



17 octobre 2013 *Journée occlusion : béances et surplombs*

# Une Journée sur mesure autour des béances et surplombs

Des participants attentifs et réactifs, quatre conférenciers qui ont littéralement «fait le show» autour d'une thématique peu abordée et peu étudiée dans la littérature scientifique. Voilà la liste des ingrédients qui ont fait de cette Journée un authentique succès, à la mesure du risque qu'avaient pris la SOP et les conférenciers, conviés à aborder la question occlusale autour des béances et des surplombs.

La SOP était ici au cœur de sa vocation, qui consiste à sortir des sentiers battus et à produire des Journées originales autour de thèmes qui ne trouvent pas toujours de répon-

ses standardisées. Outre les conférenciers, la SOP doit remercier les quelque 500 praticiens qui avaient fait le déplacement pour participer à une Journée que l'on peut qualifier de «difficile».

En effet, en matière d'occlusion, lorsque le guidage canin est déficient, il est ardu de maîtriser tous les paramètres comme c'est le cas, par exemple, en restauratrice, avec des protocoles précis. En ce sens, la promesse de la SOP («Appliquer dès le lendemain ce que l'on a appris au cours de la formation») ne pouvait être tenue. Elle s'est transformée en «Regarder avec un œil neuf, dès le lendemain, les problèmes occlu-

saux pour se poser les bonnes questions». Même si, c'est vrai, des recettes très concrètes et pratiques ont été transmises par les conférenciers au cours de cette Journée.

On pourra lire, pages suivantes, les synthèses des conférences d'Emmanuel d'Incau, Daniel Rollet, Jean-François Carlier et Marcel Le Gall. ✓

*Le compte rendu des conférences, pages suivantes, coordonné par **Marc Roché**, a été réalisé grâce au concours d'**Isabelle Buchet**, **Mathilde Dancygier**, **Sylvie Saporita**, **François Tixier** et **Bao Truong**.*



## SEPT CONSEILS POUR GÉRER LES BÉANCES ET SURPLOMBS

Lors de sa seconde intervention au cours de cette Journée, Emmanuel d'Incau a avancé sept conseils, qui dépassaient de loin le strict cadre de sa conférence, et c'est la raison pour laquelle nous les reproduisons ci-dessous.

1. Ne pas fermer une béance en l'absence de doléance esthétique;
2. Travailler par secteur en analysant chacun pour ne pas modifier un équilibre occlusal antérieur, même instable;
3. Vérifier que les morphologies occlusales antagonistes sont conformes au projet prothétique;
4. Valider et utiliser les morphologies des couronnes provisoires;
5. Rechercher le plus de contacts antérieurs possibles;
6. Monter en articulateur les modèles croisés pour préparer la morphologie occlusale;
7. Rééduquer préalablement la langue si la fermeture partielle ou totale de la béance est envisagée.



**Emmanuel d'Incau**  
La restauration postérieure en l'absence de guidage antérieur  
Page 25

Traitement et communication avec le laboratoire  
Page 32



**Daniel Rollet**  
Diagnostic et traitements orthodontiques ou orthochirurgicaux  
Pages 26-27



**Jean-François Carlier**  
La place des plasties coronaires lors des réhabilitations prothétiques  
Pages 28-29



**Marcel Le Gall**  
Guidage antérieur déficient : les principes occlusaux des restaurations prothétiques  
Pages 30-31

Les étapes de la réhabilitation  
Page 33

# La restauration postérieure en l'absence de guidage antérieur

Emmanuel d'Incau

Lors de restaurations prothétiques, les béances et surplombs importants constituent pour le praticien un casse-tête complexe, mais heureusement rare. L'anthropologie nous montre que le schéma occlusal adulte d'aujourd'hui correspond à celui de l'enfant de 12 ans à l'époque préhistorique. L'alimentation abrasive créait une anatomie occlusale plate avec une perte du recouvrement entraînant un bout à bout incisif et une inversion de la courbe de Wilson ou de Monson pour les anthropologues. La modification de l'alimentation qui se produit au XVIII<sup>e</sup> siècle conduit à un changement de l'usure physiologique des dents, accompagné de la conservation, tout au long de la vie, des rapports incisivo-canins et molaires. Historiquement, la pierre angulaire de la reconstruction prothétique est le guidage antérieur qui conduit la mandibule lors des mouvements de mastication. Puis la fonction de groupe, avec une prise en charge prémolaire-molaire en diduction, est introduite. Ce sont deux conceptualisations de la physiologie.

