

# La prothèse complète immédiate : données actuelles

**C. RIGNON-BRET**  
Chirurgien-dentiste

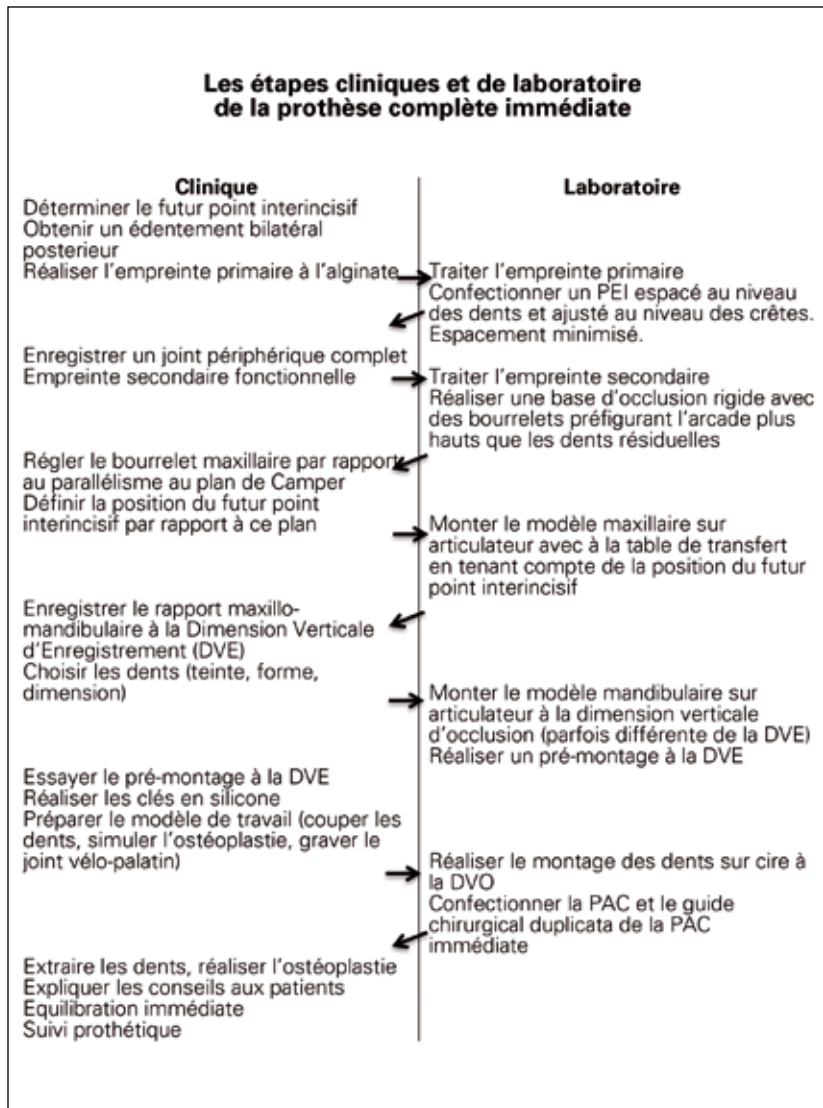
Quels sont les avantages et les inconvénients de la prothèse amovible complète immédiate ?  
Quels sont les dix points clés de la réalisation technique ?  
Quelles sont les particularités à mettre en œuvre par le praticien et le prothésiste de laboratoire ?



**L**e passage à l'édentation totale demeure un sujet d'actualité malgré les progrès de la prévention. En effet, si la prévalence de l'édentement complet dans les pays industrialisés diminue, malheureusement le nombre de patients complètement édentés progresse, essentiellement à cause de l'augmentation de l'espérance de vie [1-3].

Bien plus que la maladie carieuse, la maladie parodontale est de nos jours à l'origine de patients candidats à l'édentation complète. Actuellement les traitements proposés pour traiter ces patients sont soit des traitements par prothèses implantaires avec un protocole d'extraction et implantation immédiate, soit par prothèse amovible avec la prothèse complète immédiate.

*L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt*



**1. Les étapes cliniques et de laboratoire de la prothèse complète immédiate.**

Quelle que soit l'option thérapeutique choisie, la chirurgie d'avulsion doit préserver le capital osseux des patients. En effet, une crête large améliore d'une part la sustentation, la rétention et la stabilité d'une prothèse amovible complète [4, 5] et d'autre part un traitement implantaire peut alors être envisagé dans les meilleures conditions [6-8].

