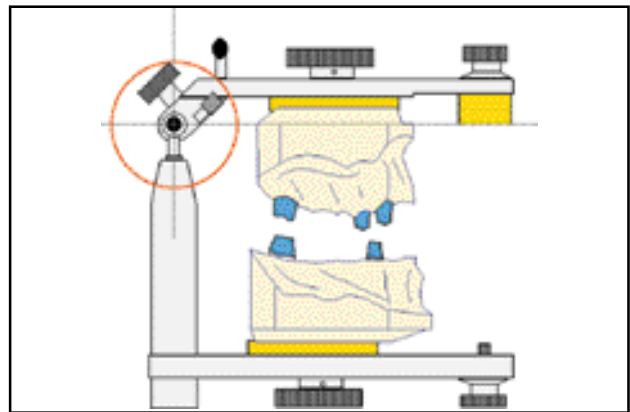


Le plan de traitement et les 8 critères occlusaux de reconstruction (OCTA)

J.D. ORTHLIEB, S. BEZZINA,
E.B. PRECKEL, chirurgiens-dentistes



La restauration prothétique des dents manquantes ou endommagées peut-elle s'envisager dès la rencontre initiale avec le patient ? Quelles sont les différentes phases obligatoires d'un plan de traitement prothétique ? Peut-on proposer une méthodologie et une chronologie qui puissent s'appliquer à tous les plans de traitements prothétiques ?

La Chirurgie Dentaire moderne impose une vision globale des traitements bucco-dentaires (3). La construction d'une prothèse finalise des actes qui mettent souvent en cause une grande partie, si ce n'est l'ensemble du système occlusal. Il est évident que cette entreprise intellectuelle, avant d'être manuelle, doit être menée avec rigueur (6). Le succès d'un traitement prothétique est donc initialement fondé sur l'effort de réflexion menant à l'établissement raisonné du projet de traitement (21). Après un aspect terminologique, cet article décrit un rationnel de traitement prothétique et détaille les critères occlusaux de reconstruction.

DES CHIFFRES ET DES MOTS

La quantification

Les fonctions manducatrices sont fondées sur le respect de deux lois universelles de la biologie : l'économie des structures et l'économie d'énergie (12), que tout traitement odontologique doit viser à respecter en optimisant les fonctions occlusales. Mais au-delà des mots, des repères chiffrés de reconstruction sont nécessaires.

Nous savons depuis Galilée (1564-1642) que le développement de la Science est obtenu "en mesurant ce qui est mesurable et en essayant de rendre mesurable ce qui ne l'est pas encore". Pour mesurer, il est nécessaire au préalable de définir.

Les mots

Il existe une ambiguïté dans l'utilisation du terme "plan" de traitement. Ce "plan" est-il une simple liste d'étapes thérapeutiques ou doit-on donner au mot "plan" le sens architectural du terme ?

"Le plan de traitement" : simple énoncé des étapes de traitement

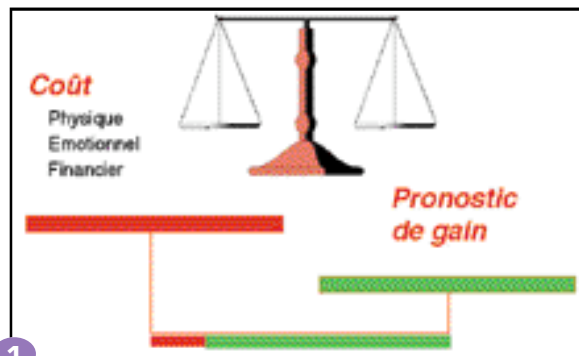
Ce terme est utilisé par la majorité des auteurs, comme l'établissement d'une simple liste d'étapes de prise en charge d'un patient (5), ou plus spécifique à la prothèse fixée à la manière de Yuodelis (24) :

- 1 - contrôle pathologique
- 2 - thérapeutique occlusale
 - montage des modèles d'étude
 - préparations des dents sur plâtre, équilibration
 - simulation orthodontique, simulation prothétique
- 3 - stabilisation temporaire
- 4 - chirurgie parodontale
- 5 - stabilisation provisoire
- 6 - stabilisation à long terme.

