

Prothèse adjointe

En 2005, la SSO a publié la deuxième édition revue des directives de qualité en médecine dentaire. Depuis lors, un certain nombre de changements sont déjà intervenus en raison de l'accroissement exponentiel des connaissances en médecine dentaire. En conséquence, les techniques, les matériaux et parfois même les concepts thérapeutiques sont sujets à modifications. Pour que le praticien privé puisse garder une vue d'ensemble sur cette évolution, les associations professionnelles concernées et les quatre centres universitaires de médecine dentaire nous présentent les normes de qualité actuellement en vigueur.

1. Principes des critères d'évaluation

Chez le patient partiellement édenté, la prothèse adjointe (ou amovible) comprend une vaste gamme d'ancrages de différents types et de nombreuses possibilités de construction. Cette diversité complique dans un certain sens la définition simple et uniformément applicable des critères d'évaluation. En outre, la terminologie utilisée – «prothèse adjointe partielle ou complète» – n'explique pas le fait que les patients peuvent présenter des combinaisons très diverses de dentitions résiduelles et/ou d'édentements complets dans le maxillaire supérieur et/ou inférieur. Dans la population générale, le nombre des patients complètement édentés est en régression. Les patients ont tendance à perdre la plus grande partie ou la totalité de leurs dents

naturelles à un âge plus avancé. Au sein de la population âgée et parallèlement à l'augmentation de l'espérance de vie, cela se traduit par des investissements accrus en termes de durée et de coûts des traitements dans le domaine des prothèses adjointes partielles ou complètes, et par un plus grand nombre de cas difficiles. L'éventail des modalités thérapeutiques à disposition en prothèse amovible partielle ou complète est fortement influencé par les facteurs démographiques et sociaux. Le recours aux implants chez le patient partiellement ou complètement édenté a entraîné de grands changements des concepts thérapeutiques, ainsi que l'avènement de nouvelles alternatives.

En principe, nous pouvons définir trois sous-groupes de concepts thérapeutiques s'appliquant au patient partiellement ou complètement édenté; cette classification

se réfère à la complexité des reconstructions et à l'investissement technique nécessaire à leur réalisation (tab. I).

Ces degrés correspondent en partie à une notion de qualité, mais surtout à une notion d'indication spécifique en fonction du patient. Le degré 1 peut représenter une solution thérapeutique à court terme et donc en principe provisoire, mais parfois définitive pour les patients nécessitant des soins particuliers («Special Care Patients»), par exemple les patients gériatriques, les patients présentant des handicaps physiques ou psychiques ou ceux dont l'espérance de vie est réduite. Il est possible d'établir des critères de qualité pour chaque degré de réhabilitation – indépendamment de la simplicité ou de la complexité technique de la procédure utilisée. L'objectif de la réhabilitation par prothèse adjointe est de satisfaire les besoins esthétiques et fonctionnels du patient partiellement ou complètement édenté, et pour ce faire, la condition préalable est l'assainissement de la situation bucco-dentaire. Cela signifie qu'avant l'intégration de prothèses partielles amovibles, la dentition naturelle restante doit être préparée (soignée) sur le plan du parodonte, de l'endodonte et des mesures de restauration à effectuer. Une autre condition préalable importante est de motiver le patient pour qu'il s'astreigne à une hygiène bucco-dentaire correcte et à des contrôles réguliers. Il est scientifiquement établi que les éléments de construction des prothèses amovibles peuvent rendre l'hygiène bucco-dentaire plus difficile et favoriser ainsi l'accumulation de plaque sur les dents résiduelles. Les restaurations prothétiques partielles nécessitent une approche synoptique de la part du praticien, avec une planification appropriée comprenant la réalisation des traitements préalables nécessaires.

