



# Université Hassan II

## Faculté de médecine Dentaire Casablanca

Département : **Prothèse Conjointe**

Thème : **Reconstruction  
Pré-prothétique  
par technique indirecte**

Encadré par : **A. Andoh**

**2020/2021**

Réalisé par : **Oughnan Moufid**

# PLAN

1. Introduction :
2. *Indications* :
3. Contre indications :
4. Etapes de préparation :
5. Examen clinique :
6. Examen radiologique :
7. Soins préprothétiques :
8. Préparation clinique du pilier :
9. Préparation canalaire :
10. Polissage de la préparation :
11. Réalisation de l'inlay-core :
12. Méthode indirecte :
13. Etapes cliniques du faux moignon ou inlay core :
14. Conclusion :
15. Bibliographie :

## *Introduction*

- Les reconstitutions corono-radicales coulées ou les inlay-cores constituent le dernier recours dans le traitement des grandes pertes de substance de l'organe dentaire .
- A ce stade , la dent est dépulpée et nécessite une < remise en bon état > esthétique et fonctionnel

# Les indications

- Sur toutes les dents dépulpées n'ayant plus ou pas de couronne clinique en particulier :

- le bloc incisivo-canin ,les PM> dont la fragilité est bien connue , les molaires > et < trop délabrées.

- Sur des dents avec des fractures coronaires larges à biseau juxta ou sous gingival.



Pour corriger le parallélisme des piliers dans le cas de grandes reconstitutions prothétiques

- Pour redresser l'axe d'une dent

# les contre indications

lésions apicales et péri-apicales non stabilisés

mobilité importante

fracture radiculaire, rhizolyse, perforation radiculaire



# Les Étapes de préparation

avant toute intervention, le praticien doit définir le type de prothèse qui sera réalisé sur la dent délabrée : CC, CIV, CCM... selon le type de couronne, la préparation cervicale sera soumise à des variantes

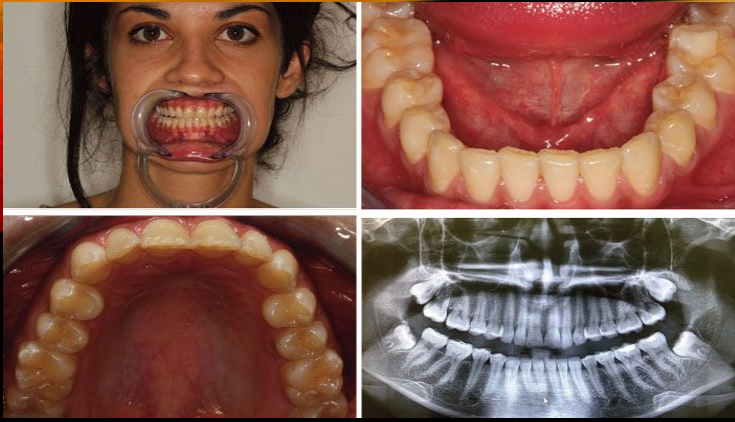
La préparation de la dent ne se fera qu'après un examen clinique et radiologique complet.

Elle commence lorsque le traitement endodontique s'achève.

On débarrasse la dent des résidus d'anciennes obturations.

L'intérieur de la chambre camérale est bien nettoyée et l'entrée des canaux repérés.

On apprécie la valeur des tissus résiduels: l'épaisseur, la hauteur et la situation par rapport au parodonte marginal.



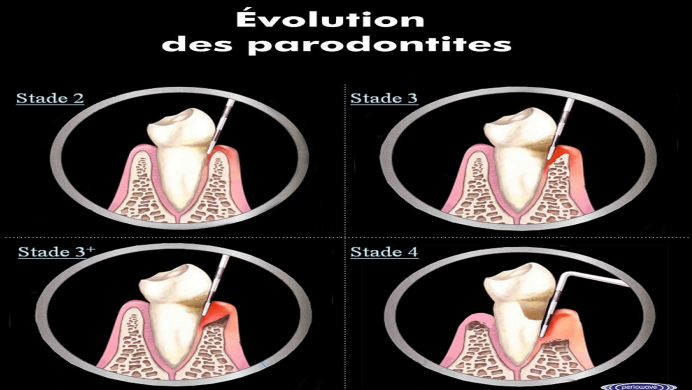
La position de la dent ,  
sa morphologie, sa  
direction par rapport  
aux autres dents

ses rapports  
proximaux

Examen  
clinique  
permet  
d'apprécier:

son articulé (normal,  
bout à bout, inversé)

Son état parodontal



La valeur de l'obturation canalaire

• Sur le nombre, la direction et la forme des racines

Sur leur longueur, leur diamètre mésiodistal

L'état apical et péri-apical

Examen radiologique

- Une rétro-alvéolaire obligatoire nous renseigne sur:





## Les soins préprothétiques

**Avant toute restauration prothétique, il est indispensable de procéder aux soins préprothétiques à savoir: Le traitement radiculaire :reprise du traitement si nécessaire avec un contrôle radiologique • et traitement sous gingival :détartrage, curetage.**



# La préparation clinique du pilier

5 temps :

Préparation canalaire

- réduction de la hauteur coronaire.