Le protocole opératoire de la prothèse complète immédiate est de construire

une prothèse amovible complète d'usage malgré la présence des dents résiduelles du patient, puis de la poser le jour de leur avulsion. Ses avantages sont nombreux, cela permet de restaurer immédiatement l'esthétique et la fonction, voire de l'améliorer dans certains cas. Sur le plan psychologique, le patient « sans dents naturelles » ne reste jamais exposé à son handicap et peut rapidement reprendre une vie sociale normale. De plus, sur le plan biomécanique, au lieu de transformer une prothèse provisoire dans un contexte pathologique, cette technique permet de rétablir un rapport maxillo-mandibulaire correct, à une bonne dimension verticale d'occlusion avec une occlusion stabilisatrice. Ensuite sur le plan biologique, la prothèse immédiate permet d'assainir la santé orale et supprimer les foyers inflammatoires et infectieux. La résorption osseuse est aussi plus limitée avec une prothèse complète immédiate comparée à la transformation de la prothèse partielle existante en prothèse complète [9-12].

Les inconvénients de la prothèse complète immédiate nécessitent de bien communiquer avec le patient. D'abord, une prothèse complète immédiate est une prothèse amovible, or le patient est souvent attaché à ses dernières dents mêmes si celles-ci sont compromises et sources de souffrances. Ensuite, l'appréhension du patient est compréhensible vis-à-vis de l'acte chirurgical qui comporte de multiples extractions et une plastie osseuse, avec la pose de la prothèse sur une surface d'appui non cicatrisée, et une modification esthétique de l'étage inférieur de la face et du sourire. Enfin, se surajoute l'angoisse d'intégrer une nouvelle prothèse amovible, surtout si des expériences précédentes douloureuses et inconfortables ont été vécues.

Le protocole de prothèse amovible complète immédiate a beaucoup évolué depuis sa création en 1978 [4, 13]. Il est désormais parfaitement codifié (*fig. 1*). L'objectif de cet article est de rappeler les différentes étapes de la prothèse immédiate d'usage et de montrer dans différentes situations cliniques les améliorations esthétiques obtenues.

## LES 10 POINTS CLÉS DE LA PROTHÈSE IMMÉDIATE

La prothèse amovible complète immédiate est un protocole désormais bien codifié. C'est une prothèse d'usage et non une prothèse provisoire, c'est-à-dire qu'elle a pour vocation à satisfaire le patient sur le moyen terme, soit environ 5 ans au minimum. Elle peut être une prothèse transitoire si un traitement implantaire est envisagé dans l'attente de la cicatrisation osseuse et l'ostéointégration des implants. Le succès de cette prothèse d'usage est conditionné à la réussite de 10 étapes cliniques.

### Extrapoler la situation du futur point interincisif

Après l'examen clinique, l'observation des photos du patient jeune et la réalisation du status photographique (face et profil au repos, face et profil lors du sourire, intra-arcade en occlusion et trois-quart droit et gauche), le clinicien doit extrapoler la situation du futur point interincisif du patient par rapport au point interincisif existant. Plusieurs situations cliniques peuvent se rencontrer (*fig. 2 à 4*). Le point interincisif constitue le point de référence à partir duquel la restauration prothétique est construite, c'est la clé de voûte et le point de référence de l'architecture dento-gingivale et du plan d'occlusion. En fonction de la situation clinique et de la dynamique labiale au repos et lors du sourire, il faudra remonter, abaisser, décaler, avancer, reculer ou maintenir le futur point interincisif par rapport à celui existant.

**2a et b.** Patiente avec une maladie parodontale candidate à l'édentation totale. Pour améliorer le sourire, le futur point interincisif idéal est envisagé décalé de 1 mm sur la droite et remonté de 2 mm par rapport au point interincisif existant.

**3a et b.** Patient avec de fortes abrasions des bords libres incisivo-canins. Les dents ne sont pas suffisamment visibles et le point interincisif idéal doit être abaissé de 3 mm par rapport à l'angle de la 21.

**4a à c.** Patiente avec une maladie parodontale et un recouvrement important. L'amélioration du sourire implique de remonter et de reculer le point interincisif existant de respectivement 5 mm et 4 mm.



2a



b



3a



b



4a



b



c



5



6



7



8

**5.** Empreinte primaire à l'alginate avec un porte-empreinte du commerce de type Rimlock.

**6.** PEI espacé et ajusté au niveau des crêtes édentées. Les limites du PEI au niveau des crêtes sont celles de la prothèse complète conventionnelle.

**7.** L'espacement est minimal au niveau des dents pour déformer au minimum la position statique et dynamique de la lèvre.

**8.** Joints périphérique et postérieur obtenus. Dans les zones édentées, le joint est réalisé avec de la pâte de Kerr et dans les zones dentées le joint est réalisé avec un matériau élastomère.