Tableau I: Détermination du degré de complexité de la réhabilitation

DEGRÉ DE RÉHABILITATION	OBJECTIFS DU TRAITEMENT PROTHÉTIQUE	EXEMPLES DE PROTHÈSES
Degré 1	Remplacement rapide par les moyens les plus simples des dents et des tissus perdus ou altérés; amélioration esthétique; intégration sociale	Prothèse en résine à crochets en fil d'acier Prothèse immédiate (généralement provisoire)
Degré 2	Remplacement des tissus perdus ou altérés. Amélioration de la forme, de la fonction et de l'esthétique avec des moyens simples	Prothèse à châssis coulé (stellite) Prothèse totale Prothèse totale ancrée sur deux implants dans le maxillaire inférieur
Degré 3	Rétablissement de la forme, de la fonction, de l'esthétique et du confort	Solution complexe: Télescopes, barre fraisée, prothèse parodontale hybride (perio-overdenture), prothèse avec barre d'ancrage sur des implants dans le maxillaire supérieur

Principes généraux de planification et de traitement

Traitement préparatoire et phase provisoire:

1. Anamnèse générale et bucco-dentaire.
2. Analyse individuelle des risques, en tenant compte des aspects systémiques et des aspects relevant de la médecine générale. Ces problèmes sont accentués chez les patients âgés, qui constituent la majorité des porteurs de prothèses.
3. Analyse des risques et de l'importance stratégique des dents restantes, en particulier des piliers potentiels.
4. Création de conditions orales saines; traitement des lésions dues à la plaque dentaire.
5. Rétablissement d'une situation occlusale correcte (suppression des guidages forcés, établissement de la dimension verticale d'occlusion).
6. Traitement des myoarthropathies éventuelles. Les prothèses provisoires peuvent avoir à cet égard une fonction diagnostique et thérapeutique.
7. Création d'une base prothétique optimale au moyen de petites corrections chirurgicales et conditionnement de la muqueuse buccale comme base pour les parties édentées des crêtes osseuses maxillaires, qui porteront une prothèse partielle ou complète.
8. Pose d'implants pour le soutien ou l'ancrage de prothèses hybrides dans le maxillaire supérieur et inférieur édenté ou pour l'augmentation du nombre de piliers chez les patients porteurs de prothèses partielles, p. ex. de prothèses parodontales hybrides (perio-overdentures).

Dans l'éventail des possibilités thérapeutiques, les alternatives doivent être prises en considération, surtout lorsque les dents manquantes sont peu nombreuses: p. ex. implants unitaires, bridge implanto-porté de faible portée dans les cas d'édentation distale unilatérale, techniques adhésives pour les édentations intercalées peu importantes, raccourcissement des arcades dentaires.

Principes de planification des prothèses complètes

- Au cours d'un entretien personnalisé, le praticien cherchera à évaluer si le patient est psychologiquement disposé à porter des prothèses totales et s'il se rend vraiment compte de la signification de

l'édentement. Les attentes irréalistes de même que les déficits moteurs seront dépistés le plus tôt possible.

- Par principe, il convient de tenir compte du fait que de nombreux facteurs caractérisant la situation orale du patient contribuent à différents degrés à la stabilité des prothèses: il s'agit notamment de la morphologie et de la relation intermaxillaire des crêtes, du degré d'atrophie, de la qualité des muqueuses, de la sécrétion salivaire, tant sur le plan de la quantité que de la qualité. Par conséquent, le diagnostic intraoral détaillé est un aspect important du traitement par prothèse totale.
- Il est judicieux de reprendre autant que possible les informations concernant l'esthétique, la dimension verticale et les relations intermaxillaires à partir de la denture résiduelle ou des prothèses déjà existantes. Les anciennes prothèses ou les prothèses immédiates peuvent être utiles pour la planification d'une prothèse totale. Elles permettent de réaliser des corrections en ce qui concerne l'occlusion, la dimension verticale et l'esthétique, et ces données peuvent donc être utilisées tant pour le diagnostic que pour le traitement actuel.
- Occlusion: il y a lieu de viser la création d'une relation cuspidé-fosse stable avec une occlusion équilibrée bilatérale.
- Choisir une répartition des dents piliers qui évite autant que possible le soutien des selles prothétiques par une muqueuse.