- Préparation camérale.

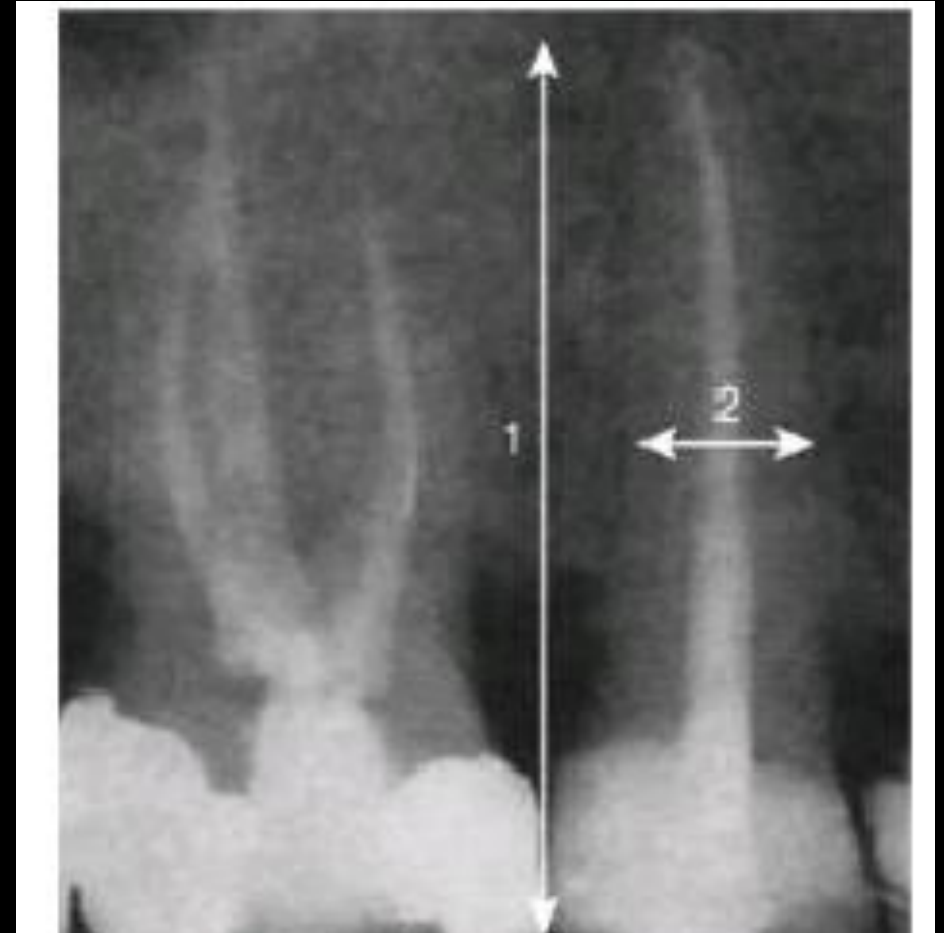
- préparation périphérique.

- polissage de la préparation.

# Préparation canalaire

La désobturation et l'élargissement du canal se font à l'aide **d'instruments manuels** (broches ou râpes) et **d'instruments rotatifs**.

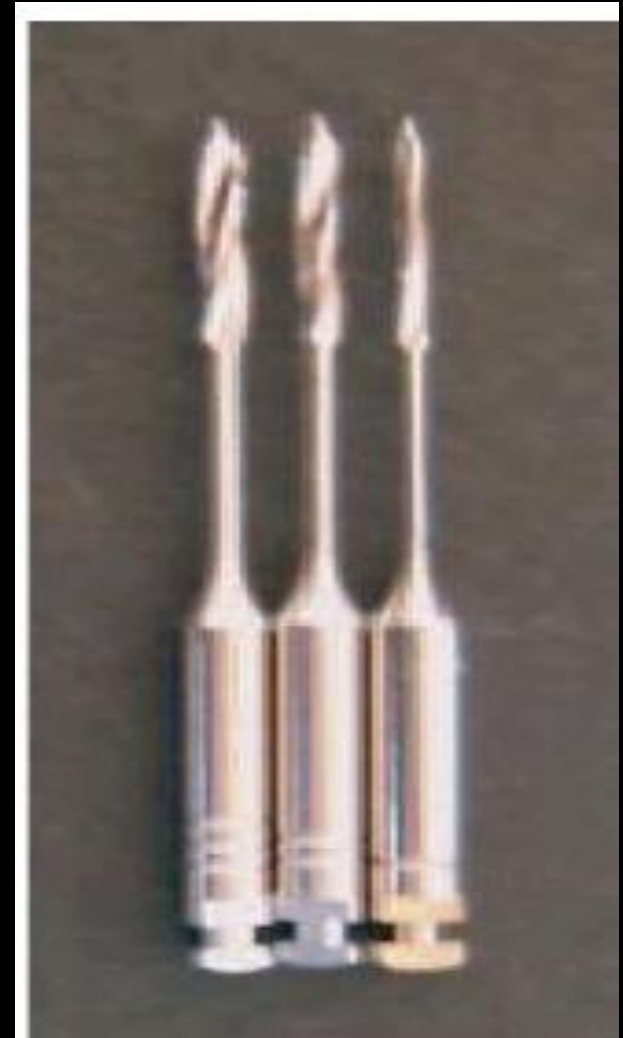
- **les 2/3 de la hauteur** de la racine doivent être **désobturé**.
- L'extrémité de la racine doit rester obturée sur au moins **3mm** pour éviter la **dissolution** du matériau d'obturation canalaire .
- **La longueur** du tenon radiculaire doit être au moins égale à la **hauteur de la couronne** à reconstituer.
- **La largeur** du canal alésé doit être égale au **1/3 du diamètre mésiodistal** de la racine.



