

De la **mastication** en prothèse **implanto-portée**

Jean-claude **MONIN***
Antoine **MONIN****

C'est la réhabilitation de la fonction masticatoire qui sous-tend l'ensemble des disciplines odontologiques.

A l'heure de « la prise en charge globale » de nos patients, c'est cette même fonction retrouvée qui établit un lien explicite pour eux entre tous nos domaines de compétence. L'implantologie plus que toute autre technique à notre disposition, par « l'immédiateté » de l'échec, dans le cas d'une mauvaise analyse préalable, est sans doute la discipline la plus à même de « réhabiliter » l'approche fonctionnelle au sein de notre art.

Résumé

Introduction

Que penser d'un garagiste qui s'obstinerait à changer régulièrement le pneu déficient de votre voiture sans jamais se préoccuper de l'origine même de l'usure prématurée de ce dernier ?

Remplacer une dent absente ou irréversiblement délabrée sans nous interroger sur les raisons de sa

dégradation, voire de sa perte, ne relève-t-il pas de la même démarche intellectuelle ?

Il est temps pour notre discipline d'axer sa démarche thérapeutique sur un diagnostic étiologique précis plutôt que de se borner à un traitement symptomatique des « désordres dentaires. »

*Dr en chirurgie dentaire - Ancien assistant hospitalo-universitaire (Dpt prothèse Fac Odont Lyon)
DUI d'implantologie de la fac de sciences de Corte - DU d'implantologie basale de la fac de Nice.

**Dr en chirurgie dentaire
DUI d'implantologie de la fac de sciences de Corte - DU d'implantologie basale de la fac de Nice.

Posons-nous les questions essentielles ?

- *Pourquoi cette dent est-elle fracturée ?*
- *Pourquoi cette dent est-elle mobile ?*
- *Pourquoi cette dent présente-t-elle une lésion parodontale ?*
- *Pourquoi cette dernière est-elle la seule atteinte dans ce secteur ?* (les agents microbiens responsables de l'atteinte ne sont-ils actifs que sur un site ?).



Fig. 1- Occlusion statique lors de la première consultation.

Tout comme le garagiste se doit d'évoquer un problème de parallélisme lorsqu'il constate l'usure prématurée d'un pneu, nous nous devons d'analyser l'intégration d'une dent au schéma fonctionnel existant, chaque fois que cette dernière présente une symptomatologie propre.

Cette démarche doit s'appliquer de façon systématique à chacune des disciplines odontologiques, car il ne fait aucun doute que la grande majorité des pertes de l'organe dentaire est d'ordre fonctionnel.

« La fonction crée l'organe, et l'organe s'adapte à la fonction »

Ce constat résume à lui seul la complexité du problème.

L'être vivant dans son ensemble est déterminé par son génotype, mais son développement est influencé par sa fonction, c'est à dire par son phénotype ou encore son environnement.

Ainsi, un organe normal deviendra pathologique sous l'influence d'une fonction non équilibrée afin de s'adapter à une loi simple et universelle :

« Le plus d'efficacité possible avec le moins d'énergie possible »

La fonction masticatoire ne se soustrait en rien à ces principes.

La fonction masticatoire équilibrée



Fig. 2- Latéralité droite.



Fig. 3- Latéralité gauche (notez l'importance de l'AFM Gauche) (Angle Fonctionnel Masticatoire).

Il s'agit d'une mastication unilatérale alternée.

Elle est garante d'une croissance harmonieuse de notre système manducateur et entretient ce système tout au long de notre vie.

En effet, une fonction équilibrée maintient dans le temps des pentes condyliennes égales contribuant ainsi à l'établissement d'un plan d'occlusion harmonieux.

C'est cette même fonction équilibrée qui entretient l'organe après son développement complet par la stimulation des récepteurs périphériques induisant une réponse hormonale systémique qui conduit à la constitution d'un os maxillaire et mandibulaire résistant car sollicité par des forces réparties sur l'ensemble des deux arcades.