Principes de planification des prothèses partielles adjacentes

A plusieurs égards, les principes énoncés pour la planification et la préparation des prothèses complètes seront également pris en compte pour les prothèses partielles adjacentes. La conception des prothèses partielles doit chercher à maintenir de bonnes conditions pour la santé bucco-dentaire:

- Les éléments de construction du châssis doivent recouvrir les tissus naturels aussi peu que possible, mais autant que nécessaire.
- Viser à obtenir une répartition symétrique des dents piliers (réduction des ancrages, symétrie des châssis).
- Modelage des petites connexions secondaires respectueux du parodonte. Les structures parodontales doivent être traversées le moins possible.

- Les connexions principales doivent entraver le moins possible l'élocution et les autres fonctions.
- Les ancrages doivent être rigides (les prothèses en résine avec crochet en fil d'acier ne satisfont que de manière limitée à cette exigence).
- Tenir compte de la place disponible lors de l'évaluation des dents piliers (rétention, éviter les surcontours, nettoyabilité, esthétique).
- Conception du châssis dans les régions interproximales à proximité des piliers: le nettoyage à l'aide de cure-dents ou de brossettes interdentaires doit être possible, même avec la prothèse en place. Cependant, certains types de prothèses partielles ou d'ancrages ne permettent pas de satisfaire à cette exigence, p. ex. en raison d'un manque de place.
- Occlusion: un contact occlusal par paire d'antagonistes est suffisant. La configuration cuspidé-fosse correspond à ce concept («liberté en céntrée»).
- Dans la mesure du possible, prendre en considération les aspects esthétiques; lors de la conception du châssis, réduire le plus possible le métal visible.

En l'état actuel des connaissances en parodontologie, en endodontie et en cario-logie, il est possible de restaurer les dents de pronostic douteux et de les préserver à long terme, moyennant un suivi adéquat. La préservation du plus grand nombre possible de dents naturelles se justifie du point de vue biologique et psychologique, mais peut conduire à des problèmes considérables lors de la conception des prothèses adjacentes. Une approche plus radicale permet dans bien des cas de créer des conditions plus favorables pour le dessin du châssis (place, occlusion, relation intermaxillaire, ancrage, possibilités d'hygiène [nettoyabilité]). L'évaluation pronostique des dents individuelles doit donc différencier les aspects biologiques, techniques et stratégiques.

Biologique: pronostic sûr, douteux, à extraire

Technique: intégrité structurelle de la couronne, de la racine, type de rétention

Stratégique: position par rapport aux dents restantes, importance en tant que pilier

2. Critères d'évaluation des niveaux de qualité A à C

	DESCRIPTION	FONCTION, OCCLUSION ET DIMENSION VERTICALE	CONCEPTION DE LA BASE PROTHÉTIQUE
A+	Résultat optimal en matière de fonction, de confort et d'esthétique. Le nettoyage et l'entretien par le patient sont irréprochables.	–	–
A	Bon résultat du point de vue fonctionnel et esthétique. Absence de facteurs objectifs susceptibles d'entraîner des conséquences biologiques défavorables pour les tissus bucco-dentaires. Après la fin du traitement, il n'est pas nécessaire de réaliser des interventions en bouche et/ou sur les prothèses. Le patient contribue à ce résultat favorable grâce à une bonne hygiène bucco-dentaire. En fonction des critères objectifs, le patient devrait être satisfait.	La prothèse assure une fonction normale. Au moins un contact entre les antagonistes en occlusion centrée. Glissement possible sans interférences, pas de guidages forcés, pas de contacts prématurés décelables. L'élocution n'est pas entravée et la fonction masticatoire est assurée. La dimension verticale d'occlusion est correcte.	La conception et la confection des bases prothétiques sont optimales; absence de surextensions dans les régions des selles, qui s'adaptent parfaitement à la muqueuse; bonne finition. Le modelage de la gencive des dents prothétiques satisfait entièrement aux exigences d'une apparence naturelle et esthétique. Les réserves éventuelles ne nécessitent pas de modifications majeures.
B	Sur un ou plusieurs points, la prothèse ne satisfait pas ou pas entièrement aux exigences. Lésions circonscrites et réversibles des tissus, provoquées par la prothèse et pouvant être éliminées en modifiant la prothèse. Les non-conformités peuvent être corrigées par des mesures directes en bouche, ou indirectement. Les défauts ont éventuellement été constatés ou signalés par le patient lui-même.	Écarts mineurs affectant l'occlusion et l'articulé, pouvant être corrigés par une analyse occlusale directe ou indirecte et par des meulages sélectifs. Possibilité de modifier la dimension verticale d'occlusion par remontage de certaines dents.	La finition ainsi que l'adaptation de la base peuvent être améliorées. Présence de lésions réversibles ou prévisibles des tissus. La situation peut être améliorée par un rebasage, un polissage des bords et des corrections esthétiques.
C	Le résultat n'est pas acceptable. Lésions tissulaires importantes causées par les prothèses. La présence de facteurs objectifs ayant entraîné des atteintes biologiques irréversibles des tissus oraux a été constatée. La situation ne peut être améliorée que par une réalisation prothétique entièrement nouvelle. Nécessité éventuelle d'interventions sur les dents restantes ou même d'avulsion de certaines dents.	Relations occlusales déficientes et/ou choix erroné de la dimension verticale, ne pouvant être corrigés sans reconstruction à neuf de la prothèse (réalisation prothétique entièrement nouvelle). Exemples de malocclusions: situations d'occlusion forcée, guidages unilatéraux importants, interférences grossières impossibles à corriger. L'élocution et/ou la fonction masticatoire sont entravées.	Défauts graves de la finition et de l'adaptation de la base prothétique. Lésions tissulaires irréversibles. Il n'est plus guère possible d'améliorer la base prothétique par des mesures simples. Une nouvelle réalisation de la prothèse ou tout au moins de la base est indiquée.

