

# PROGRAMME

## PROTHESE COMPLETE : APPROCHE CLINIQUE DES EMPREINTES EN PROTHESE TOTALE

### CONCEPTEUR

THIERRY SUPPLIE

Prothésiste-Epithésiste

Assistant dans le service du Pr LEJOYEUX PARIS VII

Prothésiste de l'Hôpital Albert-CHENEVIER PARIS V

Correcteur des BTM PARIS

Ancient partenaire de Hugues BORY

Conférencier

### PUBLIC VISE

Chirurgiens-dentistes, stomatologues

### DUREE DE LA FORMATION

8 heures

### RESUME

La demande en prothèses complètes sera de plus en plus importante dans les années à venir du fait de l'augmentation de la population de plus de 60 ans qui va passer de 1/5 à 1/3 d'ici 2050 (sources de l'INSEE)

Le numérique n'est pas en mesure de réaliser ces travaux et ne le sera pas dans un avenir proche du fait que tout repose sur de la dynamique musculosquelettique.

Le rassemblement de différentes méthodes et protocoles permet une meilleure réalisation prothétique. La connaissance de la prothèse complète (qui est une des bases de la profession) est nécessaire pour la réalisation de travaux qui utilisent les outils que propose le numérique, tels que les prothèses implantoportées qui ne peuvent être réalisées sans une connaissance approfondie en prothèse totale.

Dans les traitements prothétiques, les protocoles diffèrent selon les interventions ou selon les opérateurs ce qui peut aboutir à des échecs successifs.

L'actualisation des connaissances permet aux chirurgiens-dentistes, stomatologues d'adapter leur prise en charge par le choix des actes et des techniques fiables avec de bons résultats.

La base des empreintes conditionne la réussite du travail final, cela reste une partie trop délaissée et qui fait perdre un temps précieux en donnant des résultats trop peu satisfaisants pour le praticien et le patient souvent dirigé vers l'utilisation de colles qui peuvent être maîtrisées voir évitées.

### OBJECTIF GENERAL

- Connaissance globale anatomo-physiologique des éléments constituant la cavité buccale
- Éléments osseux, muqueux, ligamentaires et musculaires contribuant à jouer un rôle important dans la sustentation, la stabilisation ou la rétention de la future prothèse.
- Traitement des empreintes.

### PRE REQUIS

Aucun

### **OBJECTIFS OPERATIONNELS (COMPETENCES VISEES)**

Pouvoir analyser les repères anatomiques buccaux afin d'éviter les secteurs, les attaches musculaires ou les insertions défavorables à une réalisation correcte.

Savoir utiliser les indices musculaires favorables à la stabilisation ou à la rétention des prothèses.

Encore faut-il pouvoir les évaluer !

Identifier les anomalies fonctionnelles

Le bilan simplifié se propose d'avoir une vision globale des anomalies fonctionnelles en reliant les différentes perturbations physiologiques, il présente aussi l'intérêt de constater rapidement l'efficacité objective et subjective du traitement.

Dans cette démarche, la participation du patient est effective, elle lui permet d'objectiver et de comprendre ce qu'il ressent, de formaliser ce qu'il souhaite pour adhérer à son traitement personnalisé en restant dans les limites techniques possibles.

Les objectifs de cette formation sont :

- Eléments anatomiques en lien dans la réalisation de prothèses complètes
- Traitements des repères défavorables
- Identification des repères favorables
- Les empreintes et leur importance, les protocoles de réalisation

### **METHODES PEDAGOGIQUES**

- Exposé didactique
- Vidéos live cas clinique
- Auto évaluation
- Quizz
- QCM

### **FORMAT DE L'ACTION**

Cet enseignement permet aux professionnels de santé de se former sur un secteur de plus en plus délaissé et malgré tout nécessaire dans l'avenir

Cette formation est facile d'utilisation pour différentes raisons :

- Les apprentissages sont facilités par des contenus écrits et vidéos, des illustrations animées avec des supports interactifs, attractifs et de qualité
- Une réelle souplesse est offerte à l'apprenant avec la possibilité de revenir sur un chapitre au gré de ses besoins
- L'évaluation des acquis se fait via des quizz.