Certains auteurs, comme Binkley (2), tentent d'aller plus loin, mais ils mélangent, souvent, chronologie et critères de reconstruction.

De la séquence au projet

Si les étapes de réalisation doivent être parfaitement organisées, ceci n'est pas suffisant en soi. Après traitement des urgences, la collecte de la documentation doit être structurée. La phase de



1



2

Fig. 1 Bénéfice thérapeutique : la prise de décision est fondée sur un calcul de probabilité.

Fig. 2 Concept d'Aide au Plan de Traitement (CAPT) : 7 phases.

réflexion demande, ensuite, le respect d'un protocole strict visant à évaluer l'aspect global du cas, à définir les objectifs de traitement, à préciser les facteurs de décisions, à paramétrer les critères de reconstruction, à envisager la séquence des moyens thérapeutiques et à programmer les étapes de traitement. Cet ensemble représente un rationnel de prise en charge aboutissant à la définition d'un "plan de traitement" au sens de "projet de traitement" construit par un odontologue architecte avant de devenir artisan.

Toute action, diagnostique ou thérapeutique est, en fait, un problème de probabilité (22). Le praticien doit analyser les implications sur le long terme du traitement qu'il envisage d'appliquer en

évaluant le bénéfice thérapeutique espéré : rapport entre le coût (structurel, financier, émotionnel) et le pronostic de gain pour le patient (fig. 1). La dentisterie prothétique est un traitement chirurgical fondé sur une terminologie bien comprise, des indications nettes et des critères quantifiables d'évaluation ou de reconstruction, des protocoles opératoires rigoureusement respectés.

RATIONNEL DU TRAITEMENT PROTHÉTIQUE (CAPT) (fig. 2)

L'**information** (documentation), la **réflexion** (indication thérapeutique et définition du plan et de la séquence de traitement) et la **réalisation** représentent les trois temps clés de la réalisation prothétique découpée en sept phases.

Motifs de consultation, entretien et examen clinique rapide permettront de reconnaître une des trois situations cliniques suivantes : évaluation d'urgence, situation clinique simple, ou situation clinique complexe. Le rationnel CAPT (Concept d'Aide au Plan de Traitement) est principalement destiné à ces dernières, mais il est adaptable à tous les cas avec un esprit de simplification.

En dehors des phases d'urgence, les étapes préalables aux phases thérapeutiques concernent les éléments de réflexions nécessaires à l'établissement du projet thérapeutique et de ces conditions de réalisation. L'approche globale doit être systématique. Avec un bilan dento-parodontal détaillé, des réponses claires devront être apportées concernant les atteintes musculo-articulaires, les parafunctions, les anomalies de l'occlusion, le cadre systémique, les motivations du patient.

Phase 1 : traitement d'urgence

- 1.1 : examen clinique rapide, entretien préliminaire
- 1.2 : examen radiographique rétro-alvéolaire localisé
- 1.3 : soins et/ou prescription (problème endodontique, obturation, parodontal, musculo-articulaire...)
- 1.4 : prothèse provisoire immédiate éventuellement si l'esthétique ou la fonction l'impose.

Phase 2 : information-documentation

- 2.1 : entretien, empreinte
- 2.2 : examen clinique
- 2.3 : sondage parodontal
- 2.4 : imagerie
- 2.5 : examen des moulages
- 2.6 : analyse occlusale sur articulateur
- 2.7 : simulation thérapeutique

La phase 2 apporte à l'équipe soignante, les éléments nécessaires à la réflexion. Le tableau synthétique IDAM (Indice de Dysfonctionnement de l'Appareil Manducateur) permet d'obtenir simplement une information visuelle globale du résultat de l'évaluation de l'Appareil manducateur (fig. 3).

