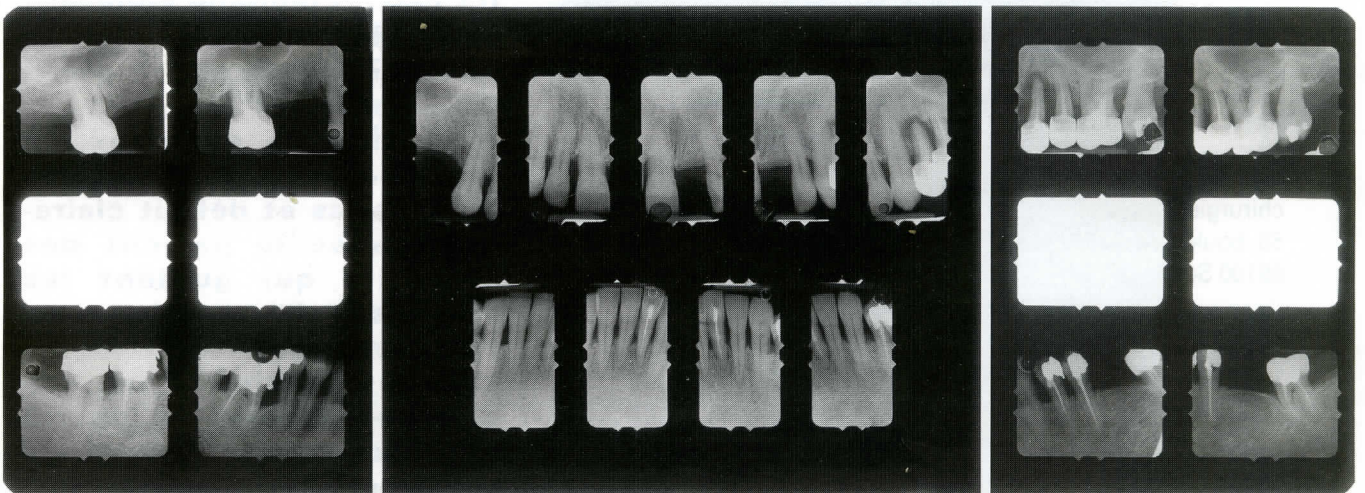
Diagnostic

Mme R. est une patiente en bonne santé. Sa denture diminuée est affectée par une

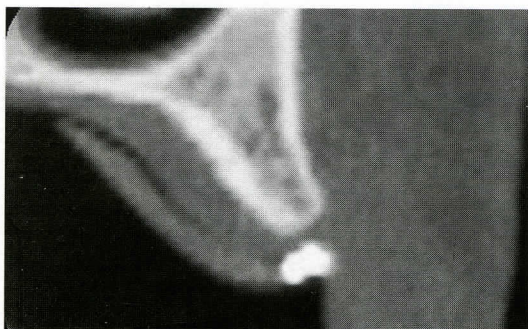
Fig. 1 - Etat initial

Fig. 2 - Charting

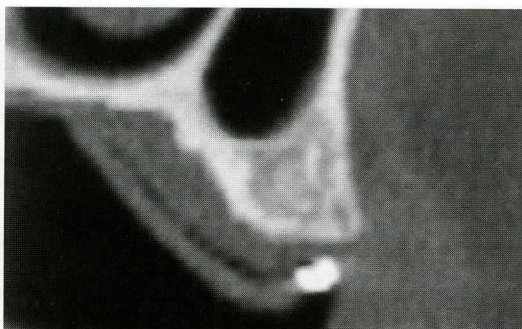
Fig. 3 - Bilan radiographique rétro-alvéolaire



3



4



5

maladie parodontale active qui est compliquée de lésions endodontiques et de surcharges occlusales.

Objectifs du traitement

- la suppression des foyers infectieux
 - la stabilisation de la maladie parodontale
 - l'établissement de relations occlusales stables et équilibrées
 - le rétablissement de l'esthétique
 - la suppression de la prothèse adjointe.
- Ce sont les objectifs qui sont discutés avec la patiente.

Ce cas peut être qualifié de complexe au regard du diagnostic et des objectifs de traitement.