Lors de grandes béances avec absence de guidage incisivo-canin ou de fonction de groupe et en l'absence de trouble fonctionnel du patient, comment procéder? Selon les études, la fréquence des béances et surplombs est de 2,8 à 41 % chez les enfants en denture temporaire, de 0,6 à 15 % en denture mixte et de 2 à 5 % chez l'adulte. Ces chiffres peuvent s'expliquer par

la levée des praxies et par la prise en charge orthodontique. Leur étiologie est multifactorielle : succions diverses, troubles génétiques.

Le déficit esthétique induit une souffrance psychique et des pathologies parodontales aggravées par la respiration buccale.

Cet exposé très clair et didactique d'Emmanuel d'Incau a été illustré par des cas cliniques du conférencier, qui a terminé en nous livrant son avis d'expert. Il a constaté, lors de l'absence de guidage antérieur, une augmentation de la fréquence



**RETROUVEZ LA VIDÉO** de la conférence d'Emmanuel d'Incau ainsi que l'intégralité des formations de la SOP sur [www.sop.asso.fr](http://www.sop.asso.fr)

des problèmes parodontaux, fractures et fissures des dents postérieures, et des descellements prothétiques. Les béances et surplombs nécessitent, lors de la reconstruction prothétique postérieure, une adaptation spécifique, au cas par cas, de l'anatomie occlusale.

La fonction et la position de la langue jouent un rôle clef dans l'absence de guidage antérieur. Il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur des gênes musculaires ou masticatoires, et lui faire part des possibilités de suivi orthodontique et/ou orthophonique. ✓



Patient de 58 ans présentant une importante béance antérieure. Les molaires maxillaires doivent être extraites pour raison parodontale.



Radiographie panoramique objectivant les atteintes parodontales terminales au niveau des molaires maxillaires.



Simulation sur articulateur des rapports occlusaux, après extraction des molaires maxillaires et avant traitements orthodontiques et implantaires. La fermeture de la béance doit nécessairement être accompagnée d'une rééducation linguale pour éviter la récurrence.



Fermeture spontanée de la béance après extraction des molaires maxillaires. Traitement orthodontique : ingression des molaires mandibulaires et distalisation des dents maxillaires.



17 octobre 2013

Journée occlusion : béances et surplombs

# Diagnostic et traitements orthodontiques ou orthochirurgicaux

Daniel Rollet



Fig. 1 à 4. Cas 1 : Traitement par rééducation fonctionnelle.

Les équilibres essentiels se définissent de la façon suivante :

- équilibre corporel global, posture;
- équilibre des tissus mous;
- équilibre occlusal;
- équilibre esthétique;
- équilibre fonctionnel (respiration, déglutition, mastication, phonation, sommeil...);
- équilibre psychophysiologique.

L'alignement dentaire n'est pas un résultat cosmétique suffisant (Danielle Deroze). Il convient de placer les dents de sorte que le vieillissement pourra s'opérer le mieux possible.

### Cinq règles pour une occlusion fonctionnelle idéale et individualisée

1. Position de la denture dans la face;
2. La matrice fonctionnelle doit être neutre;
3. Position confortable des condyles en relation centrée physiologique;
4. Guide antérieur;
5. Guide et calage postérieur.

Avec le vieillissement, l'occlusion va bouger, s'adapter : la stabilité de l'occlusion n'existe pas. L'occlusion sera différente chez un individu normodivergent, hyperdivergent ou hypodivergent.

### Les tissus mous, déterminants finaux de la position des dents dans la face

Cas clinique  
Une petite fille présente un déca-

lage avec interposition de la lèvre inférieure. Les problèmes fonctionnels sont pris en compte, et le travail va consister à empêcher l'interposition labiale et à libérer la croissance mandibulaire. Résultat de l'éducation fonctionnelle : la face change car les fonctions ont changé.

### Neutraliser la matrice fonctionnelle

Il convient de placer la denture dans une position neutre. La zone péri-orale est très importante. Les forces centrifuges et centripètes doivent s'annuler.

L'éducation fonctionnelle va donc porter sur :

- le couple ventilation-déglutition : si la langue a une position basse, elle n'appuie pas sur le palais et ne permet pas le développement du maxillaire dans le sens transversal;
- muscles et mastication;
- posture;
- élimination des habitudes (suction du pouce par exemple).