### **MÉTHODE D'ÉVALUATION DE L'ACTION**

L'évaluation des connaissances et des pratiques se fera avant le début de l'action puis par QCM, et cas clinique et pratique. En fin de formation, une évaluation par QCM est réalisée ; elle permet de mesurer l'impact de la formation sur les connaissances théoriques et pratiques des apprenants. La dernière étape est un questionnaire de satisfaction sur l'ensemble de la formation.

## DEROULE PEDAGOGIQUE

### Evaluation pré-formation

Durée : 10 min

Evaluation sous forme de QCM

### *Module 1 : Connaître les éléments anatomo-physiologiques*

Durée : 1h30mn

#### **Objectifs pédagogiques :**

- Mise au point et actualisation des connaissances de l'anatomie
- Connaître les muscles et leurs positions.
- Connaître les éléments musculaires favorables
- L'analyse endo-buccale.
- Découvrir les données du contrôle musculaire et la proprioception

### *Module 2 : Comprendre et réaliser les empreintes primaires*

Durée :2h

#### **Objectifs pédagogiques :**

- Le importance de l'empreinte primaire
- Choix de la technique d'empreintes
- Matériaux utilisés pour les empreintes primaires
- Réalisation le bilan ligamentaire et tissulaire

### Evaluation

Durée : 10 min

Evaluation sous forme de QCM

### *Module 3 : Comprendre et réaliser les empreintes supérieures*

Durée :2h

#### **Objectifs pédagogiques :**

- Matériaux utilisés pour les empreintes secondaires
- Empreinte supérieure dynamique
  - Réglage dynamique maxillaire
  - Le joint périphérique
  - Le joint postérieur dynamique

### *Module 3 : Comprendre et réaliser les empreintes supérieures*

Durée :2h30mn

#### **Objectifs pédagogiques :**

- Matériaux utilisés pour les empreintes secondaires
- Empreinte inférieure dynamique
  - Réglage dynamique mandibulaire, rôle de la langue
  - Le joint périphérique vestibulaire
  - L'enregistrement buccinato-dynamique
  - Le joint sublingual dynamique