### Obtenir un édentement bilatéral postérieur

L'obtention d'une surface d'appui cicatrisée suffisamment étendue est un préalable indispensable avant de commencer les étapes d'élaboration prothétique. Classiquement, un édentement bilatéral postérieur (classe I de Kennedy) est recherché. L'idéal est de pouvoir conserver le bloc incisivo-canin et les premières prémolaires, pour ne pas trop nuire à l'esthétique. Cette surface d'appui ostéo-fibro-muqueuse cicatrisée est nécessaire pour garantir une surface de sustentation ferme et stable à la prothèse complète immédiate. Cela permet de décharger sélectivement la zone des avulsions et de la plastie osseuse lors de la pose de la prothèse immédiate. Ainsi des pressions excessives ne sont pas transmises par l'intermédiaire de la prothèse sur la surface en cours de cicatrisation. À noter qu'il est

possible pour les praticiens expérimentés de réaliser une prothèse immédiate avec un édentement encastré antérieur de grande étendue (classe IV de Kennedy) à condition, comme précédemment, que cette surface d'appui soit cicatrisée.

### Empreinte primaire à l'alginate

Le matériau d'empreinte primaire de choix en prothèse complète immédiate est l'alginate. Il permet d'enregistrer, avec peu de compression, la surface d'appui ostéo-fibro-muqueuse et surtout d'enregistrer la ligne de réflexion muqueuse, au fond du vestibule, en position de repos physiologique malgré la présence des contredépouilles liées à la présence des dents et des reliefs radiculaires (*fig. 5*). Le porte-empreinte du commerce utilisé est un Rimlock® de taille adaptée à l'arcade dentaire. En postérieur, il est utile de déposer une bandelette de cire basse fusion

(Lactona®, Surgident) pour mieux contrôler l'enfoncement du porte-empreinte du commerce et la fusée d'alginate en postérieur. La technique d'empreinte peut se faire avec une double enduction, de l'alginate est d'abord déposé au fond du vestibule dans les zones dentées puis ensuite le porte-empreinte du commerce rempli d'alginate est inséré. Afin de disposer de suffisamment de temps de travail, il est judicieux de réaliser le mélange d'alginate avec de l'eau glacée.

### Porte-empreinte individuel (PEI)

Sur le modèle issu de l'empreinte primaire est construit un PEI spécifique en résine. Le PEI est ajusté au niveau des crêtes édentées et répond aux critères de réalisation des PEI en prothèse complète à ce niveau (*fig. 6*). Il est très légèrement espacé au niveau des dents par l'intermédiaire d'un élastomère afin de permettre une insertion-désinsertion facile (*fig. 7*). Néanmoins, cet espacement doit être limité pour déformer au minimum la lèvre. En regard des zones dentées les limites du PEI s'arrêtent au niveau de la ligne de plus grand contour. Ce PEI est surmonté dans les zones édentées d'un bourrelet en résine préfigurant l'arcade dentaire.

### Enregistrement du joint périphérique et empreinte fonctionnelle

Le PEI est réglé en bouche d'une manière identique à celle de la prothèse complète conventionnelle au niveau des bords [4]. Éventuellement, il est possible de contrôler l'absence de surextensions et de surépaisseur par l'utilisation de matériau d'empreinte polyéther (Permadyne haute viscosité, 3M) déposé sur les bords du PEI, puis le patient est invité à réaliser les mouvements fonctionnels. Les zones en surextension ou surépaisseur sont visualisées par la disparition du matériau d'empreinte au niveau des bords. Puis le matériau est retiré du PEI. La pâte de Kerr verte est alors utilisée pour enregistrer le joint périphérique au niveau des zones édentées et le joint postérieur (*fig. 8*). Ensuite, le « joint souple » antérieur est enregistré avec un élastomère, un poly-



9

éther de haute viscosité (Permadyne haute viscosité, 3M). Cet élastomère permet d'enregistrer la ligne de réflexion muqueuse fonctionnelle, malgré l'existence de contre-dépouilles liées à la présence des dents et de la corticale osseuse vestibulaire [4]. Lors de l'enregistrement des joints, ce sont les mouvements fonctionnels extrêmes classiques de la prothèse complète qui sont demandés au patient. Les zones en surextensions ou surépaisseur sont révélées et corrigées à la fraise. L'opération est renouvelée jusqu'à l'obtention des limites fonctionnelles au niveau du secteur denté. Enfin, les excès de matériau ayant débordé en vestibulaire et dans l'intrados sont découpés et la zone de découpe est biseautée. Pour le surfacage de l'empreinte, la présence d'un joint périphérique et postérieur impose l'emploi d'un matériau très fluide à l'insertion mais élastique après la prise pour permettre une désinsertion facile de l'empreinte. Un polysulfure de basse viscosité est alors le matériau de choix (Permlastic light®, Kerr) (*fig. 9*).