Plan de traitement

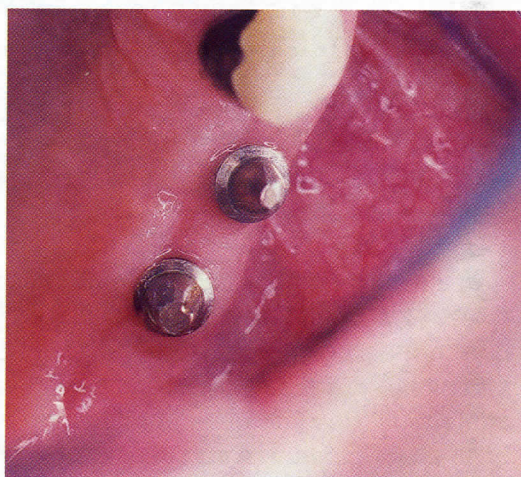
- Extraction de 24. Remplacement de la dent sur la prothèse.
 - Enseignement d'hygiène : on insiste sur l'hygiène interdentaire
 - Contention des dents les plus mobiles.
- La perte de 31 compliquerait un traitement déjà difficile.

Une attelle en U modifiée (Genon et Abjean, 1983) permet de régler en peu de temps l'hypermobilité.

- Débridement chirurgical de tous les sites profonds

Pour 13 il y aura deux temps chirurgicaux.

Un lambeau esthétique d'accès (Genon et Bender, 1986) visera à la réparation parodontale de la lésion palatine. Quatre mois plus tard un lambeau positionné apicalement associé à une ostéectomie



6

permettra de préparer à la prothèse scellée.

- Réalisation des prothèses fixées mandibulaires bridge 37 à 34, couronnes solidarisées 47, 46, 45.
- Endodonties de 25 et 26 et 16

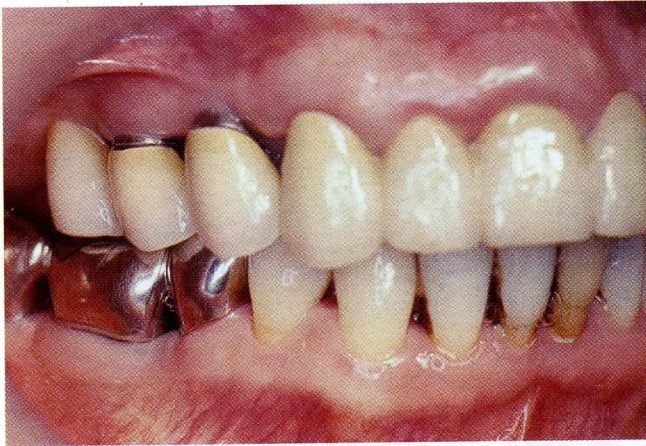
Dans l'objectif d'une prothèse fixée 16 est un pilier stratégique. Le retraitement endodontique échouera, la dent sera extraite. Une décision d'implants en 14 et 15 sera prise après examens clinique et tomodynamométrique (fig. 4 et 5).

- Réévaluation de la cicatrisation endodontique et parodontale
- Chirurgies préprothétiques maxillaires (13 à 11, 22 à 23)

Du type lambeau positionné apicalement

Fig. 4 et 5 - Examen tomodynamométrique

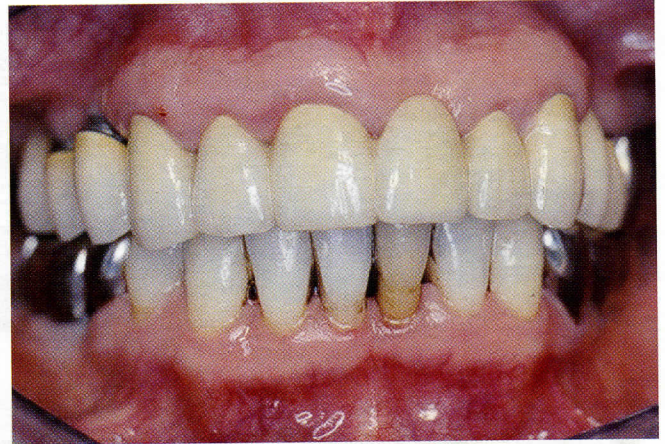
Fig. 6 - Piliers pré-molaires retouchés



7

Fig. 7 - Vue du bridge cantilever sur implants 14-15

Fig. 8 - Vue clinique à 6 mois du bridge 13-27 (Laboratoire Richard Jaudin)



8

(Genon, 1986) elles permettent d'améliorer l'esthétique mais aussi de réaliser des embrasures adéquates pour le nettoyage.