### Evaluation post-formation

Durée : 15 min

Evaluation sous forme de QCM

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Devin R. La conception artistique du montage des dents antérieures. Rev Fr Odonto Stomatol. 1963;10:1-20.
2. Lejoyeux J. Prothèse complète. Tome 2. Diagnostic. Traitement (1<sup>re</sup> partie), 4e Ed. Paris, Maloine, 1986.
3. Bory H, Gobert B. Étude cinématique de 2 articulateurs anatomo-fonctionnels. Prothèse Dent 1993.
4. Frush JP, Fisher RD. Introduction to the dentogenic restorations. J Prosthet Dent. 1955; 5: 586-595.
5. Williams JL. The temperamental selection of artificial teeth, a fallacy. Dent Digest. 1914; 20(2): 63-75, (3):125-134, (5): 233-259.
6. Wavrin JA. A simple method of classifying face forms. Dent Digest. 1920;26 (6): 331-335, (7) : 414-419.
7. Sears VH. Selection of artificial teeth for artificial dentures. J Am Dent Assoc. 1941;28: 928-935.
8. Benbelaïd R, Postaire M. Indices faciaux et choix de la dimension des dents antérieures en prothèse adjointe complète. Cah Prothèse 1995; 89: 45-54.
9. Berry FH. Is the theory of temperaments the foundation of the study of prosthetic art Dent Mag. 1905: 405.
10. Kern BE. Anthropometric parameters of tooth selection. J Prosthet Dent. 1967; 17: 431-437.
11. Cesario V, Latta GH, Relationship between the mesiodistal width of the maxillary central incisor and interpupillary distance. J Prosthet Dent. 1984; 52: 641-3.
12. Gomez VL, Gonçalves LC, Costa MM, Lucas B. Interalar distance to estimate the combined width of the six maxillary anterior teeth in oral rehabilitation treatment. J Esthet Restor Dent. 2009; 21: 26-36.
13. Berteretche MV. Edentement complet et prothèse adjointe complète. In: Esthétique en odontologie. Editions CdP, Collection JPIO, Malakoff, 2014: 195-212.
14. Scandrett FR, Kerber PE, Umrigar ZR. A clinical evaluation of techniques to determine the combined width of the maxillary anterior teeth and the maxillary central incisor. J Prosthet Dent. 1982; 48:15-22.
15. Magne P, Gallucci GO, Belser UC. Anatomic crown width/length ratios of unworn and worn maxillary teeth in white subjects. J Prosthet Dent. 2003; 89: 453-461.
16. Ivy RS. Dental and facial types. In: American system of dentistry, Vol2. Litch, WF (Ed). Philadelphia, Lea Brothers, 1887.
17. Frush JP, Fisher RD. How dentogenic restorations interpret the sex factor. J Prosthet Dent. 1956; 6:160-172.
18. Frush JP, Fisher RD. How dentogenics interprets the personality factor. J Prosthet Dent. 1956; 6:441-449.
19. Frush JP, Fisher RD. The age factor in dentogenics. J Prosthet Dent. 1957; 7: 5-13.
20. Frush JP, Fisher RD. The dynesthetic interpretation of dentogenic concept. J Prosthet Dent. 1958; 8: 558-581.
21. Devin R. La dentogénique d'après Frush et Fischer. Une conception actuelle de l'esthétique dentaire. Actual Odonto-Stomatol. 1961;53: 7-61.
22. Ducret M, Ulm A, Venet L, Millet C. Etude du dimorphisme sexuel à partir de l'observation de photographies dento-labiales. Cah Prothèse. 2015; 172: 57-64.
23. Schwartz GT, Dean MC. Sexual dimorphism in modern human permanent teeth. Am J Phys Anthropol. 2005; 128: 312-317.
24. Hasanreisoglu U, Berksun S, Aras K, Arslan I. An analysis of maxillary anterior teeth: facial and dental proportions. J Prosthet Dent. 2005; 94: 530-538.
25. Sterrett JD, Oliver T, Robinson F, Fortson W, Knaak B, Russell CM. Width/length ratios of normal clinical crowns of the maxillary anterior dentition in man. J Clin Periodontol. 1999; 26:153-157.
26. Wolfart S, Menzel H, Kern M. Inability to relate tooth forms to face shape and gender. Eur J Oral Sci. 2004; 112: 471-476.
27. Louis JP, Dabadie M, Bichet Ph. Esthétique en prothèse complète: des dents prothétiques aux dents "naturelles". Cah Prothèse. 1987; 60: 83-114.
28. Augthum M, Bienick K, Spiekermann H. Le plan de traitement des res-taurations prothétiques implanto-portées chez l'édenté total. Cah Prothèse 1992;78:57-62.
29. Bert M. Les implants dentaires. Bases fonda-mentales, techniques chirurgicales, applications cliniques. Paris: ÉditionsCdP, 1987.
30. Bosshart M. Le test de résilience Gerber. DentalSpectrum 1996;1(2):193-196.
31. Gerber A. Beiträge zur totalen Prothe-tik (I). Form, Funktion und Strukturprophylaxe. Farbbildatlas. QZ1973;584:1763-1775.
32. Gerber A. La occlusion y clanticulado naturaly protetico. Zürich: Condylator Service, 1960, 1972.
33. Gerber A. Bei-träge zur totalen Prothetik (II). Kaustabile Prothesen Für zahnlose Ober-kiefer-Farbbildatlas. QZ 1973;578:1774-1785.
34. Gerber A. Beiträge zurtotalen Prothetik (iv). Das Partnerverhalten inder Kaufunktion totalerProthesen Farbbildatlas. QZ 1973;593:1798-1809.
35. Gerber A. Beiträ-ge zur totalen Prothetik (v). Funktions dynamik bestimmt die. Aufstell-technik. Farbbildatlas. QZ 1973;556:1810-1821.
36. Gerber A. Técnica de registro en protesis. Diagnostico y rerapia de la occlusion. Zurich: Condylator service, 1981.
37. Gerber A, Steinhart G. Kiefergelenkstö-rungen. Diagnostik und therapie. Berlin: Quintessenz Verlags - Gmbh,1989. 1
38. Lejoyeux J. Prothèse complète. Tomes I, II et III, 3eéd Paris: Maloine, éd., 1978-1979.
39. Zamacona JM, Kutz R. Analyse de l'occlusion et de la stabilité en prothèse totale. Cah Prothèse 1991;75:29-35.