Dans le cas de dents mobiles, il est nécessaire de les solidariser par une attelle de contention avec du composite fluide éventuellement renforcé par des fibres. Les embrasures cervicales sont comblées par

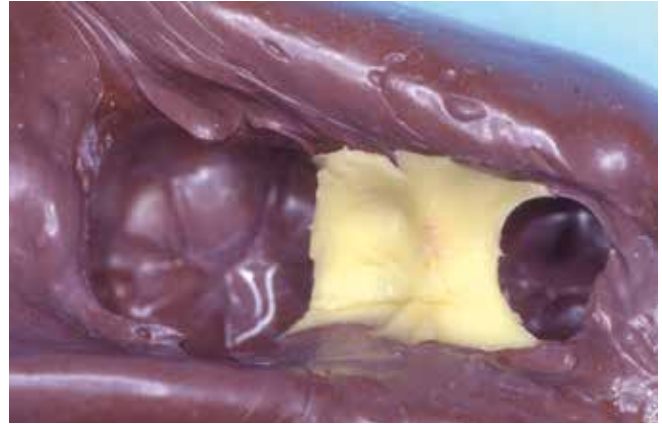
9. Empreinte secondaire réalisée avec un polysulfure de basse viscosité.



10

**10.** Les zones en contre-dépouilles au niveau des dents mobiles et les embrasures sont comblées avec une digue photopolymérisable.

**11.** Les zones sous les intermédiaires de bridge sont au préalable comblées avec un élastomère de haute viscosité taillé de dépouille puis replacé dans l'empreinte à l'issue de celle-ci.



11

de la digue liquide photopolymérisable (Opaldam®, Ultradent) (fig. 10). Une autre astuce consiste à brunir du papier aluminium culinaire sur les dents et la genive marginale pour réaliser une mise de dépouille des dents. Le papier aluminium est alors emporté dans l'empreinte lors de la désinsertion.

Dans le cas de bridge, une autre astuce pour éviter la fusée de matériau d'empreinte sous l'intermédiaire de bridge, avec le risque, soit de descellement, soit de déformation de l'empreinte, est de placer préalablement un élastomère de haute viscosité de type silicone sous l'intermédiaire. Il peut être taillé de dépouille, retiré latéralement à l'issue de l'empreinte et replacé dans celle-ci (fig. 11). De plus, cela permet d'obtenir l'enregistrement de la crête édentée sous l'intermédiaire de bridge.

## Occlusion, montage en articulateur

### Montage du modèle maxillaire

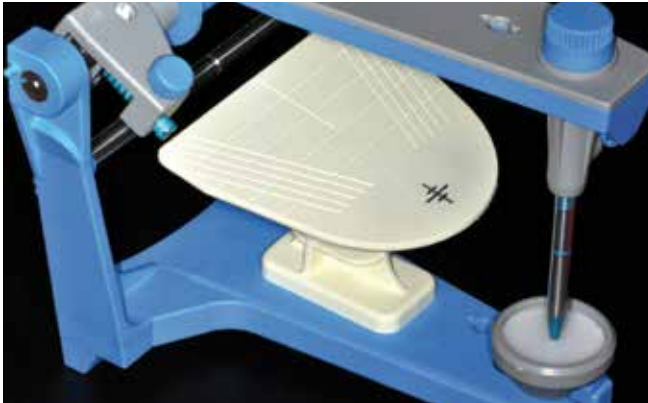
Les empreintes sont traitées, coffrées et coulées. Une base d'occlusion rigide est réalisée avec un bourrelet en Stent's préfigurant l'arcade dentaire. Ce bourrelet est confectionné plus haut que l'arcade dentaire résiduelle. Cette maquette d'occlusion est stabilisée sur le modèle secondaire isolé.

Elle est réglée en clinique de manière à paralléliser les bourrelets par rapport au plan de Camper et la ligne bi-pupillaire

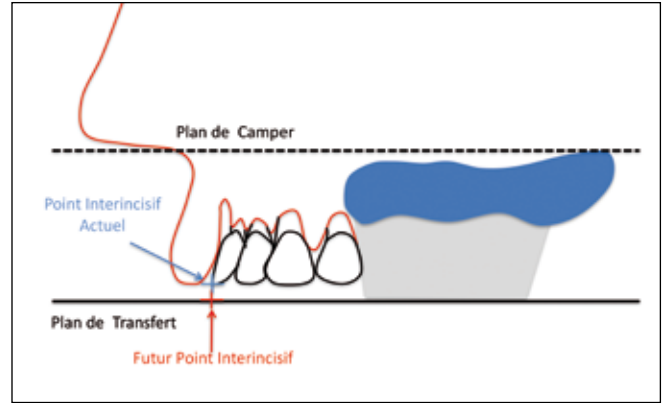
grâce à un plan de Fox. Cependant, les dents ne doivent en aucun cas toucher le plan de Fox [4]. Il est important de rappeler que la croix sur la table de transfert de l'articulateur correspond matériellement à la situation du futur point interincisif idéal (fig. 12).