### ATM : confort des condyles

Il faut positionner les dents de sorte que les articulations résistent à la pression sans inconfort et en relation centrée physiologique.

### Guide antérieur

On veut obtenir un triangle de recouvrement tout au long de l'arcade

de deux à trois millimètres pour obtenir une liberté mandibulaire.

### Guide et calage postérieur

Les contacts occlusaux postérieurs ne doivent pas interférer avec le confort des condyles en arrière, ni le guide postérieur ou antérieur.

### Problématique

Certaines dysmorphoses peuvent être détectées tôt :

- si elles sont traitées à un stade précoce, la croissance maxillo-faciale peut se dérouler dans de meilleures conditions, favorables



RETROUVEZ LA VIDÉO de la conférence de Daniel Rollet ainsi que l'intégralité des formations de la SOP sur [www.sop.asso.fr](http://www.sop.asso.fr)

au développement d'une harmonie faciale;

- au contraire, si on laisse ces dysmorphoses évoluer en attendant la denture définitive, elles s'aggravent et la croissance se fait autour de ces dysmorphoses, rendant le traitement ultérieur plus difficile et plus long, avec des compromis de résultats (compensations alvéolo-dentaires).

L'Anaes (2004) recommande de traiter précocement les anomalies risquant de :

- porter atteinte à la croissance de la face ou des arcades dentaires;

- nuire aux fonctions orales;
- exposer les dents aux traumatismes.

### Les types faciaux

Les patients hyperdivergents et hypodivergents n'ont rien en commun. Ils n'ont pas la même musculature :

- péri-orale : orbiculaire, buccinateurs, houppe du menton;
- masticatrice : masséters, temporaux;
- hypertonicité ou hypotonicité;
- ancrage naturel variable;
- position des dents dans la face et formes d'arcade différentes.

Chez le patient hypodivergent, le but consiste à libérer la croissance mandibulaire qui est contrainte par la musculature (sillon labio-mentonnier, masséters et temporaux puissants). On va donc chercher à *stretch* la musculature. Chez le patient hyperdivergent, le cycle musculaire est différent et il peut y avoir des problèmes fonctionnels associés (respiration buccale ou déglutition atypique). On va donc chercher à muscler la zone péri-orale pour retrouver une neutralité.

Si l'on traite ces deux cas sans traiter les problèmes fonctionnels associés, on va droit à l'échec. Les objectifs du traitement sont la libération de la mandibule et l'obtention d'une neutralité fonctionnelle. Le concept de déverrouillage est axé sur l'étroite relation entre forme et fonction. Le diagnostic de la matrice fonctionnelle est alors primordial. Au-delà des dents, il convient de développer une pensée en quatre dimensions, c'est-à-dire travailler sur les dysfonctions dans le sens transversal, vertical, antéro-postérieur, et dans le temps (chez l'enfant, on parlera de croissance et chez l'adulte, de vieillissement). ✓



Fig. 5 à 8. Cas 2 : Fermeture de béance avec ingresson des molaires (cas traité par Stephen Tracey).



17 octobre 2013

Journée occlusion : béances et surplombs

# La place des plasties coronaires lors des réhabilitations prothétiques

Jean-François Carlier



Dans cette classe III, la mastication se réduit à une action de cisaillement.



Dans cette classe II-1, la mastication est essentiellement en rétrusion avec un guidage molaire.



Dans cette classe I, la désocclusion canine est économe et sera privilégiée en prothèse.



La fonction de groupe s'impose : elle sera plus économe si les guidages sont supportés antérieurement.

En matière d'occlusion, il convient de revenir aux principes fondamentaux de calage et de guidage pour appliquer des solutions simples à ces situations cliniques compliquées que sont les béances et surplombs en prothèse. L'objectif est d'optimiser ces fonctions, réduites par l'anomalie d'architecture des arcades, par des coronoplasties additives (ajout de volume pour le guidage et le calage) ou soustractives (fraisage, meulage et corrections sélectives). En classe III, le patient réduit la mastication à une action de cisaillement, car la latérortrusion conduit à une incapacité à affronter les tables occlusales, surtout si l'angle cuspidien est fort.

