

PROGRAMME

PROTHESE COMPLETE : APPROCHE CLINIQUE DE L'OCCLUSION

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 avoir une augmentation de 80% entre 2004 et 2050 (sources de l'INSEE), ce qui est assez conséquent.

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.

Une technique, qui n'est pas enseignée de façons approfondies dans le cursus normal des Facultés dentaires, permet de résoudre la plupart des cas et apporte un confort de travail avec une fiabilité proche de 95% et résout les situations d'échec liées aux traitements courants actuels.

Le traitement de l'occlusion étant à la base de tous les travaux dentaires il est nécessaire d'avoir une maîtrise plus aboutie de toutes les étapes de réalisations prothétiques afin de travailler dans les meilleures conditions possibles et pour le confort des patients.

Cette technique repose sur le traitement occlusal basé sur l'anatomie et sans aucune manipulation.

Il est prouvé dans les Universités américaines telles que « University of Michigan School of Dentistry » que toute manipulation aboutit par réflexe inconscient à une erreur dans l'enregistrement de l'occlusion.

La technique ici présentée permet un enregistrement de l'occlusion anatomique du patient.

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

OBJECTIF GENERAL

- Traitement de l'occlusion physiologique
- Choix esthétiques et fonctionnels
- Utilisation en prothèse conjointe
- Apport possible dans le domaine numérique (évaluation de l'intérêt pour le numérique)
- Traiter les dysfonctions (utilisation nécessaire pour les traitements de pathologies articulaires)

PRE REQUIS

Aucun

OBJECTIFS OPERATIONNELS (COMPETENCES VISEES)

Pouvoir analyser les repères anatomiques, les repères des positions naturelles physiologiques.

Identifier les anomalies fonctionnelles, les pathologies acquises dans le temps, celles induites soit par erreurs antérieures, soit par une usure anormale dentaire ou de prothèses.

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 créer son traitement personnalisé en fonction de son état.

Les objectifs de cette formation sont :

- Les différentes occlusions (anatomique, physiologique, de convenance, pathologique)
- Les différentes occlusions, les conséquences sur la respiration, la mastication, la déglutition, la phonation avec le traitement de l'occlusion de convenance ou physiologique.
- Faire le choix esthétique et fonctionnel le plus favorable
- Savoir traiter les dysfonctions antérieures.

METHODES PEDAGOGIQUES

- Exposé didactique
- Vidéos
- Auto évaluation
- Quizz
- Cas clinique
- 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.

Les problèmes d'enregistrements occlusaux sont constants.

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 entre chaque module de formation par QCM, et des cas cliniques et pratiques. 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 : Analyse occlusale

Durée : 2h

Objectifs pédagogiques :

- Analyse physiologique et biométrique
- Réalisation du bilan ligamentaire et tissulaire
- Différents enregistrements occlusaux (anatomique, gnathologie, réel, phonétique)
- Détermination des dimensions verticales de repos et d'occlusion selon le caractère morphologique
- Réglage phonétique

Module 2 : Articulateurs utilisations

Durée : 2h

Objectifs pédagogiques :

- Articulateur tri-dimensionnel (les intérêts, la nécessité)
- Le pointeau central
- Numérique défaillant dans ce domaine

Module 3 : Enregistrement occlusal et fonctionnel

Durée : 4h

Objectifs pédagogiques :

- L'arc facial son utilisation
- Les différentes positions de l'occlusion
- Enregistrement de l'occlusion
- Le pointeau central
- Choix des dents selon l'âge et le caractère morphologique
- L'espace libre selon l'ethnie
- Appréhender les pathologies dysfonctionnelles
- L'utilisation en prothèse conjointe.