Ainsi, plusieurs situations cliniques existent en fonction du décalage vertical entre le futur point interincisif et celui existant. Dans le cas où le point interincisif idéal est situé plus bas que le point interincisif existant, comme par exemple avec des dents fortement abrasées, le bourrelet est aplani de façon à faire correspondre la situation du plan de Fox avec le point interincisif idéal (fig. 13). Le modèle maxillaire est alors positionné sur la table de transfert de l'articulateur avec la tige incisive en position 0. Puis dans le plan sagittal, le modèle est placé dans le sens antéropostérieur en fonction du recul ou de l'avancée souhaité du futur point interincisif idéal. Par exemple, si on souhaite reculer le point interincisif de x millimètres par rapport à l'existant, le modèle est placé sur la table de transfert de manière à ce que la projection verticale du point interincisif existant soit x millimètres en avant de la croix (fig. 14). Si on souhaite reculer, la procédure est inversée.

Dans le cas où le point interincisif idéal est plus haut que le point interincisif existant, comme par exemple avec des dents égressées, le bourrelet est aplani de façon à le rendre le plus proche de la face occlu-



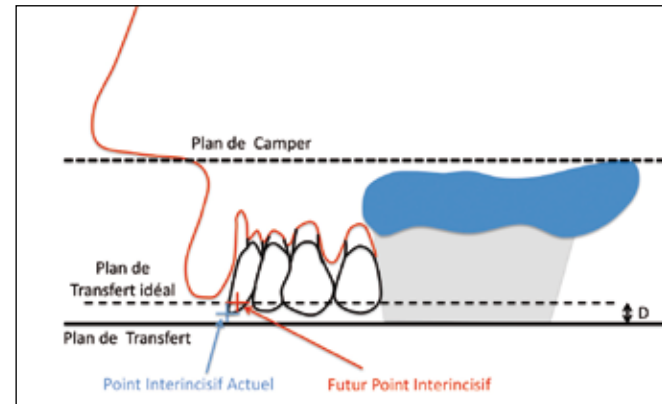
12



13



14



15



16

sale des dents sans les toucher et parallèle avec le plan de Camper et la ligne bi-pupillaire (fig. 15). La distance verticale D entre le point interincisif idéal et le plan de fox est alors mesurée. Elle est ensuite reportée sur la tige incisive de l'articulateur selon la formule  $y=4D/3$  pour tenir

compte de l'éloignement du point interincisif et de la tige incisive par rapport à l'axe de rotation de l'articulateur (selon le Théorème de Thalès) (fig. 16).

- 12. Table de transfert de l'articulateur sur laquelle est matérialisé le point interincisif.
- 13. Le plan réglé sur les bourrelets d'occlusion correspond au plan de transfert et passe par le point interincisif idéal souhaité pour la future prothèse.
- 14. Modèle maxillaire avec la base engrenée centrés sur la table de transfert : le point interincisif des dents du modèle est placé deux millimètres en avant de la croix, car on veut situer le futur point interincisif deux millimètres plus palatin que l'existant.
- 15. Le plan réglé sur les bourrelets d'occlusion est plus bas que le plan qui passe par le point interincisif souhaité. D est la distance séparant les deux plans dont la valeur est utilisée...
- 16. ... pour calculer la distance y d'abaissement de la tige incisive de l'articulateur.



17

**17.** Pré-montage postérieur sur cire à la Dimension Verticale d'Enregistrement.

**18.** Clé en élastomère de haute viscosité vestibulaire maxillaire qui prend appui sur l'entablement du modèle maxillaire.

**19.** Clé en élastomère de haute viscosité de mordu mandibulaire qui prend appui sur l'entablement du modèle mandibulaire.



18

Donc après avoir abaissé la tige incisive de 4D/3 (c'est-à-dire, éloigné les deux branches horizontales de l'articulateur de cette distance grâce à la tige incisive), le modèle maxillaire avec sa base d'occlusion est monté sur la table de transfert. Ainsi, lorsque la base d'occlusion est retirée et la tige incisive de l'articulateur remise à 0, le modèle maxillaire est idéalement placé sur articulateur et la croix de la table de transfert correspond au futur point interincisif souhaité.

### Le rapport maxillo-mandibulaire (RMM) et le montage du modèle mandibulaire

À l'aide de points de repères placés sur le nez et le menton du sujet, la Dimension Verticale de Repos Physiologique (DVRP) est mesurée suivant les tests classiques de la prothèse amovible complète [14]. Puis la Dimension Verticale d'Occlusion en est déduite par soustraction de l'estimation de la mesure de l'Espace Libre d'Inclusion (ELI) selon la formule classique:  $DVO = DVRP - ELI$ .