En classe II-1, la mastication est essentiellement en rétrusion avec un guidage molaire. Les translations condyliennes (propulsion et latérortrusion) sont réduites du fait de la proximité des guidages avec les axes instantanés de rotation condyliens. Lors de l'examen clinique de l'occlusion, le marquage des points de contact à l'aide de papier articulé permet :

- d'évaluer la qualité de l'OIM et de repérer les structures qui peuvent être optimisées;
- de vérifier le calage de la mandibule (instructif en cas de béance où les contacts postérieurs sont moins nombreux et moins répartis sur l'arcade);

- d'identifier les dents fonctionnelles qui assurent le guidage. La participation des dents au guidage est dépendante de la quantité du surplomb et du recouvrement. Plus l'angle intracoronaire est fermé, plus la dent participe à la fonction de guidage;
- de détecter des interférences ou des « surguidages » et de mettre en évidence des contacts travaillants et non travaillants.

Les surfaces dentaires imposent les trajectoires mandibulaires sous le contrôle de la proprioception.



RETROUVEZ LA VIDÉO de la conférence de Jean-François Carlier ainsi que l'intégralité des formations de la SOP sur [www.sop.asso.fr](http://www.sop.asso.fr)

On accordera une prédominance du guidage des dents les plus antérieures (pouvoir de discrimination plus élevé). L'enveloppe des mouvements fonctionnels est fondée sur un réflexe d'évitement. Les interférences viennent perturber le guidage. Elles peuvent être travaillantes ou non travaillantes.

- Pour quelle fonction doit-on opter?
- en cas de classe I, la désocclusion canine est économe et sera privilégiée;
  - en classe II-1 ou III, la fonction de groupe s'impose.

Un contact uniquement antérieur entraîne une inhibition des éleveurs, à la différence d'un contact molaire simultané. Dans les cas de béance antérieure complète, il existe des interférences postérieures dans tous les mouvements de translation condylienne. L'incapacité à affronter les dents antérieures inhibe les mouvements de translation qui exposeraient les molaires à des contraintes excessives. La mastication est essentiellement horizontale, en cisaillement. Les pistes pour optimiser le guidage sont, entre autres : l'orthodontie, la chirurgie orthognatique, une réduction de la DVO grâce aux meulages. Si le parodonte le permet, les coronoplasties sont privilégiées. En antérieur, elles seront additives par remodelage et renforcement des structures de guidage. En postérieur, elles seront soustractives si l'on conserve la position de référence articulaire, et additives si l'on recrée une position de référence en antéposition mandibulaire. Chez ces patients, la réalisation de prothèse implique une relation intermaxillaire de référence indépendante des dents et reproductible : la relation centrée. L'arc facial de transfert est indispensable pour resituer les modèles d'étude sur l'articulateur.

## Cas clinique

Une patiente vient consulter pour des problèmes musculaires en

relation avec une instabilité de l'OIM. Elle présente des migrations dentaires, une asymétrie de fonction et une latérodéviation gauche. Le guidage antérieur est inefficace.

Pour l'optimiser, il faut passer par analyse occlusale sur des modèles montés en articulateur en RC. De nombreuses contraintes obliques s'exercent sur les dents postérieures, notamment la 26, qui supporte la diduction. L'analyse occlusale va permettre de simuler les corrections et d'évaluer leur pertinence dans le cadre de l'objectif recherché, sans caractère invasif, et de quantifier le coût tissulaire de ces corrections.

Malgré les corrections apportées, le guidage obtenu n'est pas satisfaisant, et des corrections de plus grande ampleur pourraient être effectuées. Le risque est de modifier de façon exagérée le schéma occlusal fonctionnel de la patiente.

La prudence nous incite à préférer des coronoplasties additives pour optimiser le guidage. Des apports de cire sur le modèle sont destinés à renforcer les crêtes de guidage et obtenir la symétrie des excursions. Une clé des modifications réalisées est prise en silicone transparent, selon la technique de Francesca Vailati et enduite de composite. La clé est replacée sur les dents, préalablement mordancée au niveau des zones de correction. ✓



En diduction gauche, cette patiente en classe I présente une fonction de groupe supportée par 23 et 24 avec une bonne désocclusion du secteur non-travaillant.



En diduction droite, la 33, vestibulée et en infraclusion, crée des interférences non travaillantes sur 24 et 25 et une surcharge sur la 11, qui présente une légère mobilité.



Un apport de composite fluide sur les versants MI des cuspidés V de 14 et 15 mordancés vient prendre en charge le guidage.



