

Résorption tubérositaire et délimitation distale des prothèses totales maxillaires : à propos d'un cas

*Tuberosities' resorption and distal delimitation
of maxillary complete denture: A case report*

MOTS-CLEFS :

- Tubérosités maxillaires, édentés, prothèse complète, résorption

KEYWORDS:

- Maxillary tuberosities, edentulous, complete dentures, resorption

Résumé

L'édentation complète reste toujours un handicap même si les conditions anatomiques sont en faveur d'une conception prothétique réussie. Mais le plus difficile est que parfois en plus de l'édentation nous sommes face à des obstacles anatomiques telle l'absence de tubérosités. Cependant, il est nécessaire de réussir la triade de Housset : stabilité, rétention et sustentation.

Abstract

Edentulism is always seen as a handicap even when anatomical landmarks allow a successful complete-denture conception.

However, sometimes we are asked to deal with some anatomical obstacles such as advanced bone resorption specifically on tuberosities.

Despite these difficulties we have to succeed our conception in order to reply to Housset triad: stability, retention and sustentation.

AOS n° 280 – 2016



► **Jamila JAOUADI**, Professeur agrégée en prothèse complète amovible.

Safa JEMLI, Résidente en prothèse complète amovible.

Achraf FNAÏECH, Résident 4^e année en prothèse complète amovible. Service de prothèse complète amovible – Clinique dentaire de Monastir – Tunisie.

Houda CHRAÏEF, Professeur en prothèse complète amovible.

Ali BEN RAHMA, Professeur en prothèse complète amovible et Doyen de la faculté de médecine dentaire de Monastir-Tunisie.

Mohamed Ali BOUZIDI, Professeur en prothèse complète amovible.

Mongi MAJDOUB, Professeur en prothèse complète amovible et Chef de service de prothèse complète amovible.

INTRODUCTION

Certes la rétention des prothèses complètes amovibles maxillaires est tributaire de plusieurs facteurs à commencer aussi bien par la qualité que la quantité du flux salivaire et les techniques d'empreintes qui doivent prendre en considération les obstacles anatomiques rencontrés. Mais le plus important est de bien situer la jonction vélo-palatine qui sera la limite distale de la prothèse où notre référence serait les fossettes palatines dans la partie médiane ainsi que les sillons rétro-tubérositaires latéralement lorsque ceux-ci sont bien développés, ce qui n'est toujours pas le cas.

ÉTIOLOGIES DES RÉSORPTIONS TUBÉROSITAIRES

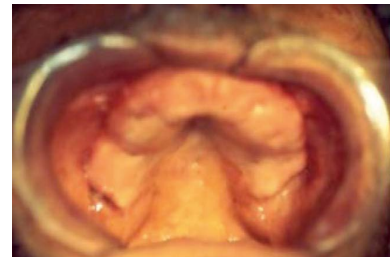
Il est difficile de cerner les étiologies qui provoquent des résorptions qui ne touchent que les tubérosités ; cependant quand celles-ci se manifestent, la totalité du maxillaire voire même les deux arcades sont touchées. La résorption peut alors avoir différentes origines :

- ▶ Idiopathique.
- ▶ cII de Kennedy-Appelgate non compensée par un traitement prothétique.
- ▶ Port de prothèses mal conçues (trop compressives ; instabilités) dont les effets sont visibles à l'œil nu à long terme.
- ▶ À noter également que l'absence de toute pression se traduit aussi par une résorption osseuse. Lorsqu'elle est physiologique, la résorption est centripète en tout point de l'arcade maxillaire et centrifuge à la mandibule à l'exception des zones où l'os est sollicité par des insertions musculaires ou ligamentaires.
- ▶ La résorption osseuse peut être accélérée par des causes générales agissant sur le métabolisme du calcium (maladie de Paget, rachitisme...)
- ▶ La résorption est plus rapide chez la femme que chez l'homme, ceci est dû à la participation des paramètres hormonaux et vasculaires.
- ▶ L'atrophie est un défaut de nutrition des organes et des tissus, caractérisée par une diminution notable de leur volume et de leur poids, les troubles de nutrition mettent en évidence l'importance du réseau vasculaire, toute altération de la circulation sanguine affecte profondément le métabolisme de l'os.