Un point fondamental est d'enregistrer le Rapport Maxillo-Mandibulaire (RMM) sans contacts dento-dentaires pour éviter de faire intervenir la proprioception et l'occlusion de convenance du patient. Nous recherchons une position de référence qui correspond à l'occlusion de relation centrée telle qu'elle a été définie dans sa conception actualisée (Dictionnaire de Prothèse odontologique) c'est-à-dire une position de coaptation disco-condylienne haute, réitérative, symétrique et non forcée.

L'enregistrement se fait le plus souvent avec une base d'occlusion rigide stabili-



19

sée sur le modèle de travail et surmontée d'un bourrelet de Stent's blanc préfigurant l'arcade dentaire. Pour atteindre l'objectif fixé, deux situations cliniques peuvent se rencontrer. Si le RMM peut être enregistré à la DVO sans contact dento-dentaire, le protocole opératoire est similaire à celui de la prothèse complète conventionnelle. Si le RMM ne peut pas être enregistré à la DVO sans contact dento-dentaire, l'enregistrement se réalise alors à une Dimension Verticalement d'Enregistrement (DVE). Cette DVE est supérieure à la DVO pour s'affranchir des contacts dento-dentaires. Par conséquent, pour transférer le RMM sur l'articulateur lors du montage du modèle mandibulaire, il faut donc augmenter la tige incisive de la différence entre la DVE et la DVO ( $y = DVE - DVO$ ). Cette tige incisive sera ensuite remise à 0 au stade du montage terminal de la prothèse lorsque les dents auront été supprimées sur le modèle. Ainsi le montage final se fera à la DVO. À l'issue de cette étape, le choix de la forme, de la dimension et de la teinte des dents est réalisé.

### La réalisation du prémontage sur cire

Une fois la mise en articulateur du modèle mandibulaire effectuée, un prémontage provisoire des dents postérieures est effectué (fig. 17). Son but est de vérifier cliniquement le RMM à la DV enregistrée (DVE ou DVO) et de valider la teinte. Lors de cet essai clinique, si la DV enregistrée est différente, une ultime vérification de la différence entre la DVE et la DVO est faite. Le contrôle du RMM validé, toutes les données esthétiques sont évaluées, en accord





20



21a



b



22a



b



23

avec le patient. Cela concerne la situation du futur point interincisif (avancée, recul, abaissement, élévation, déplacement transversal...), la situation des lignes haute et basse du sourire, et le choix des dents.

### La réalisation des clés de références

Des clés en élastomère haute viscosité (Zetalabor®, Zhermack) sont exécutées pour conserver la référence des dents maxillaires à partir desquelles l'esthétique est extrapolée pour la future prothèse (fig. 18 et 19). Trois clés sont nécessaires :

- une clé maxillaire vestibulaire découpée horizontalement selon la ligne haute du sourire (fig. 20);
- une clé mandibulaire de mordu découpée dans le plan horizontal suivant la ligne basse du sourire et passant par le futur point interincisif. Sur cette clé est matérialisé le futur point interincisif au feutre (fig. 21 à 23);
- une clé maxillaire vestibulaire destinée à évaluer l'espace disponible pour l'épaisseur de la fausse gencive de la base prothétique (fig. 24).



24

**20.** Clé en élastomère de haute viscosité découpée selon la ligne haute du sourire.

**21a et b.** Clé en élastomère découpée selon le plan prothétique et passant par la situation du futur point interincisif souhaité et indexé sur la clé. Cas où le futur point interincisif est plus haut que le point interincisif existant.

**22a et b.** Clé en élastomère découpée selon le plan prothétique et passant par la situation du futur point interincisif souhaité et indexé sur la clé. Cas où le futur point inter-incisif est plus bas que le point inter-incisif existant.

**23.** Le montage esthétique sera réalisé après avoir coupé les dents en fonction des lignes haute et basse du sourire déterminées par les clés.

**24.** Clé maxillaire repositionnée après suppression des dents et préparation du modèle. Cette clé permet de visualiser l'importance de la résection effectuée sur le modèle.