	ESTHÉTIQUE	CONCEPTION DE LA PROTHÈSE PARTIELLE ADJOINTE / RÉACTION DES TISSUS
A+	Esthétique parfaite	Tous les éléments présents sont structurellement indispensables.
A	La conception, la construction et la configuration individualisée optimale des dents prothétiques aboutissent à un résultat esthétique favorable. A distance de conversation habituelle, la reconstruction prothétique est à peine reconnaissable comme telle.	Les dents résiduelles existantes, les parties édentées de la mâchoire et le palais sont correctement intégrés en tant que zones d'appui du châssis. Exécution respectueuse du parodonte et tenant compte, dans la mesure du possible, du confort individuel, de la symétrie prothétique et de la phonétique. Les connexions sont rigides, l'insertion de la prothèse est correctement préparée dans le reste de la denture (ancrage, implants). La bonne communication entre le médecin-dentiste et le technicien-dentiste est manifeste.
B	A plusieurs égards, le résultat esthétique n'est pas entièrement satisfaisant. Surcontours de différents éléments, ancrages ou éléments du châssis bien visibles; le montage des dents prothétiques n'est pas individualisé.	Conception inadéquate du châssis et/ou des structures d'ancrage (p. ex. contours des couronnes, télescopes, coiffes à ancrage radiculaire). Exploitation insuffisante des régions des selles prothétiques; la gencive est recouverte au-delà de ce qui est nécessaire; zone de rétention inefficace. Placement défavorable des implants. Communication et collaboration insuffisante entre le médecin-dentiste et le technicien-dentiste.
C	Esthétique objectivement insatisfaisante, ne pouvant être améliorée que par la fabrication d'une nouvelle prothèse.	Superstructures avec des composantes potentiellement dommageables; connexions non rigides. Appuis occlusaux insuffisants. Les dents ne sont pas correctement préparées pour l'insertion d'une prothèse partielle, les implants ont été placés dans des positions erronées. Manque ou absence de communication entre le médecin-dentiste et le technicien-dentiste.