La fonction masticatoire non équilibrée

A contrario, une fonction masticatoire essentiellement unilatérale caractérise une fonction non équilibrée. Cette dernière génère un développement asymétrique des maxillaires (atrophie du côté le moins stimulé par la fonction). Le manque de stimulation entraîne un développement globalement insuffisant qui génère à son tour des problèmes d'ordre orthodontique et **l'établissement d'un plan d'occlusion pathologique**, l'asymétrie des tubercules antérieurs zygomatiques et donc la création de pentes condyliennes différentes qui seront par ailleurs un grand handicap pour le rétablissement éventuel d'une fonction masticatoire unilatérale alternée.

Implantologie et fonction

Nous résumerons volontairement la thérapeutique implantaire à **trois questions** essentielles que le praticien se doit d'aborder.

► 1- Où placer les implants ?

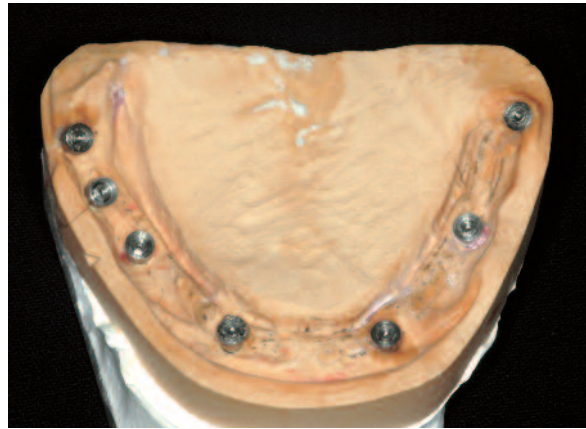


Fig. 5- Modèle de travail mandibulaire.

Une parfaite connaissance anatomique ainsi que la maîtrise d'une bonne technique chirurgicale apporteront la réponse aux questions concernant la détermination des sites implantaires.

► 2- Faut-il réaliser une mise en charge de l'implant simultanément au temps chirurgical ou opter pour une mise en charge différée ?



Fig. 6- Armature mandibulaire.



Fig. 7- Essayage de l'armature en bouche.

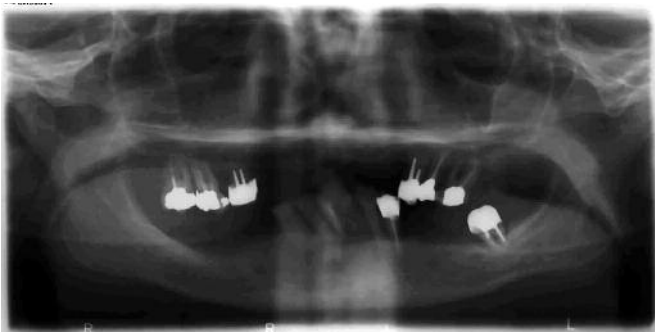


Fig. 4- Cliché orthopantomographique initial.

Les notions fondamentales de la biologie osseuse constituent les connaissances indispensables à l'établissement du plan de traitement. La stabilité primaire de la structure implantaire doit être vérifiée in situ par le praticien. Cette dernière, si elle est jugée satisfaisante, doit permettre dans certains cas d'envisager une mise en charge immédiate à l'aide d'une prothèse transitoire.

Notons par ailleurs la parfaite similitude des problèmes rencontrés à propos de la mise en charge en chirurgie orthopédique notamment lors de la mise en place chirurgicale de prothèses (hanche ou genoux).

Force est de constater que la mise en charge ou mise en fonction de ces mêmes prothèses se veut de plus en plus accolée au temps chirurgical proprement dit.

► 3- Quelle fonction choisir ?



Fig. 8- Détermination du nouveau plan d'occlusion à l'aide d'une coupole.

Il n'existe aucun système de compensation ligamentaire autour d'un implant. Dès lors, ce dernier, s'il est mis en charge dans le même schéma fonctionnel que celui qui a préalablement détruit la dent, aura une vie encore plus courte que la dent perdue.

Il est surprenant de constater que certains auteurs préconisent d'établir une fonction permettant la « protection » des implants.

Nous sommes en droit de nous interroger sur les fondements de telles recommandations. En effet, pourquoi mettre en place des implants si on imagine de les protéger ?

Et quelle attitude adopter dans le cas de réhabilitation totale implantaire ? Dans ce cas le praticien n'aura le choix que de protéger l'implant par une autre structure implantaire !

Là encore seul le choix d'un schéma fonctionnel équilibré semble pouvoir permettre une répartition équilibrée des contraintes occlusales sur chacun des piliers implantaires.

Etude fonctionnelle préliminaire à l'implantation

La thérapeutique implantaire plus que tout autre traitement nécessite le rétablissement d'une fonction parfaitement équilibrée décrite selon les critères préalablement abordés.

C'est l'étude fonctionnelle de chaque patient qui permettra au praticien de poser l'éventuelle indication d'un traitement implantaire.

Cette étude se base sur la collecte d'éléments cliniques :



Fig. 9- Montage terminé.



Fig. 10- Notez l'inclinaison transversale et antéro-postérieure de la coupole d'occlusion (courbe de Wilson et Courbe de Spee).



Fig. 11- Prothèse mandibulaire d'usage.

- Diagnostic d'une mastication unilatérale, par la comparaison des **angles fonctionnels masticatoires** (A F M).
- Etude du plan d'occlusion pathologique. Dans le cas d'une mastication unilatérale, ce plan monte dans sa partie antérieure du côté mastiquant, et descend du côté non mastiquant.
- Diagnostic d'un dysfonctionnement de l'ATM (claquements, douleurs...)
- Enregistrement d'un plan crânien à l'aide d'un arc facial.
- Prise d'empreintes et coulée des moulages d'étude.
- Montage sur articulateur programmable.

Si l'étude fonctionnelle révèle l'impossibilité de modifier le schéma fonctionnel pathologique, le praticien devra se résoudre à abandonner l'idée d'une solution implantaire. Ce n'est qu'une fois s'être assuré d'une telle éventualité que les examens complémentaires permettront d'évaluer la disponibilité osseuse et les difficultés chirurgicales éventuelles (examens biologiques et radiologiques.)

Esthétique et fonction

La dentisterie n'échappe pas à l'évolution de nos sociétés. Force est de constater que le monde de l'image et du paraître a envahi notre profession. Ainsi il n'est pas rare d'entendre dans de nombreuses conférences que « ce qui est esthétique est fonctionnel ». Ce genre de propos est accepté par un auditoire de plus en plus important comme un dogme.

Nous invitons le lecteur à bien vouloir prendre conscience que l'esthétique n'a rien à voir avec le beau. Il varie inéluctablement avec les modes et les époques.

L'esthétique imposée par le binôme patient/praticien ne résiste pas à la fonction. L'analyse de chacun de nos échecs, qu'ils soient d'ordre orthodontique, parodontal, prothétique ou implantaire suffit pour s'en convaincre.

Notre esthétique ou notre paraître est celui de notre fonction. Le coureur de fond diffère physiquement de l'haltérophile. Tout comme la fonction modèle le physique de ces athlètes, elle modifie la mise en place des dents sur l'arcade.

On comprend alors aisément que la restauration d'un seul élément de cet ensemble ne puisse être envisagée sans la prise en compte de l'antériorité fonctionnelle dudit ensemble.



Fig. 12- Occlusion statique.



Fig. 13- Latéralité droite (contacts équilibrés lors des excursions mandibulaires).



Fig. 14- Latéralité gauche (les AFM égaux).



Fig. 15- Contrôle à 3 ans (Diskimplants-Victory).

Conclusion

Cet article ne se veut pas didactique. Il s'agit simplement d'une réflexion de clinicien et patient.

A l'heure où la médecine reconnaît être parfois trop technique et pas assez humaine, la dentisterie doit faire le même chemin en étant à l'écoute du patient.

Nos « aînés fonctionnalistes » avaient découvert cela depuis longtemps.

Parmi eux **Pedro Planas, François Ackermann** et bien d'autres, plus récemment des auteurs comme **Jean François Lauret et Marcel Legall** nous incitent à découvrir la mastication.

Après des années d'oubli au profit de techniques très sophistiquées, la thérapeutique fonctionnelle semble intéresser un nombre croissant de praticiens, c'est à notre avis la seule voie possible pour répondre efficacement aux problèmes de nos patients.



S.O.F.I.A.
Société d'Odontologie
Fonctionnelle
& d'Implantologie Appliquée
Portez un regard neuf sur votre cœur de métier



« Une formation complète et pratique pour démystifier l'occlusion et rationaliser toutes vos réhabilitations prothétiques. »

<http://sofia-monin.fr>