25



26



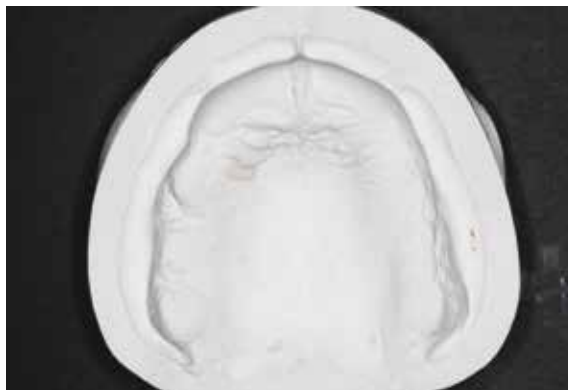
27



28



29



30

**25.** Modèle en plâtre issu de l’empreinte secondaire avant la préparation du modèle avec la résection des dents.

**26.** Vue de profil du modèle avant la préparation du modèle de travail.

**27.** Vue de profil du modèle après la suppression des dents.

**28.** Vue de profil du modèle après la suppression verticale des contre-dépouilles alvéolaires vestibulaires.

**29.** Vue de profil du modèle après la réalisation du biseau et de l’arrondi.

**30.** Préparation du modèle au niveau du secteur antérieur avant de graver le joint vélo-palatin.

## Préparation du modèle de travail

Cette étape doit être réalisée par le clinicien qui seul dispose des données cliniques pour évaluer l'alvéolyse des dents résiduelles (sondage, radiographies) et anticiper la résorption alvéolaire (fig. 25). La préparation du modèle s'effectue selon la chronologie suivante :

- supprimer horizontalement les dents jusqu'au collet (fig. 26 et 27);
- supprimer verticalement les contre-dépouilles alvéolaires vestibulaires en fonction de l'axe d'insertion tout en respectant le pédicule incisif (fig. 28);
- biseauter l'angle formé;
- réaliser une finition en arrondi au papier de verre à grains fins (fig. 29 et 30);
- gratter le joint vélo-palatin.

En fait la chirurgie est simulée sur le modèle en plâtre. La tige incisive de l'articulateur est remise à 0.

À l'issue de la préparation du modèle, le montage des dents est effectué. Il peut être éventuellement montré au patient pour valider le projet prothétique et esthétique notamment concernant l'animation du montage et l'agencement des dents. La prothèse est ensuite terminée et un guide chirurgical duplicata de la prothèse en résine transparente est confectionné.

## La chirurgie en prothèse immédiate

Plusieurs spécificités s'appliquent au protocole chirurgical de la prothèse immédiate. Cette chirurgie est à visée prothétique. D'abord l'anesthésie locale s'effectue sans vasoconstricteur pour un patient sans problème d'hémostase. En effet la plastie osseuse est dirigée par le guide chirurgical. Les zones de compression à réséquer sont visualisées par un blanchiment visible à travers le guide chirurgical en résine transparente. L'acte chirurgical se réalise en plusieurs étapes :

- incision intrasulculaire au niveau des dents à extraire avec un prolongement sur le sommet de la crête édentée par un « distal-wedge ». Cette incision sectionne d'emblée les papilles ;

## Auto-évaluation

1. La prothèse complète immédiate est une prothèse provisoire  Vrai  Faux
2. Le prothésiste de laboratoire supprime les dents sur le modèle en plâtre et grave le joint vélo-palatin  Vrai  Faux
3. Le rapport maxillo-mandibulaire peut-être enregistré à une dimension verticale différente de la DVO  Vrai  Faux
4. Le joint périphérique nécessite l'emploi d'un matériau élastomère  Vrai  Faux

- décollement d'un lambeau de pleine épaisseur sans contre-incision de décharge. Si possible, le décollement évite de dépasser la ligne mucogingivale ;
- extraction des dents, la moins traumatisante possible pour conserver un maximum de capital osseux. Un curetage soigneux des alvéoles est ensuite réalisé. Dans le cas d'infection locale une décontamination de l'alvéole est réalisée avec la pivodone iodée ;
- plastie osseuse réalisée à la pince gouge et à la râpe à os ou avec une fraise chirurgicale. Ces ostéoplasties correspondent à celles réalisées sur le modèle de travail. Elles sont exécutées en plusieurs temps et contrôlées par l'utilisation du guide chirurgical. À chaque étape, le lambeau est replacé, le guide mis en place et les zones d'interférences qui blanchissent repérées puis supprimées. Au final, on cherche à obtenir un blanchiment homogène avec le guide chirurgical dont la mise en place correcte est vérifiée au niveau du joint vélo-palatin.

À la fin de la chirurgie, le patient est invité à serrer avec son guide chirurgical sur des rouleaux de coton salivare. Le comportement du lambeau sous le guide est alors observé. Si le lambeau ne se déplace pas, aucune suture n'est nécessaire. Si le lambeau se déplace, un seul point lâche médian est réalisé. En effet, les sutures pour effectuer un rapprochement bord à bord des berges sont contre-indiquées. Elles provoqueraient un déplacement de la ligne de réflexion muqueuse fonctionnelle enregistrée lors de l'empreinte. Les

bords prothétiques seraient alors en sur-extension et la prothèse instable. Il n'existe pas de risque hémorragique en l'absence de points de suture car la prothèse amovible complète effectue une compression et guide la cicatrisation. Immédiatement après la chirurgie, une poche de glace est appliquée pour limiter l'œdème postopératoire.