Le guidage en diduction devient suffisamment efficace pour éliminer les interférences dans le secteur non-travaillant observées sur 24 et 25.



17 octobre 2013

Journée occlusion : béances et surplombs

# Guidage antérieur déficient : les principes occlusaux des restaurations

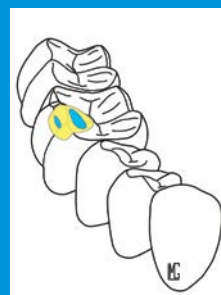
Marcel Le Gall



Vue clinique d'une béance d'origine linguale chez une adolescente.



Vue vestibulaire droite du même cas. Les rapports d'occlusion sont décalés de plus d'une demi-cuspide en classe II. Les guidages de mastication paraissent très réduits sur les dents en contact.



Dans ce cas, l'objectif est d'avancer la fonction d'au moins un couple de dents des deux côtés. Du côté droit, les guidages de mastication perdus sur 16-46 vont être rétablis. Une nouvelle cuspide mandibulaire comportant une entrée et une sortie de cycle est créée.



Vue clinique du mordanchage.

Les béances et surplombs sont généralement la conséquence d'apraxies linguales pendant la déglutition, mais d'autres étiologies peuvent exister. Les repères occlusaux se réduisent parfois à un seul couple de dents en occlusion de chaque côté. Dans ce cas de figure, les reconstructions peuvent poser de réelles difficultés. Un rappel des éléments de la physiologie de la croissance va donner des éléments de réponse.

Jusqu'à 4-5 ans, la fonction dominante est sagittale (tétée, succion), et le développement de l'ATM est postéro-antérieur. De 5-6 ans à l'âge adulte, la dimension transversale de la glène est multipliée par 2,5. Ce développement est asservi à la cinématique de mastication imposée par la mise en fonction des couples de premières molaires. L'autostabilité statique et dynamique de ces dents est obtenue par des calages et guidages équilibrés et bien canalisés par un rail transversal passant par le pont d'émail. Cela leur permet de supporter seules, sans déraper, la mastication et la déglutition, mais aussi d'orchestrer la mise en place du schéma occlusal de l'adulte. Prédéterminisme génétique et fonction

sont donc associés dans l'acquisition de la forme de l'articulation. Parallèlement à ce modelage, les dents suivantes s'intègrent, lors de leur apparition, au schéma de mastication des premières molaires, y compris les canines et les incisives.

Les cycles de mastication ont une cinématique centripète. Or, les mouvements de diduction demandés aux patients pour vérifier l'occlusion sont, à l'inverse, centrifuges et demandent



des recrutements musculaires complètement différents qui entraînent un moindre rapprochement des tables occlusales et ne permettent pas de régler les guidages de mastication postérieurs. Lorsqu'il faut reconstruire l'anatomie de faces occlusales perdues, la seule trace qu'il en reste est la forme de l'articulation résultant de la fonction. Le couple première molaire a donné sa forme à l'articulation. La cinétique articulaire va permettre ensuite de re-

trouver son anatomie occlusale, puis, de proche en proche, celle de toutes les dents de l'arcade. Les techniques d'additions cliniques par composites tests seront privilégiées pour reconstruire les volumes perdus dans le respect ou le réaménagement de l'orientation du plan occlusal, avec parfois la retouche des dents égrées ou dont l'anatomie a besoin d'être reconformée.

La reconstruction du premier couple molaire est minutieuse dans la mesure où, au départ, le patient décrit un cycle vertical d'amplitude réduite. Mais dès le durcissement du composite, les réflexes de protection se lèvent et le patient ressent l'adjonction en surguidage. Il faut alors le retoucher progressivement pour l'accorder à la cinétique articulaire.

Le rétablissement des guidages du seul couple première molaire est généralement nécessaire et suffisant pour rétablir l'amplitude des cycles de mastication.

Accompli aussitôt ou dans une séance différée, l'ajustement des dents voisines est plus rapide. Le cycle a en effet déjà retrouvé son amplitude et le patient peut d'emblée simuler la mastication sur le composite non polymérisé. Le couple des deuxièmes prémolaires est généralement traité en second lieu puisque le centre de gra-

vité frontal de l'arcade passe soit par la première molaire, soit, parfois, entre cette dernière et la seconde prémolaire. Les secondes molaires sont souvent traitées en dernier lieu. Cependant, en présence de béance, il peut se produire que les couples secondes molaires soient les seuls en occlusion. Dans ces conditions, les reconstructions occlusales se réalisent à partir de celles-ci, simultanément à la rééducation linguale.