Problématique

Pour ce genre de tubérosités, bien formées, bien délimitées, latéralement, par des poches paratubérositaires ± évasées et, distalement, par des sillons rétro-tubérositaires bien définis, aucun problème ne se pose quant à la délimitation distale de nos prothèses. La règle étant l'englobage

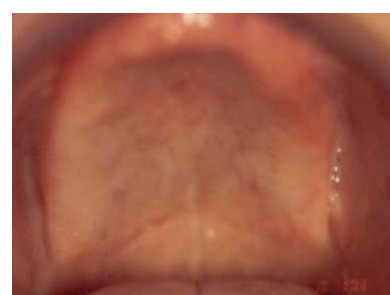
total des tubérosités au niveau latéral et une situation de 2 mm en arrière des fossettes palatines au milieu.



Le problème de la délimitation distale des prothèses se pose lors d'une résorption ± importante d'une ou des deux tubérosités et se pose avec plus d'insistance lorsque, en plus de la résorption, on a envahissement mésial par les LPM.

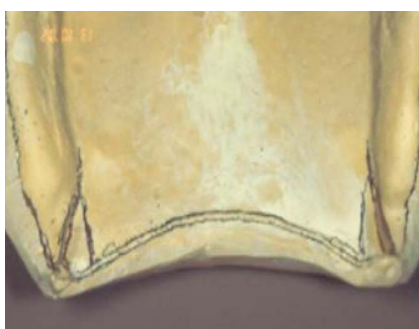
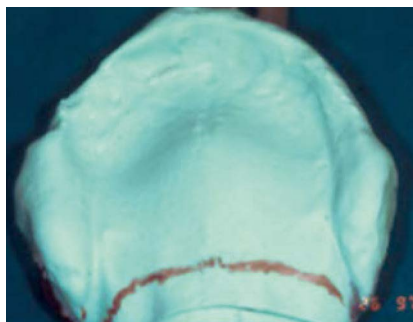


Voilà un exemple d'une situation aberrante, très compromettante à la rétention de la prothèse, situation dictée par adoption des règles qui gèrent la délimitation distale des prothèses dans les cas de crête apparente.



Ces cas de résorption exigent un examen clinique extrêmement rigoureux de toute la partie distale du maxillaire édenté :

- 】 On notera plus spécialement l'existence ou non d'une poche paratubérositaire.
- 】 On essaiera de délimiter avec précision la poche ou le sillon rétro-tubérositaire.
- 】 On évaluera la situation de la migration du ligament ptérygo-mandibulaire (LPM) bouche grande ouverte et, enfin, la situation des fossettes palatines.



Le tracé idéal pour ces cas se situe à la limite la plus distale de la poche ou du sillon en faisant abstraction de la situation du LPM.

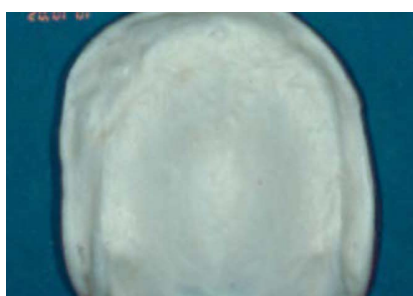
Ce dernier exigera tout au plus une décharge de l'intradados du PEI sur la totalité de son étalement sagittal avant l'empreinte secondaire.

Méthodologie proposée

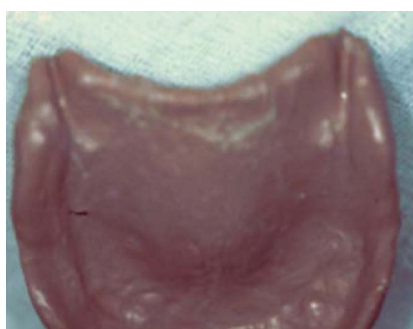
1. Empreinte primaire devant restituer le point le plus distal du sillon ou de la poche paratubérositaire, aucune importance n'est donnée à ce stade à la migration mésiale du LPM.