Pour les conseils postopératoires, le patient a l'interdiction de retirer la prothèse immédiate durant les premières 48 heures. C'est le praticien qui, au bout de 48 heures, réalise l'équilibration immédiate, retire et nettoie les prothèses, effectue une détersion de la plaie et enfin instruit le patient à mettre et retirer les prothèses. Le suivi prothétique s'apparente à celui de la prothèse complète conventionnelle. Les conseils d'usage pour le nettoyage des prothèses et l'alimentation sont fournis au patient. L'équilibration immédiate en occlusion d'intercuspidation maximale, propulsion et diduction est réalisée [4].

## CONCLUSION

La technique de prothèse complète immédiate est parfaitement codifiée. Elle permet le passage à l'édentation totale dans les meilleures conditions. La résorption osseuse est limitée et contrôlée. Un traitement implantaire peut même ensuite être envisagé grâce à la conservation du capital osseux ainsi obtenu. Cependant, pour atteindre le succès en prothèse complète immédiate, certains points du protocole opératoire doivent être rigoureusement compris et appliqués. Dans ces conditions, la prothèse complète immédiate est une véritable prothèse d'usage. Si des erreurs dans le protocole ont été commises, cette prothèse immédiate devient alors une prothèse transitoire. Dans ces conditions, après cicatrisation osseuse au bout de trois mois, une réfection intégrale de la base prothétique est envisagée ou la réalisation d'une nouvelle prothèse complète en utilisant le guide chirurgical duplicata de la prothèse complète. Ce traitement nécessite donc de parfaitement maîtriser les étapes clés prothétiques et chirurgicales exposées.

*Les figures 5, 6, 7, 8, 9 et 11 sont issues du livre intitulé : Prothèse amovible complète - Prothèse immédiate - Prothèses supraradiculaire et implantaire, 2002, collection JPIO, Editions CdP.*

## Bibliographie

1. Douglass CW, Jiménez MC. Our current geriatric population: demographic and oral health care utilization. *Dent Clin North Am.* 2014;58:717-728.
2. Douglass CW, Shih A, Ostry L. Will there be a need for complete dentures in the United States in 2020? *J Prosthet Dent.* 2002;87:5-8.
3. Zarb GA, Hobkirk JA, Eckert S, Jacobs R. Additional treatment planning options for both edentulous and potentially edentulous patients, in: Prosthodontic treatment for edentulous patients. Complete dentures and implant-supported prostheses, 13th ed., Elsevier, Mosby, China, 2013: pp. 112-119.
4. Rignon-Bret C, Rignon-Bret JM. Prothèse amovible complète, prothèse immédiate, prothèse supra-radicaire et implantaire. Ed. CdP, Paris, 2002.
5. Yüzügüllü B, Gulsahi A, Imirzalioglu P. Radiomorphometric indices and their relation to alveolar bone loss in completely edentulous Turkish patients: a retrospective study. *J Prosthet Dent.* 2009;101:160-165.
6. Barone R, Clauser C, Grassi R, Merli M, Prato GP. A protocol for maintaining or increasing the width of masticatory mucosa around submerged implants: a 1-year prospective study on 53 patients. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1998;18:377-387.
7. Abrams L. Augmentation of the deformed residual edentulous ridge for fixed prosthesis. *Compend Contin Educ Gen Dent.* 1980;1:205-213.
8. Adell R, Lekholm U, Rockler B, Brånemark PI. A 15-year study of osseointegrated implants in the treatment of

- the edentulous jaw. *Int J Oral Surg.* 1981;10:387-416.
9. Tallgren A, Lang B, Walker G, Ash MJ. Roentgen cephalometric analysis of ridge resorption and changes in jaw and occlusal relationships in immediate complete denture wearers. *J Oral Rehabil.* 1980;7:77-94.
  10. Tallgren A, Lang B, Miller R. Longitudinal study of soft-tissue profile changes in patients receiving immediate complete dentures. *Int J Prosthodont.* 1991;4:9-16.
  11. van Waas MA, Kalk W, van Zetten BL, van Os JH. Treatment results with immediate overdentures: an evaluation of 4.5 years. *J Prosthet Dent.* 1996;76:153-157.
  12. Van Waas MA, Jonkman RE, Kalk W, Van 't Hof MA, Plooij J, Van Os JH. Differences two years after tooth extraction in mandibular bone reduction in patients treated with immediate overdentures or with immediate complete dentures. *J Dent Res.* 1993;72:1001-1004.
  13. Rignon-Bret JM, Buchard P, Navarro M, Apap G. La prothèse amovible complète immédiate. *Cahiers de Prothèse.* 1978;24.
  14. Begin M, Hutin I. Le rapport intermaxillaire en prothèse adjointe complète. *Réalités Cliniques.* 1997;8(4): 389-407.

**ADRESSE DE L'AUTEUR :**  
**Christophe RIGNON-BRET 72 Bd Haussmann 75008 Paris**