Le rétablissement de la mastication à l'aide de composites sur des couronnes inadaptées sert de test pour valider, aux yeux du patient, la nécessité de refaire la prothèse. Pour ce faire, le Vertise™ de Kerr peut être utilisé comme promoteur d'adhésion à la céramique.

Les articulateurs habituels, par la simplification de leur modèle de fonctionnement basé sur la protection canine, ne permettent pas la mise en contact des secteurs postérieurs, et donc le réglage de la mastication au laboratoire. Il faut nécessairement passer par la simulation et le réglage en bouche.

Avis d'auteur : la solution à la reproduction de la fonction réelle viendra de la modélisation informatique de la mastication ou/et du clonage des faces occlusales équilibrées en bouche. ✓



Vue clinique de la nouvelle cuspide avant polymérisation.



Après polymérisation, la nouvelle cuspide assure le calage vertical de l'occlusion et comporte un appui d'entrée de cycle sur son versant externe et une table de sortie sur son versant interne.



Vue de l'entrée de cycle en rapport de guidage dynamique.



Vue de la sortie de cycle en contact antagoniste dynamique. Le calage a été avancé d'un couple et la cinétique des cycles de mastication est rétablie. La rééducation linguale devra se faire parallèlement au traitement occlusal.



17 octobre 2013

Journée occlusion : béances et surplombs

# Traitement et communication avec le laboratoire

Emmanuel D'Incau

**E**n cas de restauration à effectuer dans les secteurs postérieurs lors de béances ou de surplombs :

- la simulation du traitement est un requis préprothétique indispensable;
- l'antériorisation de la fonction doit être entreprise lorsque c'est possible. Pour cela, des modèles sont montés sur articulateur. Le modèle mandibulaire est fractionné, en supprimant d'abord les deuxièmes molaires puis les premières de façon à visualiser à dimension verticale constante, voire légèrement diminuée, les contacts plus antérieurs obtenus ainsi que le degré de diminution de béance induite. Les coronoplasties soustractives puis additives sont définies.

La restauration de la fonction se fera selon deux techniques :

- la technique classique faisant appel à l'articulateur;
- la technique du FGP (*Functionally Generated Path*).

La technique dite «classique» nécessite trois modèles : un modèle antagoniste, un modèle de travail et un modèle de référence résultant d'une empreinte avec les éléments provisoires en place. Elle va consister à transférer, sur la table incisive, la désocclusion donnée en latéralité par les guidages prémolo-molaires avec les provisoires en place et à régler les pentes condyliennes à l'aide d'enregistrements en latéralité droite et gauche.

La restauration se fait en OIM. Au laboratoire, la fonction de groupe est plus aisée à réaliser dans le cas de couronnes métalliques (CM) que dans celui de couronnes céramo-métalliques (CCM).

La technique du FGP consiste dans l'enregistrement des trajets fon-



**RETROUVEZ LA VIDÉO** de la conférence d'Emmanuel D'Incau ainsi que l'intégralité des formations de la SOP sur [www.sop.asso.fr](http://www.sop.asso.fr)

tionnels à l'aide de cire démemoriée placée sur la chape, dans le cas de CCM, ou sur un support rigide. Du plâtre est coulé dans cette empreinte donnant l'enveloppe fonctionnelle. Il constituera l'un des deux modèles montés en antagoniste du modèle de travail sur l'occluseur à trois branches Twin Stage de Hanau, le troisième modèle étant un antagoniste classique.

Quelle que soit la technique utilisée, des ajustages occlusaux s'imposent. Afin de se rapprocher des conditions de la mastication, il faudra demander au patient de serrer fort sur le papier à articuler dans un mouvement centripète de retour vers l'OIM qui permet le recrutement des muscles élévateurs et un meilleur rapprochement des tables occlusales. Et ne pas se contenter du test centripète classique. ✓

# Les étapes de la réhabilitation

Marcel Le Gall

**M**arcel Le Gall s'est attaché à montrer, à l'aide de films et de photos cliniques, les différentes étapes de la réhabilitation. En commençant par le calage de l'occlusion en intercuspidie maximale (OIM) suivi de la mastication.