Evaluation post-formation

Durée : 20 min

Evaluation sous forme de QCM

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lejoyeux J. Prothèse complète. Tomes I, II et III, 3^eéd Paris: Maloine, éd., 1978-1979.
2. Zamacona JM, Kutz R. Analyse de l'occlusion et de la stabilité en prothèse totale. Cah Prothèse 1991;75:29-35.
3. Devin R. La dentogénique d'après Frush et Fischer. Une conception actuelle de l'esthétique dentaire. Actual Odonto-Stomatol. 1961;53: 7-61.
4. Bory H, Gobert B. Étude cinématique de 2 articulateurs anatomo-fonctionnels. Prothèse Dent 1993.
5. Devin R. La conception artistique du montage des dents antérieures. Rev Fr Odonto Stomatol. 1963;10:1-20.
6. Frush JP, Fisher RD. Introduction to the dentogenic restorations. J Prosthet Dent. 1955; 5: 586-595.
7. Williams JL. The temperamental selection of artificial teeth, a fallacy. Dent Digest. 1914; 20(2): 63-75, (3):125-134, (5): 233-259.
8. Sears VH. Selection of artificial teeth for artificial dentures. J Am Dent Assoc. 1941;28: 928-935.
9. Benbelaïd R, Postaire M. Indices faciaux et choix de la dimension des dents antérieures en prothèse adjointe complète. Cah Prothèse 1995; 89: 45-54.
10. Schwartz GT, Dean MC. Sexual dimorphism in modern human permanent teeth. Am J Phys Anthropol. 2005; 128: 312-317.
11. 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.
12. 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.
13. Wolfart S, Menzel H, Kern M. Inability to relate tooth forms to face shape and gender. Eur J Oral Sci. 2004; 112: 471-476.
14. Louis JP, Dabadie M, Bichet Ph. Esthétique en prothèse complète: des dents prothétiques aux dents "naturelles". Cah Prothèse. 1987; 60: 83-114.
15. 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.
16. Gerber A. La occlusion y clasticuladado naturaly protetico. Zürich: Condylator Service, 1960, 1972.
17. Gerber A. Técnica de registro en protesis. Diagnostico y rereapia de la occlusion. Zurich: Condylator service, 1981.
18. Gerber A, Steinhardt G. Kiefergelenkstörungen. Diagnostik und therapie. Berlin: Quintessenz Verlags - GmbH,1989. 1
19. Christensen GJ. occlusion devient plus confuse? Un plaidoyer pour la simplicité. JADA 2004; 135: 767-70.
20. Glossaire des termes prothétiques. J Prosthet Dent 1987; 58: 713-62.
21. Alexander SR, Moore RN, DuBois LM. position mandibulaire condyle: comparaison des fixations de l'articulateur et l'imagerie par résonance magnétique. Am J Orthod dento Orthop 1993; 104: 230-9.
22. Lejoyeux J. Prothèse complète. Tome 2. Diagnostic. Traitement (1^{re} partie), 4^e Ed. Paris, Maloine, 1986.
23. Frush JP, Fisher RD. The age factor in dentogenics. J Prosthet Dent. 1957; 7: 5-13.
24. Frush JP, Fisher RD. The dynesthetic interpretation of dentogenic concept. J Prosthet Dent. 1958; 8: 558-581.
25. Brodie AG. L'articulation temporo-mandibulaires. III Dent J 1939; 8: 2-12.
26. Perry HT. articulation temporo-mandibulaire et de l'occlusion. Angle Orthod 1976; 46: 284-93.
27. Moyer RE. Une analyse électromyographique de certains muscles en mouvement temporo. Am J Orthod 1950; 36: 481-515.
28. Thompson JR. considérations anatomiques et physiologiques pour des positions de la mandibule. Dent J Aust 1951; 23 (4): 161-6.
29. Thompson JR. Anormale fonction des articulations temporo-mandibulaires et connexes musculature: implications orthodontique, Partie I. Angle Orthod 1986; 56 (2): 143-63.
30. Thompson JR. Fonction anormale du temporo
31. les articulations et les muscles connexes, implications orthodontiques, Partie II. Angle Orthod 1986; 56 (3): 181-95.
32. Ricketts RM. Les implications cliniques de l'articulation temporo-mandibulaire. JADA 1966; 52: 416-39.
33. Roth RH. Le système de maintenance et de la dynamique occlusales. Dent North Am 1976 Clin; 20: 761-88.
34. Wyatt WE. La prévention des effets néfastes sur l'articulation temporo par le traitement orthodontique. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1987; 91: 493-9.
35. Rinchuse DJ. Counterpoint: une comparaison en trois dimensions de changement condylienne entre relation centrée et l'occlusion centrée en utilisant l'indicateur de position mandibulaire. Am J Orthod dento Orthop 1995; 107: 319-28.
36. Gianelly AA. Orthodontie, la position condyle, et le statut TMJ. Am J Orthod dento Orthop 1989; 95: 521-3.
37. Gianelly AA, Hughes HM, Wohlgemuth P, G. Gildea la position condylienne et le traitement d'extraction. Am J Orthod dento Orthop 1988; 93: 201-5.
38. Gianelly AA. Position condyle et classe II morsure profonde, sans-overjet malocclusions. Am J Orthod dento Orthop 1989; 96: 428-32.
39. Gianelly AA, Cozzani M, J. Boffa et la position condylienne première extraction de prémolaires maxillaires. Am J Orthod dento Orthop 1991; 99: 473-6.
40. Berteretche MV. Edentement complet et prothèse adjointe complète. In: Esthétique en odontologie. Editions CdP, Collection JPIO, Malakoff, 2014: 195-212.