# Préparation canalaire

Le **foret largo** n° 1, 2 et 3 sont d'usage courant

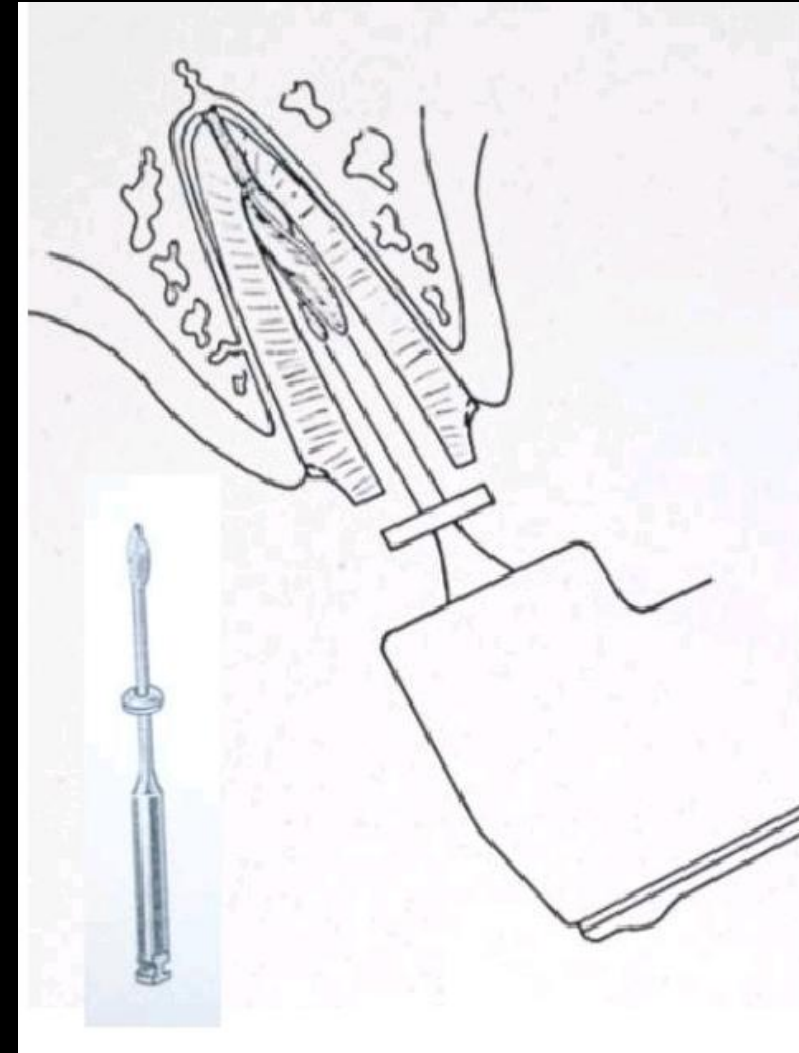
- C'est l'instrument de choix pour désobturer et élargir le canal.
- Le bout **non travaillant** et la zone **de rupture**, en cas de blocage, située au niveau de la jonction mandrin fût en font des instruments **sécurisants** pour une **préparation radiculaire** .



## Désobturation et alésage du canal avec obturation canalaires ayant un cône de gutta

Si l'obturation canalaires est réalisée **avec un cône de gutta**, la désobturation se fera sous contrôle radiologique avec un **foret de Gates** monté sur **contre angle**.

l'**echauffement** ramolie la gutta et le foret est aspiré dans le canal **sans risque**. **Mise en forme** du canal avec des forêts de taille **croissante** jusqu'à atteindre celle choisie pour la dent en s'aidant de la radiographie