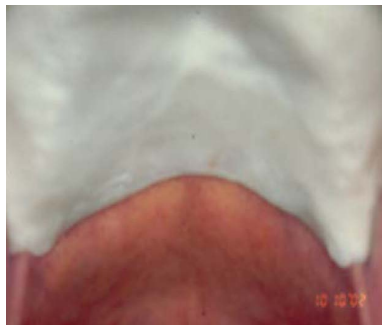
2. Coulée des modèles, tracé, réalisation du PEI dont les limites ont été respectées lors du tracé.



3. Ajustage et décharge de l'étalement du LPM et prise de l'empreinte secondaire.



4. Après coulée et réalisation des bases d'occlusion : notons que, malgré l'absence totale des tubérosités des deux côtés, on assiste à une rétention parfaite des bases d'occlusion, conséquence d'une base qui reproduit la morphologie de la poche paratubéoristaire et qui s'étale jusqu'à la limite distale de cette poche. Cette rétention est la conséquence d'une parfaite décharge du LPM bouche grande ouverte où il y aura une tension extrême du ligament avec aucune déstabilisation de la base. Notons, enfin, la parfaite étanchéité de la totalité du bord distal à l'état statique et lors de la prononciation du « Ah ».



DISCUSSION

À noter que dans les situations les plus aisées on a des tubérosités bien formées, recouvertes de

fibro-muqueuse adhérente, limitées latéralement par des poches para-tubérositaires assez larges et des sillons rétro-tubérositaires nets facilitant la mission de tracer la jonction vélo-palatine.

» Cette jonction elle-même est l'équivalent de la frange sublinguale au niveau mandibulaire, à partir du moment où toutes les deux contribuent à la rétention des prothèses complètes.

» Partant du fait que le support est purement ostéo-muqueux en prothèse totale, il faut donc explorer au maximum toutes les données anatomiques ainsi que toutes les surfaces d'appui primaires ou secondaires.

» La migration mésiale du ligament ptérygo-mandibulaire (LPM) au niveau des tubérosités ne doit en aucun cas être un obstacle devant une conception dans les « règles de l'art », la procédure étant la même dans des cas semblables :

1. L'empreinte préliminaire doit enregistrer le LPM dans son étalement le plus distal.
2. La réalisation du porte-empreinte individuel englobera le LPM avec la particularité de lui donner de l'épaisseur en regard de celui-ci.
3. L'ajustage du PEI en bouche tiendra compte de l'étalement sagittal du LPM à travers un évidement au niveau de l'intrados de celui-ci, raison pour laquelle on a parlé d'épaisseur dans une étape précédente.
4. Quand au bord de cette zone ; il sera meulé de façon à ce qu'il ne soit source d'aucune gêne en ouverture ou fermeture buccale (au final, pratiquement, le tiers supérieur du ligament ne sera couvert que par la résine du PEI).
5. Le reste de l'ajustage au niveau du Post-dam tiendra compte de la classification de Landa et de la situation du palais mou par rapport à celui dur.

Le respect de tous ces détails permet d'avoir un PEI et éventuellement une base stable aussi bien en statique qu'en dynamique (ouverture, fermeture buccale et prononciation du « AH » prolongé).

Bibliographie

[1] Aïche H. Empreinte primaire à l'alginate en prothèse totale amovible. *Cah Prothese* 2000 ; 109:69-72.

[2] Bertrand C, Hüe O. Le réflexe nauséux en prothèse. *Cah Prothese* 2002 ; 117:57-66.

[3] Chevaux JM, Aïche H. Empreinte primaire fonctionnelle mandibulaire en prothèse totale amovible. *Cah Prothese* 2000 ; 109:69-76.

[4] Faber BL. Comparison of an anatomic versus physiologic method of posterior tooth placement for complete dentures. *J Prosthet Dent* 1992;67:410-4.

[5] Hue O, Berteretche MV. Prothèse complète: Réalité clinique, solutions thérapeutiques. Paris : *Quintessence International*, 2004.

[6] Klein P. Prothèse piézographique: prothèse adjointe totale gériatrique. Paris : *John Libbey Eurotext*, 1988.

[7] Lejoyeux R. Les empreintes dans le traitement de l'édentation totale. Paris : 1986.

[8] Mariani P, Preckel BE. Examen clinique de l'édenté total. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Odontologie, 23-325-B-10, 2001, 8 p.