	CONSTRUCTION, MATÉRIAUX, ANCRAGE DE LA PROTHÈSE PARTIELLE ADJOINTE	ASSISE ET STABILITÉ (SEULEMENT PROTHÈSES TOTALES)
A+	-	-
A	Tous les éléments de construction s'adaptent avec précision; leur exécution est bonne, de même que leur positionnement et leur finition, et ils sont à peine visibles à distance de conversation habituelle. Les matériaux utilisés sont inoffensifs quant à leurs réactions biologiques et traités selon des critères de qualité élevés. Les éléments d'ancrage tels que crochets, télescopes, couronnes coniques, glissières, couronnes ainsi que le placement des implants sont optimaux pour la construction correcte de la prothèse. Réserves mineures ne nécessitant pas de mesures correctrices.	La conception optimale relative à l'extension de la base prothétique et à la disposition des attaches musculaires assure une adhésion maximale sur la crête alvéolaire (longueur des bords, ligne A = postdam, tubérosité, triangle rétromolaire, insertion des freins, zone sublinguale). Le concept occlusal réalisé, tant en relation de contact centrée que dans les excursions, favorise la stabilité (montage des dents adapté aux crêtes). La situation des crêtes (forme, qualité des muqueuses) et la salive (qualité et quantité) contribuent à différents degrés à la bonne assise et à la stabilité.
B	Les éléments de construction ne sont pas suffisamment bien adaptés ou mal positionnés. Les éléments d'ancrage n'assurent pas un effet de rétention suffisant. Ils ne sont pas façonnés correctement, p. ex. en raison d'erreurs de préparation, ou la finition des éléments est insatisfaisante. Possibilité de réaliser des corrections directes ou indirectes (p. ex. activation des éléments de rétention; remplacement d'éléments d'ancrage, comme des parties femelles de composants d'éléments de rétention ou des cavaliers de barres, ou d'éléments de glissières, nouvelle fabrication de couronnes secondaires sur télescopes ou travaux coniques.	La conception ou la réalisation de la base prothétique ne satisfait pas à tous les critères d'une bonne assise stable (sous- ou surextension, joint pneumatique inefficace). Il est cependant possible de remédier à la situation par une modification des bords et/ou un rebasage. Des contacts occlusaux défavorables en relation centrée (contacts prématurés) ou dans les excursions entraînent une instabilité de la prothèse. Il est possible d'améliorer la stabilité par des corrections directes ou indirectes de l'occlusion.
C	Les éléments de construction sont mal adaptés ou mal positionnés, et ont donc provoqué des lésions tissulaires considérables et/ou des limitations fonctionnelles. En raison de défauts de construction, du choix de matériaux inappropriés ou d'un façonnage inadéquat, certains éléments ne remplissent pas leur fonction ou sont déjà défectueux. Une nouvelle prothèse doit être réalisée.	La stabilité de la prothèse totale n'est pas assurée en raison de la réalisation déficiente de la base et/ou de l'occlusion. Il n'est pas possible d'obtenir les améliorations souhaitées par des corrections. Une nouvelle réalisation des prothèses est indiquée pour obtenir une assise et une stabilité acceptable.

	ASSISE ET STABILITÉ (SEULEMENT PROTHÈSES PARTIELLES ADJOINTES)	SUIVI
A+	-	Un programme individuel optimal de recall été proposé au patient, avec une bonne organisation et des mécanismes de contrôle.
A	Les éléments d'ancrage (l'adaptation, la fonction et la rétention) sont bons, la planification adéquate du châssis ainsi que la conception et la réalisation correcte de la base prothétique et de l'occlusion assurent la bonne assise et la stabilité de la prothèse.	La participation à un programme de recall avec des rappels réguliers a été proposée au patient.
B	Des corrections directes ou indirectes sont nécessaires et réalisables: p. ex. activation d'éléments de rétention, remplacement d'éléments d'ancrage comme les parties femelles d'éléments de rétention, les cavaliers de barres ou les glissières à friction, nouvelle réalisation de couronnes secondaires, correction et adaptation de la base par rebasage, corrections occlusales.	La possibilité de participer à un programme de recall existe, mais elle n'a pas été suffisamment communiquée; la motivation du patient par le médecin-dentiste n'a pas été suffisante.
C	Il est impossible ou déraisonnable de procéder à des corrections. Une nouvelle réalisation des prothèses est indiquée.	La possibilité de participation à un programme de recall n'a pas été proposée.