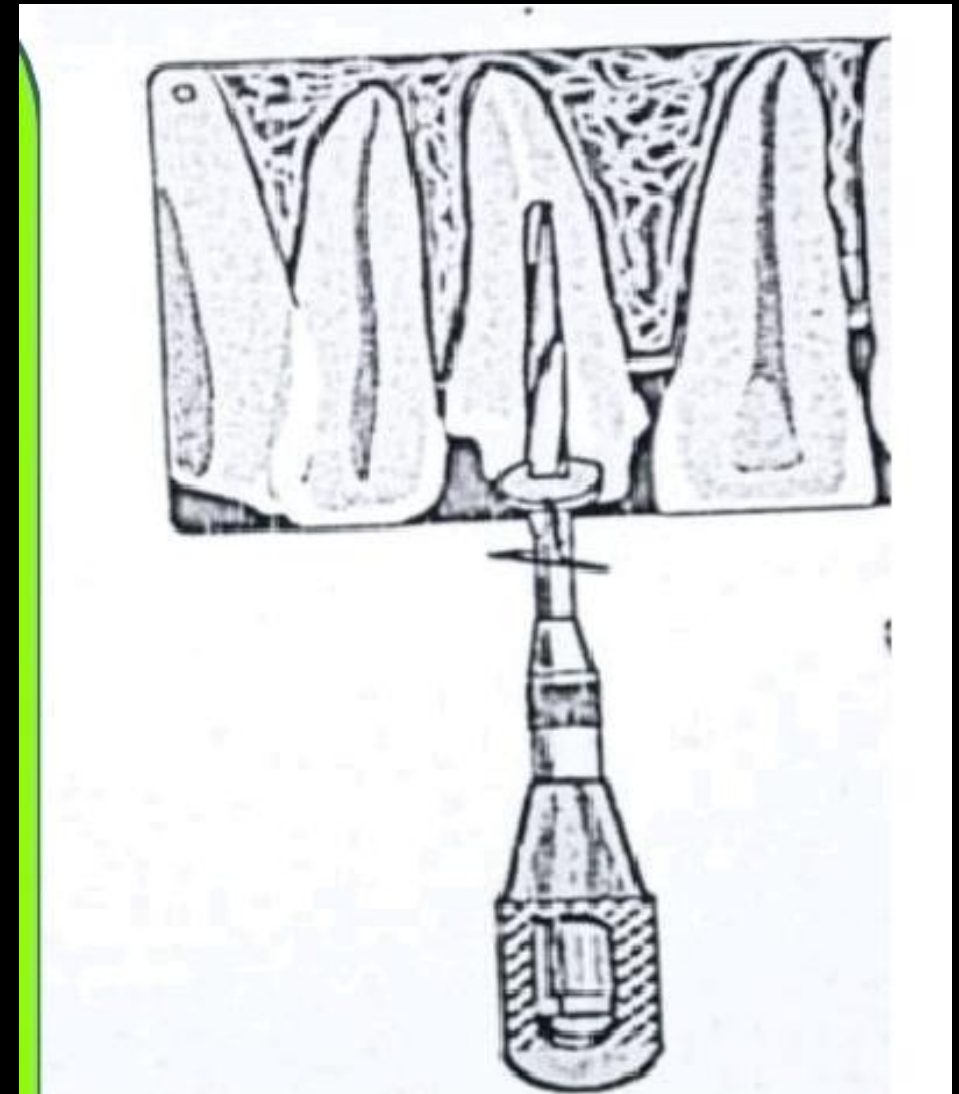


Désobturation et alésage du canal  
avec obturation canalaires sans cône  
de gutta

Si l'obturation canalaires a été faite  
**sans cône de gutta il faut**  
beaucoup de prudence

On commence par un alésage  
**manuel progressif** avec une  
broche de Kerr ou une râpe et un  
**dissolvant toujours sous contrôle**  
**radiologique.**