- Prothèse fixée 13 à 27

À deux mois postopératoires la prothèse fixée 13 à 27 est commencée. Il s'agit d'un bridge monobloc. Il offre, du fait de sa solidité et de sa rigidité, la meilleure contention. Pose de deux implants en 14 et 15 en méthode non enfouie.

- Réalisation à 6 mois d'un bridge 14-15-extension 16 (fig. 5). 16 sera en nette sous occlusion sa morphologie sera "prémolarisée" et le bridge ne travaillera pas en latéralité.

Une attention particulière est portée aux embrasures. Elles conditionnent l'entretien et facilitent l'action de la chasse salivaire. Elles se réduiront de distal en mésial. Postérieurement, elles sont larges et permettent le passage de goupillons. Antérieurement, elles sont fines pour éviter l'effet de "trou noir" et sont nettoyables au fil dentaire renforcé ou aux bâtonnets interdentaires.

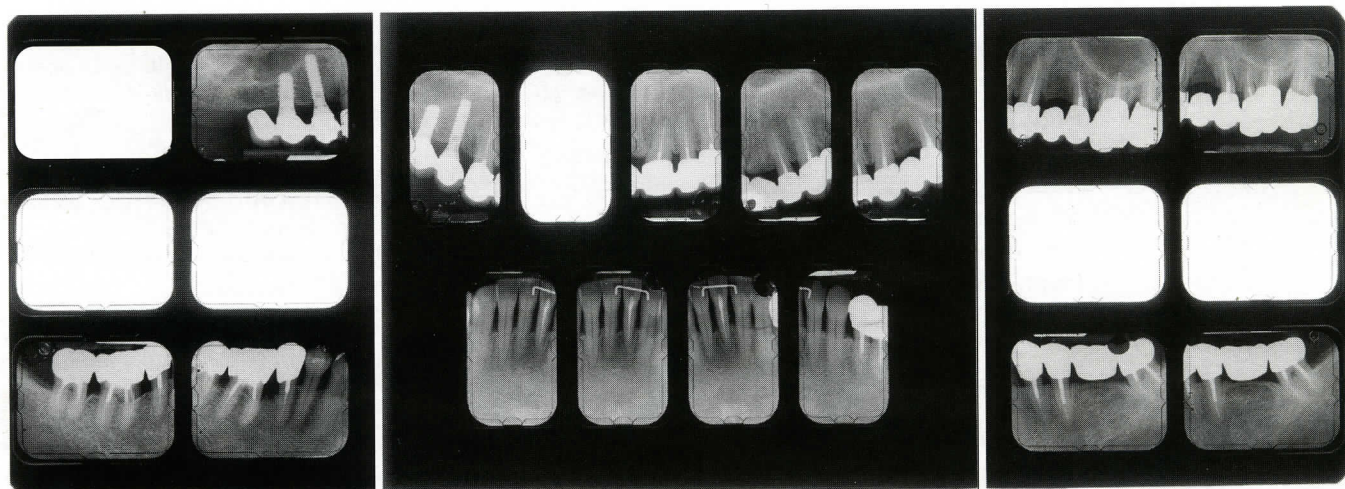
Deux années après la première consultation le traitement est terminé. Une maintenance est instaurée : visite périodique pour le nettoyage professionnel et la surveillance.

Discussion

Chaque phase de ce traitement peut être discutée :

- par exemple on peut objecter qu'un tel traitement est uniquement du domaine de l'implantologie. Les édentements auraient pu être compensés par des prothèses sur implants en 14, 15, 21, 24. Cependant elles ne résoudraient pas les problèmes occlusaux (béance 13,12, hypermobilités dentaires) et esthétiques (forte supraocclusion et déviation mésiale de 11) sans éviter la prothèse fixée de 25 à 27. La contention fixée paraît utile à la stabilité et à la gestion à long terme du traitement. Le problème est la réintervention en cas d'échec endodontique ou parodontal. Différents cas peuvent se présenter :

- le pilier défectueux est distal. Il est sectionné et séparé du bridge. On acceptera de ne pas remplacer les pertes molaires distales ce qui est cliniquement acceptable ;
- le pilier est intermédiaire. Là où les racines en cause sont sectionnées et extraites sous le bridge. Après cicatrisation l'espace créé correspond à un intermédiaire de bridge supragingival. Dans la région antérieure la perte tissulaire peut être compensée par un apport tissulaire à