3. Commentaires sur les critères d'évaluation

Les prothèses partielles, hybrides et totales doivent tenir compte des désirs individuels, des besoins spécifiques et de la situation bucco-dentaire des patients. Nous nous efforçons de donner satisfaction au patient en termes de bien-être subjectif, d'esthétique et de fonctionnalité. Il convient de relever que dans le domaine des prothèses amovibles, comme dans d'autres branches de la médecine dentaire, la satisfaction du patient n'est pas toujours corrélée à la qualité technique des soins prodigués. Différents facteurs comme des crêtes étroites, des muqueuses minces, des relations intermaxillaires difficiles ou une situation défavorable des dents naturelles résiduelles peuvent conduire à des résultats divers en matière de stabilité et d'assise, de conception et de construction technique des prothèses. Même lorsque tous les critères objectifs d'une conception et d'une réalisation prothétique optimale sont remplis, il est possible que le patient n'en soit pas satisfait. En outre, les désirs du patient interfèrent aussi avec les principes de la biologie, de la technique et de la construction prothétique; ainsi, le montage des dents réalisé selon des critères purement esthétiques peut se répercuter défavorablement sur la stabilité occlusale.

Différents facteurs peuvent être invoqués lors d'insatisfaction du patient:

- Capacité d'adaptation réduite, sensation de corps étranger, manque d'habileté dans la manipulation de la prothèse. Ces facteurs s'observent souvent chez le patient âgé ou lorsqu'il s'agit d'une première prothèse. Certaines affections peuvent accentuer cette problématique (p. ex. hémiplégie).
- Les problèmes de confort et/ou de stabilité des prothèses dentaires amovibles, et en particulier des prothèses totales, peuvent être accentués en cas de xérostomie (sécheresse buccale). Différents médicaments et certaines maladies peuvent influencer négativement la qualité et la quantité de la sécrétion salivaire, et par conséquent le milieu buccal en général.
- Lors de stomatodynie idiopathique (*burning mouth syndrome*), il n'est souvent pas possible de déceler cliniquement une relation causale entre les prothèses adjoindes, les matériaux utilisés et le statut des muqueuses buccales.

Dans les cas difficiles, lors de problèmes prévisibles et en cas d'intolérance aux prothèses, il convient d'envisager l'adaptation des prothèses existantes au lieu de procéder d'emblée à une nouvelle réalisation prothétique. Dans le but d'améliorer le confort, la pose d'implants entre également en ligne de compte. Cependant, la pose d'implants ne permet pas non plus de surmonter l'intolérance psychogène aux prothèses, et le plus souvent, la réalisation de nouvelles prothèses ne permettra pas de résoudre ce problème. Pour ces raisons, lors de l'analyse des problèmes concernant des prothèses amovibles existantes, il est judicieux d'avoir recours à un questionnaire structuré (check-list), qui aidera à clarifier les problèmes, les attentes et les questions qui se posent lors d'un entretien personnalisé avec le patient.

4. Références bibliographiques concernant les prothèses partielles adjointes

Battistuzzi P, Käyser A, Keltjens H, Plasmans P: Teilprothesen. Planung, Therapie, Nachsorge. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (1991).

Berg E: Periodontal problems associated with use of distal extension removable partial dentures – a matter of construction? *J Oral Rehabil* 12: 369–379 (1985).

Bergman B, Hugoson A, Olsson C: Caries, periodontal and prosthetic findings in patients with removable partial dentures: a ten-year longitudinal study. *J Prosthet Dent* 48: 506–514 (1982).

Brill N, Tryde G, Stoltze K, El Ghamrawy E: Ecologic changes in the oral cavity caused by removable partial dentures. *J Prosthet Dent* 38: 138–148 (1977).

Brunner T, Kundert M: Gerüstprothetik. Karger, Basel (1988).

Brunner Th, Marinello C P: Der Sublingualbügel nach Tryde und Brantenberg. Eine noch wenig bekannte Form des grossen Verbindungselementes im Unterkiefer. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 93: 352–361 (1983).

Budtz-Jørgensen E, Isidor F: Cantilever bridges or removable partial dentures in geriatric patients: a two-year study. *J Oral Rehabil* 14: 239–249 (1987).

Budtz-Jørgensen E, Bochet G: Alternate framework designs for removable partial dentures. *J Prosthet Dent* 80: 58–66 (1998).