Puis élargissement du canal avec  
des forêts

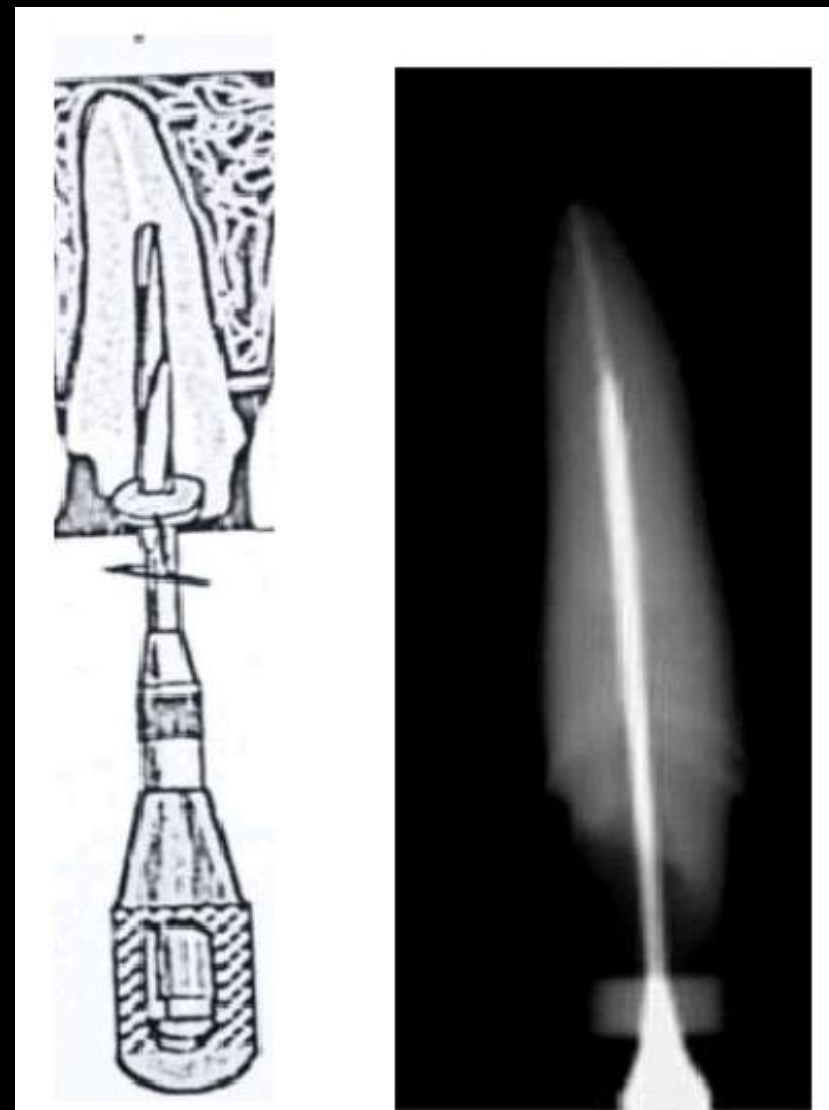


## Verification de la désobturation et de l'alésage du canal

Pour vérifier si on a **suffisamment désobturé** le canal, une broche de Kerr est mise dans le canal, le **stop** (la rondelle en caoutchouc située sur le mandrin) est glissé jusqu'à **l'entrée du canal**.

La broche est retirée **et mise sur la radiographie** pour vérifier l'importance de la désobturation.

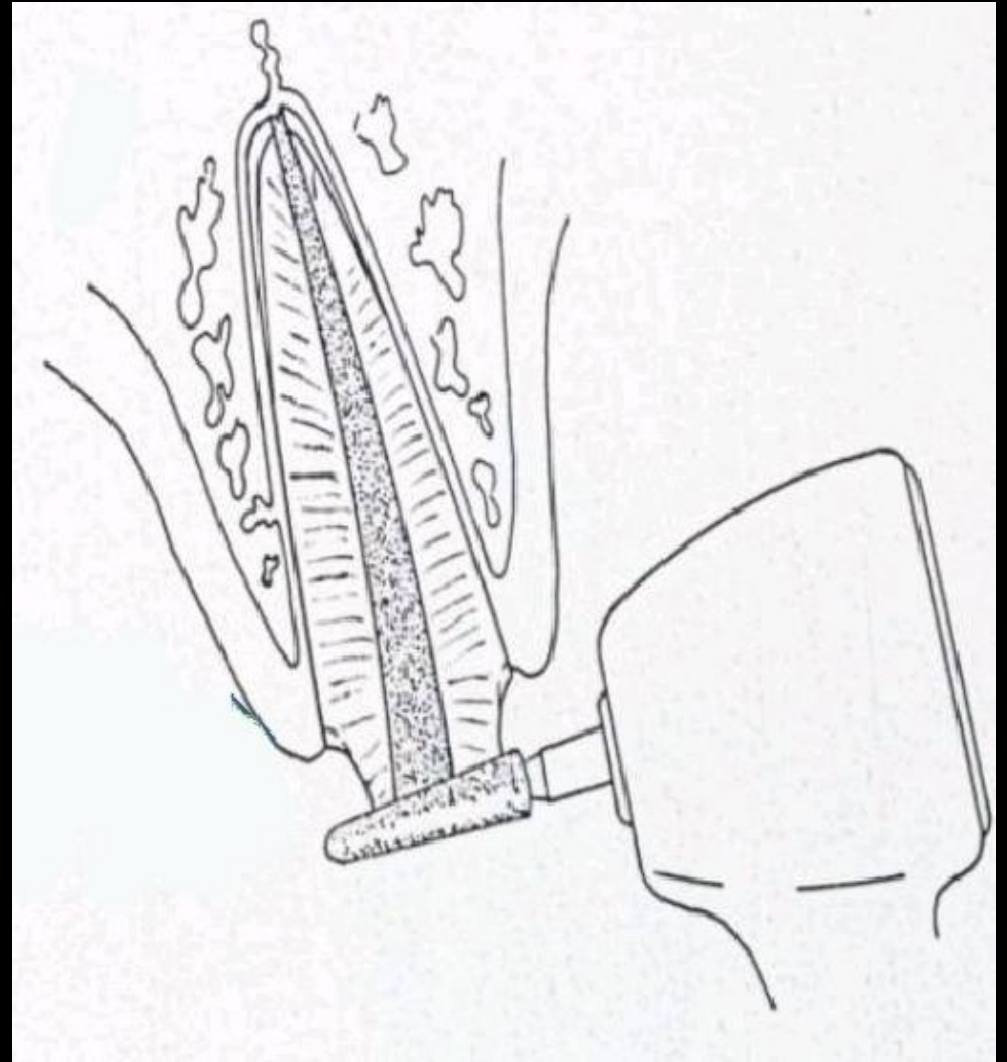
Après cela, **on élargit** le canal avec des instruments rotatifs et **des forêts**