9

l'aide d'une greffe conjonctive enfouie. La plupart du temps il est possible de conserver, grâce à la prothèse fixée monobloc, les acquis de contention et de fonctionnalité ;

- les retraitements endodontiques sont délibérément différés ce qui peut être contesté au regard d'une possible étiologie endoparodontale. Cependant le démontage systématique de dents malgré tout fonctionnelles peut précariser dangereusement une situation instable ;
- la prothèse fixe provisoire est utilisée tardivement. Réalisée avant les chirurgies elle permet en théorie d'objectiver au mieux les nécessités prothétiques et les impératifs occlusaux. Cependant les risques de fracture, de descellement et d'infiltration carieuse des piliers ne sont pas négligeables. Pour différer le plus longtemps possible la prothèse provisoire il faut que le praticien ait une bonne connaissance des impératifs prothétiques (formes des préparations, hauteurs des embrasures nécessaires à l'hygiène) lors des chirurgies ;
- Le traitement implantaire peut paraître risqué. Les implants sont courts (8 mm pour 15) ou de faible diamètre (3,3 mm pour 14), deux implants supportant une extension distale n'est pas la situation bio-

mécanique recommandée. Il faut alors examiner l'alternative qu'est la prothèse adjointe partielle. Outre son principal défaut, l'amovibilité, elle oblige pour être esthétique et pour être stable à des complications dans la conception de la prothèse fixée. Elle est une source de surcharge occlusale pour les dents restantes ;

- certains écueils ne peuvent être évités : la patiente a dû supporter de rester édentée du côté droit pendant 6 mois. C'est une discussion préliminaire qui permet de surmonter cette difficulté prévue. Il en est de même pour les colliers métalliques visibles au niveau du col des implants (fig. 7).

Pronostic

Il est lié pour la denture naturelle à la stabilisation de la parodontite. L'amélioration des facteurs étiologiques (surcharge occlusale, débridement des poches, guérison des lésions endodontiques) semble évidente et le contrôle de plaque est satisfaisant. Il ne dispense pas d'une maintenance vigilante. En cas de récurrence localisée, le bridge monobloc facilite la gestion de l'échec. L'étude de Nyman et coll. (1982) montre que les bridges réalisés sur des dents à parodontite réduit et

Fig. 9 - Bilan radiographique rétro-alvéolaire de contrôle à 6 mois

assaini ont un taux de succès élevé à 8-11 ans. Au terme de cette étude le capital osseux est quasiment inchangé. Pour les prothèses sur implants l'étude de Buser et coll. (1997) nous montre que le taux de succès est de 97% à 5 ans, il n'y a pas de différence significative entre les implants de 8,10 ou 12 mm. Les implants de 3,3 mm n'étaient pas étudiés.

Conclusion

Les examens clinique et radiographique 6 mois après la pose du bridge implantaire montrent (fig. 8 et 9) que la parodontite est stabilisée. La denture est renforcée. La patiente est ravie de ne plus porter d'appareil. La phase de maintenance commence : un contrôle clinique est prévu tous les 6 mois, une réévaluation radiographique tous les 2 à 3 ans. ■

L'ESSENTIEL À RETENIR

Le traitement d'un cas complexe nécessite de définir au départ les objectifs à atteindre. Chaque discipline et chaque technique sont utilisées en fonction des objectifs. Chaque étape de traitement est conduite de façon à engager progressivement le praticien et le patient. Les prothèses provisoires sont utilisées le plus tard et le moins longtemps possible.

BIBLIOGRAPHIE

- Abjean J. et Genon P. - L'attelle en U. Contention intracoronaire. *Journal de Parodontologie*, 2 : 305-320 1983.
- Buser D., Mericske-Stern R., Bernard JP., Behneke N., Hirt HP., Belser UC. et Lang LP. - Long-term evaluation of non-submerged ITI implants. *Clinical Oral Implantology Research*, 8 : 161-172. 1997.
- Genon P. - La chirurgie parodontale en préparation à la prothèse scellée. *Actualités Odonto-stomatologiques*, 153 : 69-61 1986.
- Genon P et Bender JC. - Lambeau esthétique d'accès. L.E.A.. Indications et résultats. *Journal de Parodontologie*, 5 : 113-123 1986.
- Nyman S. et Ericsson I. - The capacity of reduced periodontal tissues to support fixed bridge work. *Journal of Clinical Periodontology* 9 : 409-414 1982.

Article soumis le 28 février 2000
Accepté pour publication le 25 août 2000