Ghamrawy E: Quantitative changes in dental plaque formation related to removable partial dentures. *J Oral Rehabil* 3: 115–120 (1976).

Grasso J, Miller E: Removable partial prosthodontics. Mosby, St. Louis (1991).

Marinello C P: Die altered-cast Methode, Abformung in der Teilprothetik. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 97: 465–472 (1987).

Marinello C P, Schärer P: Resin-bonded etched cast extracoronary attachments for removable partial dentures: Clinical experiences. *Int J Periodontics Restorative Dent* 7: 37–49 (1987).

Marinello C P, Schärer P, Meyenberg K: Resin bonded etched castings with extra-coronary attachments for removable partial dentures. *J Prosthet Dent* 66: 52–55 (1991).

Öwall B, Käyser A F, Carlsson G E (eds): Prosthodontics. Principles and management strategies. Mosby-Wolfe, London (1996).

Witter D, Van Elteren P, Käyser A F, Van Rossum M: The effect of removable partial dentures on the oral function in shortened dental arches. *J Oral Rehabil* 16: 27–33 (1989).

Conception du châssis

Palla S, Ruggia F: Verfahren der klammerlosen Modellgussprothese. *Quint* 62: 479–492 (2011).

Une augmentation du nombre de piliers avec l'aide d'implants pour agrandir le polygone de soutien doit être envisagée lors de répartition asymétrique des piliers dentaires et de support de prothèse défavorable (atrophie des crêtes, plancher buccal élevé, divergence intermaxillaire).

Krennmair G, Krainhöfner M, Waldenberger O, Piehslinger E: Dental implants as strategic supplementary abutments for implant-tooth-supported telescopic crown-retained maxillary dentures: a retrospective follow-up study for up to 9 years. *Int J Prosthodont* 20: 617–622 (2007).

Kaufmann R, Friedli M, Hug S, Mericske-Stern R: Removable dentures with implant support in strategic positions followed for up to 8 years. *Int J Prosthodont* 22: 233–241 (2009).

Les technologies numériques (scanner, CAD/CAM) dans la réalisation des reconstructions seront envisagées en tant qu'auxiliaires simplificateurs permettant d'en améliorer la précision et la stabilité.

5. Références bibliographiques concernant les prothèses totales

Budtz-Jørgensen E: The edentulous patient. In: Öwall B, Käyser A F, Carlsson G E (eds). Prosthodontics. Principles and management strategies. Mosby-Wolfe, London, S. 65 (1996).

Budtz-Jørgensen E: Sequelae of wearing complete dentures. In: Zarb G A, Bollen C L, Carlsson G E (eds). Boucher's prosthodontic treatment for edentulous patients. Mosby, St. Louis, S. 30 (1997).

Budtz-Jørgensen E, Clavel R: La prothèse totale. Théorie, pratique et aspects médicaux. Masson, Paris (1995).

Geering A H, Kundert M: Total- und Hybridprothetik. 2. Aufl., Thieme, Stuttgart (1992).

Lombardi T, Budtz-Jørgensen E: Treatment of denture-induced stomatitis: a review. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 2: 17–22 (1993).

Müller-Fahlbusch H: Psychische Gesichtspunkte für Zahnarzt und Patient bei Ausbleiben des erwarteten Behandlungserfolges. *ZWR* 88: 853–858 (1979).

Müller-Fahlbusch H: Die psychogene Prothesenunverträglichkeit. *Zahnärztebl. Baden-Württemberg* 13: 64–67 (1985).

Müller-Fahlbusch H: Psychosomatik. In: Hupfaut L (Hrsg). Totalprothesen. 3. Aufl., Urban & Schwarzenberg, München, S. 19 (1991).

Müller-Fahlbusch H: Ärztliche Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Thieme, Stuttgart (1992).

Palla S: Die Logik des posterioren Okklusionskonzeptes. In: Drücke W, Klemm B (Hrsg). Schwerpunkte in der Totalprothetik. Quintessenz, Berlin, S. 127 (1986).

Palla S: Bestimmung der Kieferrelation. In: Hupfaut L (Hrsg). Totalprothesen. 3. Aufl., Urban & Schwarzenberg, München, S. 133 (1991).