## Réduction de la hauteur coronaire

la hauteur du moignon **sera réduite.**

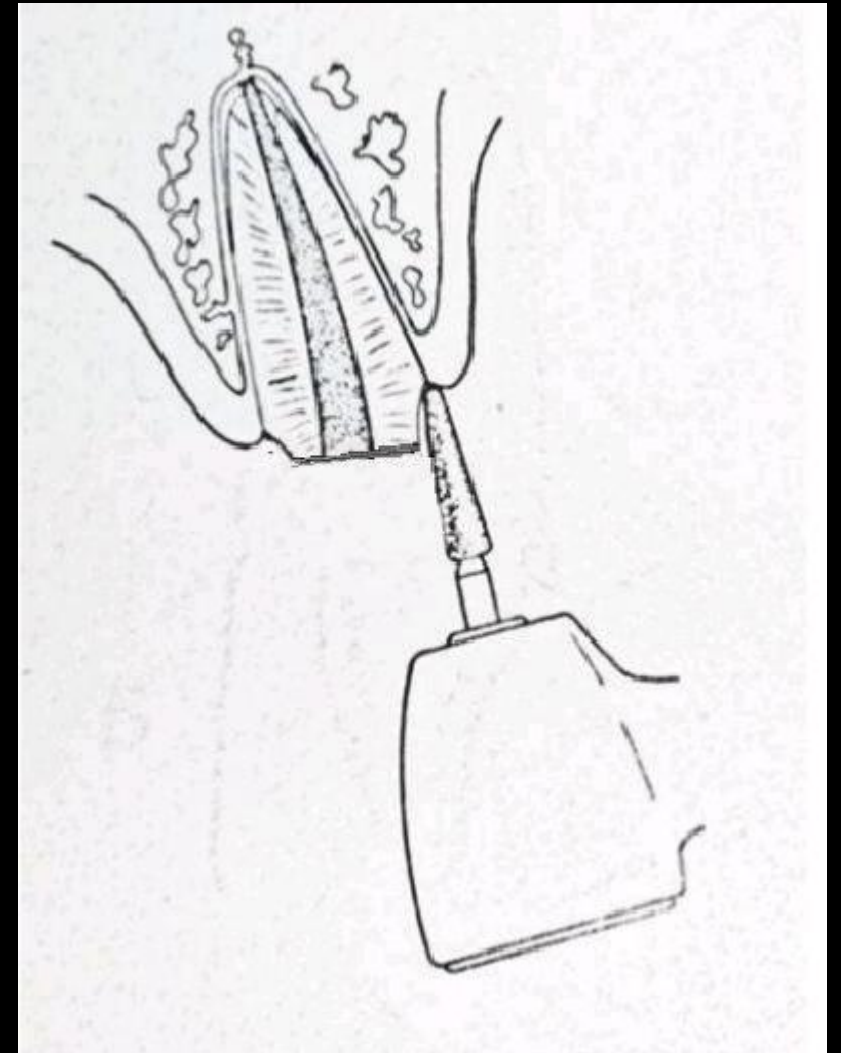
Les parois d'émail et de dentine trop minces ou **non soutenues** seront **supprimées**





## Préparation périphérique

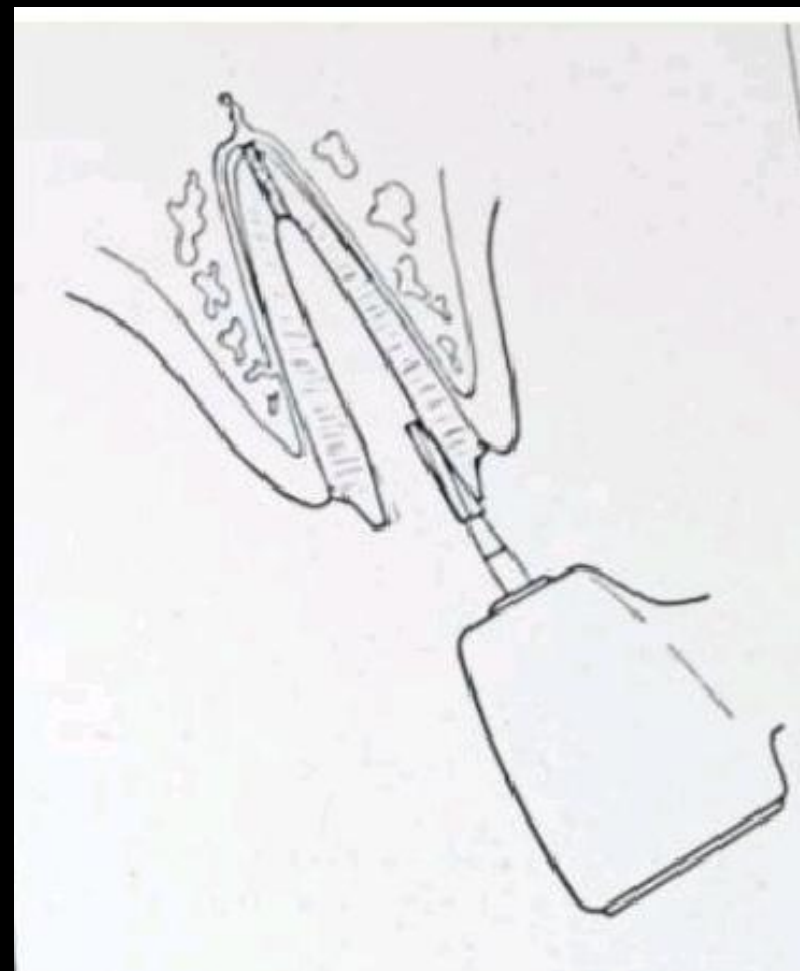
mise de dépouille  
**externe** avec une  
 **finition cervicale**  
selon le type de  
couronne choisie



## Préparation camérale

mise **de dépouille interne** en conservant des parois dentinaires saines d'épaisseur **suffisante ou au moins égale à 2mm.**

Préparation de **l'avant trou** en élargissant l'entrée du canal pour **améliorer la liaison mécanique** entre le tenon et l'Inlay-core ou le faux moignon



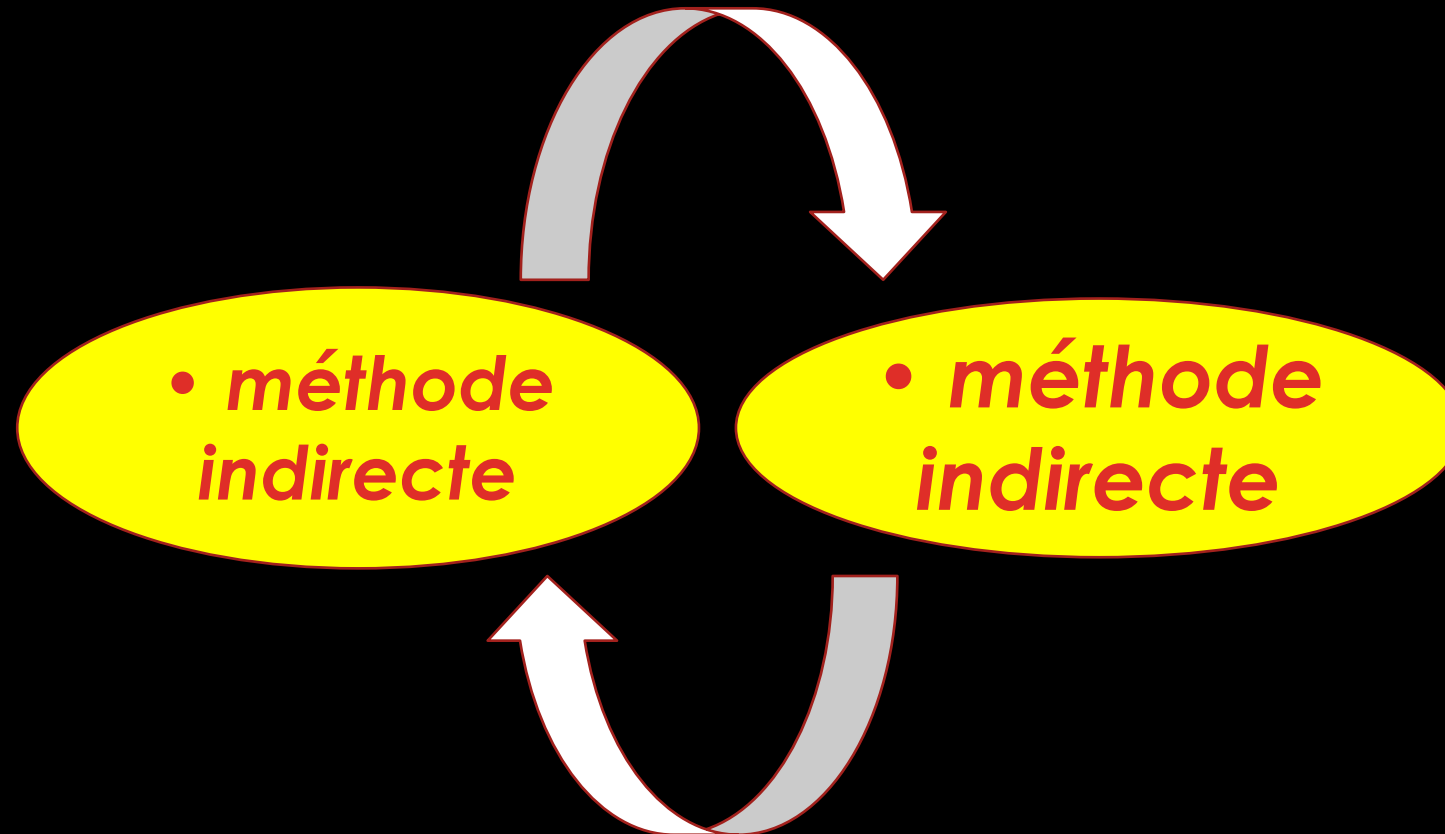
## POLISSAGE DE LA PRÉPARATION

- Le polissage se fait à l'aide de meulette en caoutchouc.

## Réalisation de l'inlay-core :



- Il existe 2 méthodes :



# MÉTHODE INDIRECTE

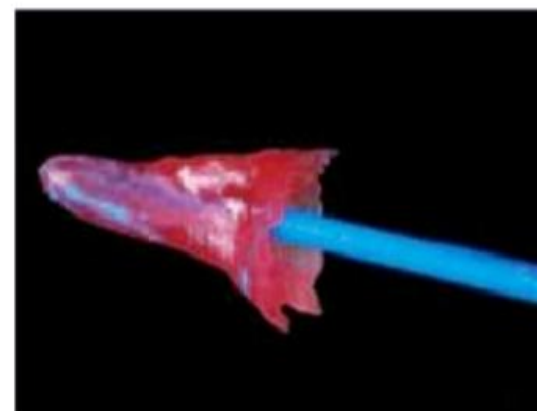
l'inlay core sera **sculpté au laboratoire** à partir du modèle tiré de l'empreinte globale : canal et préparation , prise en clinique.



. Application de l'espaceur



Tuteur en cire en place



Empreinte en cire du canal

# MÉTHODE INDIRECTE

**Apport et sculpture** de la cire pour avoir **la forme finale** du faux moignon.

- Une tige de coulée est solidarisée à **l'extrémité incisive ou occlusale** du faux-moignon ou de l'inlay-core en cire.

- mise en **revêtement et coulée** de l'élément métallique puis **la tige de coulée sera sectionnée et le faux moignon ajusté**



Ajustage du fx moignon /dts adjacentes et antagonistes



Retrait du fx moignon

# Étapes cliniques du faux moignon ou inlay core

- La première étape de la construction prothétique consiste à :
  - Ajuster le faux moignon en bouche, l'insertion dans le logement canalaire doit se faire sans forcer, s'il y a frottement, le corriger par meulage.



Le logement canalaire est nettoyé à l'alcool puis séché.

- L'inlay-core est ensuite scellé à l'aide d'un ciment à l'orthophosphate de zinc fluide porté par un lentulo ou une broche de Kerr.
- L'insertion lente de la pièce métallique permet l'élimination des excès de ciment de scellement et donc une mise en place précise du faux moignon.

## Étapes cliniques du faux moignon ou inlay core

la deuxième étape de la conception prothétique consiste à:

- Prendre l'empreinte de l'ensemble avec des élastomères pour l'élaboration de la couronne de recouvrement total choisie qui sera scellé ultérieurement sur le faux moignon.





# Conclusion

- **La reconstruction d'une dent fortement délabrée avec un ancrage intra radiculaire permet d'obtenir des résultats fiables dans le temps.**
- **Il devient possible**
  - **de remplacer une céramique fracturée,**
  - **de refaire une limite cervicale,**
  - **de prévoir l'extension d'un bridge existant**
    - **sans que la dépose de la reconstruction coronoradiculaire ne soit nécessaire.**

# Bibliographie

- 1. Tirlet G, Bukiet F, Attal JP. Traitement de la dent dépulpée antérieure : une approche graduée. *Real Clin* 2011;1(22):33-41
- 2. Aquilino SA, Caplan DJ. Relationship between crown placement and the survival of endodontically treated teeth. *J Prosthet Dent* 2002;87:256-63.
- 3. Goodacre CJ, Bernal G, Rungcharassaeng K, Kan J. Clinical complications in 12 fixed prosthodontics. *J Prosth Dent* 2003;90(1): 31-41.
- 4. Belser U. Changement de paradigmes en prothèse conjointe. *Real Clin* 2010;21(2):79-85
- 5. Laplanche O, Leforestier E, Medioni E, Bolla M. Les reconstitutions corono-radiculaires: principes généraux et critères de décision. *Strat Proth* 2008;8(4):255-67
- 6. Sorensen JA, Engelman MJ. Ferrule design and fracture resistance of endodontically treated teeth. *J Prosth Dent* 1990;63(5):529-36
- 7. Bartala M, Carreyre E, Laviole O, Dos Santos A. Critères de choix de l'ancrage radiculaire lors des reconstitutions préprothétiques. *Strat Proth* 2005;5(4):291-306
- 8. Geoffrion J, Bartala M. Economie tissulaire et préparation des ancrages corono-radiculaires. *Cah Proth* 2003;124:63-70
- 9. Behloui A. La corrosion des alliages dentaires en milieu buccal. *Strat Proth* 2003;3(1): 19-27.