Lors de la phase buccale de la déglutition, nous positionnons la pointe de la langue en appui contre la partie antérieure du palais. Simultanément, les dents entrent en contact en OIM. C'est dans ces conditions que notre OIM s'est déterminée pendant la croissance comme position naturelle de fermeture.

Pour un fonctionnement équilibré optimal de l'appareil manducateur, l'OIM et le calage de déglutition doivent être confondus. Dans les cas de surplomb et de béance, la clé de l'obtention d'une OIM en équilibre neuromusculaire réside dans l'utilisation d'une butée antérieure qui, associée à la position optimale de la langue,



**RETROUVEZ LA VIDÉO** de la conférence de Marcel Le Gall ainsi que l'intégralité des formations de la SOP sur [www.sop.asso.fr](http://www.sop.asso.fr)

permet de retrouver l'occlusion de déglutition naturelle<sup>(1)</sup>, et de l'enregistrer à l'aide de bandelettes de cire Moyco® X-Hard.

Dans un cas où tous les repères occlusaux étaient perdus, plusieurs vidéos cliniques montrent le protocole de réa-

lisation des additions de composite sur les faces occlusales. D'abord sur les couples de premières molaires, puis étendus aux dents voisines.

En présence de béance, il n'existe bien souvent qu'un seul couple en occlusion de chaque côté. L'objectif occlusal consiste à ajouter mésialement un ou deux couples en occlusion fonctionnelle de chaque côté. Puis de régler une incision «postérieure» symétrique sur les dents les plus antérieures possible.

En occlusion de classe I, les adjonctions sont réalisées sur les cuspidés existantes. En présence d'une occlusion de classe II ou apparentée, les guidages d'entrée sont réduits et ceux de sortie souvent inexistantes. Lorsque les dents ne peuvent plus être déplacées, la solution occlusale consiste généralement à déplacer artificiellement la face occlusale de la molaire mandibulaire en créant sur cette dernière une nouvelle cuspidé en face de la cuspidé disto-vestibulaire maxillaire. Cette cuspidé possédant un appui d'entrée et une table de sortie permet d'installer sur ce couple une mastication ample de type classe I.

Ainsi dans les cas de surplomb et de béance, les données de la mastication et de la déglutition permettent de créer des reconstructions occlusales irréalisables dans le modèle habituel de l'occlusion. L'ère post-gnathologique est et sera clinique et physiologique. ✓

(1) ROS, septembre 2013.



Vue latérale préopératoire mettant en évidence des couronnes devant être remplacées sur les dents 46 et 47, le tout dans un contexte d'important surplomb antérieur.



Vue latérale mettant en évidence une fonction de groupe assurée par les couronnes provisoires lors d'une diduction centrifuge. Les contacts qui s'établissent sont quasiment identiques à ceux qui s'établissent lors d'une entrée centripète de cycle masticatoire.



Après programmation de la pente condylienne du boîtier droit de l'articulateur à l'aide de mordus en silicone, confection d'une table antérieure individualisée permettant d'enregistrer sur l'articulateur la cinématique induite par l'anatomie et les contacts excentrés des dents postérieures.



Couronnes sur 46 et 47 après réglages et scellement. Ceux-ci doivent assurer une fonction de groupe dans le sens centrifuge et permettre une entrée de cycle harmonieusement répartie, dans le sens centripète et scellement.

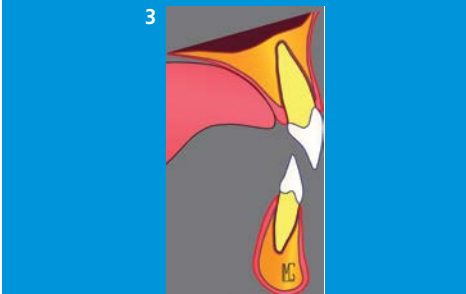
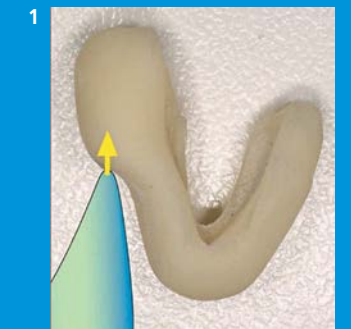


Fig. 1 à 4. Utilisation d'une butée antérieure qui, associée à la position optimale de la langue, permet de retrouver l'occlusion de déglutition naturelle. Celle-ci est enregistrée à l'aide de bandelettes de cire Moyco® X-Hard et permet un montage sur articulateur.