Palla S: Occlusal considerations in complete dentures. In: McNeill C (ed.). Science and practice of occlusion. Quintessence, Chicago, S. 457 (1997).

6. Auteurs des lignes directrices en prothèse adjointe partielle et totale

Une investigation du support par implant de prothèse totale utilisant deux implants peut être envisagée lors de soutien prothétique défavorable (atrophie des crêtes, plancher buccal élevé, divergence intermaxillaire).

Thomason J M, Kelly S A, Bendkowski A, Ellis J S: Two implant retained overdentures – a review of the literature supporting the McGill and York consensus statements. *J Dent* 40: 22–34 (2012).

Feine J S, Carlsson G E, Awad M A, Chahade A, Duncan W J, Gizani S, Head T, Lund J P, MacEntee M, Mericske-Stern R, Mojon P, Morais J, Naert I, Payne A G, Penrod J, Stoker G T Jr, Tawse-Smith A, Taylor T D, Thomason J M, Thomson W M, Wismeijer D: The McGill Consensus Statement on Overdentures. Montreal, Quebec, Canada. *Int J Prosthodont* 15: 413–414 (2002).

Les techniques numériques (scanner, CAD/CAM) dans la réalisation des reconstructions seront envisagées en tant qu'auxiliaires simplificateurs permettant d'en améliorer la précision et la stabilité.

Deak A, Marinello C P: CAD-CAM-Anwendung in der Totalprothetik. *Swiss Dent J* 125: 713–728 (2015).

Bidra A S, Taylor T D, Agar J R: Computer-aided technology for fabricating complete dentures: systematic review of historical background, current status, and future perspectives. *J Prosthet Dent* 109: 361–366 (2013).

Ejvind Budtz-Jørgensen, Genève
Alfred H. Geering, Berne
Carlo P. Marinello, Bâle
Regina Mericske, Berne
Sandro Palla, Zurich
Fidel Ruggia, Lugano
Joannis Katsoulis, Berne

avec la participation appréciée de praticiens chevronnés et de spécialistes SSRD.

Responsables de la version française:
Jacques Rossier et Thomas Vauthier



Clinique de prothèse dentaire

Patient:

Médecin-dentiste traitant:

Date:

Questionnaire: Prothèse adjointe

Type de prothèse(s)	Max. sup.	Max. inf.
1. Rétention/stabilité insuffisantes de la prothèse		
2. Douleurs/brûlures des gencives sous la prothèse		
3. Douleurs au niveau du palais, sensation de pression		
4. Sensation de tension provoquée par les éléments de rétention		
5. Zones de compression par des structures métalliques		
6. Rétention alimentaire au niveau des crochets		
7. Infiltration alimentaire sous la prothèse		
8. Mobilité de la prothèse durant la conversation		
9. Les crochets sont mal adaptés, les boutons-pression ne fonctionnent pas		
10. Le port de la prothèse vous donne des nausées		
11. La prothèse s'est cassée à plusieurs reprises		
12. Des crochets se sont cassés		
13. La couleur des dents prothétiques est inadéquate		
14. La forme des dents prothétiques est inadéquate		
15. La position des dents prothétiques est inadéquate		
	OUI	NON
La mastication sur les molaires vous pose des problèmes		
La fonction des dents antérieures vous pose des problèmes		
Les prothèses vous gênent pour parler		
Les dents des prothèses ne s'engrènent pas correctement		
Vous ne supportez pas le volume trop important des prothèses		
Vous ressentez des douleurs au visage/à la tête après avoir porté les prothèses pendant un temps prolongé		
Le fait de penser que vous portez des prothèses vous gêne		
La prothèse provoque un goût métallique dans la bouche		
Quels problèmes peuvent être résolus définitivement?		
Quels problèmes peuvent probablement être résolus?		
Quels problèmes peuvent être améliorés, sans être résolus définitivement?		
Quels problèmes ne peuvent pas être résolus par des prothèses totales conventionnelles?		

Ce questionnaire a été discuté avec le patient le

Signature du patient:

Signature du médecin-dentiste: