

Considerations Actuelles Sur Les Pertes De Substances Maxillaires

Pierre TINEL (*) — Engin ARAS (**)

On trouvera dans ce texte les considérations actuelles sur l'appareillage des pertes de substance maxillaires :

- la coordination chirurgico-prothétique et le choix de l'appareillage;
- l'importance de l'appareillage immédiat;
- le choix du matériau;
- l'importance de la stabilité et des possibilités de modifications des prothèses obturatrices.

Ainsi, les pertes de substances des maxillaires peuvent trouver avec la prothèse maxillo faciale, conduite en respectant certains facteurs majeurs, une restauration prothétique de bonne qualité, et pour nos malades un soulagement certain au lendemain d'une telle infirmité.

(*) Docteur en Médecine et Stomatologiste, Professeur à la Faculté de Chirurgie Dentaire et Chef de Service de Prothèse Maxillo - Faciale, Marseille - FRANCE.

(**) D.M.D., C.E.S. de Prothèse Maxillo - Faciale, Docteur de Troisième Cycle en Sciences Odontologiques, Faculté de Chirurgie Dentaire - Université Egée, Chaire de Prothèse, Bornova, Izmir - TURQUIE.

En présence d'une perte de substance consécutive à un traumatisme ou à une lésion pathologique, le médecin doit essayer de corriger les troubles esthétiques et fonctionnels aussi précocement que possible.

Aussi, nous devons d'une part appareiller notre malade aussitôt après l'intervention d'exérèse, ou, dans les instants qui suivent le traumatisme; d'autre part, nous devons utiliser les matériaux et les techniques les mieux adaptés aux cas cliniques.

De ces faits, nous ne devons pas ignorer les données actuelles.

Il nous paraît essentiel de donner à nos prothèses restauratrices du maxillaire, les caractères suivants :

- Précocité d'exécution et de pose;
- Non agressivité tissulaire par utilisation d'un matériau élastique;
- Stabilité;
- Retouches et renouvellements périodiques de l'appareillage.

Par ces principales conditions, la prothèse obturatrice peut assurer, à nos malades, non seulement un résultat esthétique et fonctionnel satisfaisant, mais encore un confort immédiat, post-opératoire, et lointain, après guérison.

Nous allons donc examiner ces points à travers les données actuelles.

Tout d'abord nous allons étudier la précocité d'exécution et de pose, soit chez l'opéré, soit chez le traumatisé.

Chez l'opéré, nous considérons le cas du malade, porteur d'une tumeur, nécessitant une exérèse chirurgicale.

Il faudra que le praticien adresse son malade au médecin-prothésiste maxillo - faciale, avant l'intervention. C'est là un impératif majeur. Ce dernier, dans un premier temps, étudiera les éléments anatomiques sains et malades, suivant le tableau Opératoire prévu par le chirurgien.

Il est inutile de rappeler que la remise en état de la dentition

est capitale. Les arcades dentaires, les reliefs de la cavité buccale, doivent être reproduits sur des moulages, mis ensuite en occlusion. Le tracé de l'exérèse pourra être dessiné.

L'élément prothétique primordial est la plaque palatine avec dents artificielles. Elle devra être réalisée avec des procédés simplifiés, comme crochets étrières, bandeaux en silicone ... La plaque pourra être en élastomère de silicone, renforcé par des arceaux métalliques.

Les caractères de cette plaque palatine sont: stabilité, dépose aisée, et surtout elle doit être réalisée avant l'intervention d'exérèse.

Dans le temps opératoire, on pourra donner à cette plaque les extensions obturatrice désirées, soit en résine acrylique autopolymérisante, soit en élastomère de silicone. Nous disposons une feuille ou un sachet de protection au niveau des surfaces cruentées.

Cette obturation doit être simplifiée, mais toutefois elle doit au mieux, rendre continente la cavité buccale, et soutenir les parties molles. Notre but est donc d'une part, restaurer précocement les troubles fonctionnels et esthétiques, et donner ainsi à notre opéré un reconfort post - opératoire immédiat.

*

**

Le deuxième point sur lequel nous devons insister, est la recherche de la non agressivité tissulaire par l'utilisation de matériau élastique.

Il est certain que certains matériaux sont doués de «qualités biologiques», que la non agressivité est déjà obtenue par une adaptation étudiée de la prothèse, mais, par ailleurs, l'élasticité du matériau donne des avantages certains. Toutefois, on a pu associer à un matériau dur, comme la résine acrylique, une substance élastique comme l'élastomère de silicone, le premier jouant le rôle d'armature, le second se logeant dans les cavités anfractueuses.

Le second absorbe facilement les contraintes mécaniques, diminue les risques de traumatisme par extension forcée, et permet au malade une introduction et une dépose facile de la plaque palatine et de l'obturateur.

*

**

La stabilité est un autre facteur de tolérance de l'appareillage. Elle est obtenue par des moyens classiques, à condition de les respecter rigoureusement, comme les crochets, les extensions dans les zones de contredépouille, l'occlusion... nous ne les décrirons pas dans ces lignes. Mais nous insisterons sur la notion suivante: l'adaptation intime entre les surfaces prothétiques de reconstitution ou de maintien, et les zones naturelles, saines, cruentées ou restées sans altération tissulaire apparente. Cette adaptation étroite doit se faire surtout à certains points de l'appareillage: au niveau de la voûte palatine, des collets des dents, des surfaces coronaires des dents de supports de moyens prothétiques, des brides et des replis, des zones anfractueuses.

Cette adaptation ne peut être obtenue que par d'excellentes empreintes, des essayages rigoureux, et encore par des retouches, par apport de matériaux. Ainsi, on peut assurer à ces zones d'appui ou de rétention, des contacts intimes avec aucune vacuité.

Par ailleurs, il nous semble indispensable de procéder à des contrôles périodiques de nos prothèses.

Si les retouches constantes sont nécessaires, il n'en reste pas moins vrai que les prothèses doivent souvent être rehaussées ou refaites. Il ne nous paraît pas possible, dans ces pertes de substance, de prétendre une durée déterminée. La périodicité du contrôle, du renouvellement, est certaine.

Nos moyens actuels prothétiques nous permettent une restauration rapide de nos appareillages.

Il est à signaler que la conservation du premier moulage ou la fabrication d'un duplicata de la prothèse est souhaitable et possible; le malade peut, à tout instant, retrouver un appareillage non altéré; car, en effet, le problème du vieillissement du matériau est quelquefois mis en discussion.

En conclusion, nous pouvons dire que l'assistance du praticien prothésiste maxillo - facial est permanente depuis le jour de la décision thérapeutique opératoire, dans les pertes de substances des maxillaires.

Nous allons brièvement rappeler par ailleurs, les temps prothétiques majeurs :

- L'appareillage doit être précoce et même per-opératoire;
- Le matériau élastique reste le matériau idéal;
- La stabilité peut être obtenue surtout par une parfaite cohésion des surfaces en contact, prothétiques et tissulaires;
- Les contrôles périodiques et le renouvellement de l'appareillage sont toujours conseillés.

Ainsi, les pertes de substance des maxillaires peuvent trouver avec la prothèse maxillo faciale, conduite en respectant certains facteurs majeurs, une restauration prothétique de bonne qualité, et pour nos malades un soulagement certain au lendemain d'une telle infirmité.