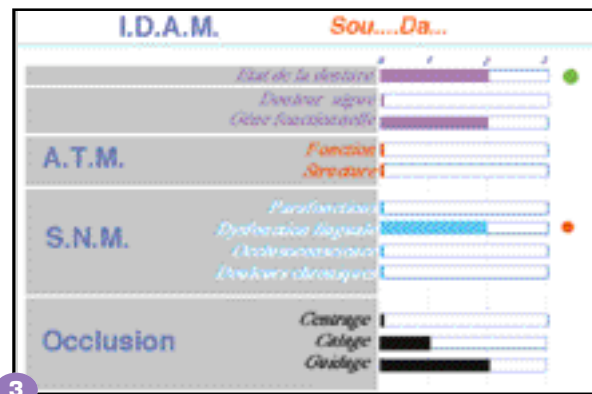


Fig. 3 Indice de dysfonctionnement de l'appareil manducateur (IDAM).

La phase 3 organise la réflexion. Le succès du traitement prothétique, lié à la rigueur d'exécution, est initialement fondé sur la réflexion (21). Réflexion et décision reposent sur la documentation. Une fois celle-ci réunie, une réhabilitation orale de grande étendue est un sujet suffisam-

Phase 3 : réflexion et décision thérapeutique

- 3.1 : diagnostics
- 3.2 : objectifs thérapeutiques
- 3.3 : projet thérapeutique
- 3.4 : pronostic
- 3.5 : séquence de traitement
- 3.6 : critères de reconstruction (OCTA)

ment important pour prévoir un créneau horaire (si possible à plusieurs) uniquement consacré à la réflexion.

Chaque ensemble structural fait l'objet d'un diagnostic indépendant (aspects squelettiques, dentaires, parodontaux, implantaires, occlusaux, musculo-articulaires, comportementaux, psycho-sociaux etc...). Pour chaque élément, le recours à une classification claire est indispensable. Par exemple pour la prothèse, on retiendra la classification de Lytle-Skurow (10).

Les objectifs de traitement doivent être en adéquation avec les aspects techniques, médicaux, et psycho-sociaux. La thérapeutique se propose de maintenir, restaurer ou améliorer les fonctions occlusales, l'esthétique, le confort du patient, l'intégrité des arcades, la maintenance. Le déterminant de la réaction biologique étant biomécanique, on peut définir une priorité dans les objectifs prothétiques (13) : 1 : fonction, 2 : résistance, 3 : esthétique, même si on sait que pour le patient l'ordre d'importance des problèmes est souvent inversé.

Le projet thérapeutique représente les moyens à mettre en jeu pour atteindre les objectifs. Il précise les dents concernées, les techniques prothétiques, mais aussi les phases de mise en conditions tissulaires nécessaires. La décision thérapeutique, en adéquation avec les désirs exprimés ou non du patient, est obligatoirement assortie d'un pronostic. L'information du patient doit être simple, mais complète (consentement éclairé) ; il est nécessaire de proposer plusieurs solutions thérapeutiques. L'accent est mis sur les facteurs de risques spécifiques à chaque solution. Là encore, une approche rationnelle doit être possible. Par exemple, on connaît les facteurs influençant le pronostic d'un pilier. Dans une étude sur 270 patients (20) la durée de vie moyenne a été de :

- 10,4 ans pour un bridge de canine à canine,
- 9,6 ans pour une prothèse fixée de 3 à 4 éléments,
- 6,6 ans pour une prothèse fixée de plus de 5 éléments.
- 3,7 ans pour une prothèse fixée avec 1 élément en extension.

La séquence de traitement précise les différentes étapes et le calendrier d'exécution (ou planning). Les étapes classiques en prothèse sont les suivantes :

- analyse des moulages d'étude
- montage directeur
- préparations
- provisoires
- empreintes
- enregistrements de l'occlusion
- essayages cliniques
- scellement.

Enfin, pour diriger la construction, l'établissement de critères de construction (OCTA) est un préalable indispensable.

Elle permet de préciser des repères quantitatifs aidant le modelage du montage directeur et représente ainsi le véritable "Plan de traitement" au sens architectural du terme (cf infra).

Phase 4 : conditionnement tissulaire

- 4.1 : conseils psycho-comportementaux
- 4.2 : résolution musculo-articulaire
- 4.3 : extraction, chirurgie buccale
- 4.4 : dentisterie restauratrice simple
- 4.5 : parodontie initiale
- 4.6 : restauration prothétique immédiate

La phase 4 représente des étapes d'assainissement qui concernent, aussi bien les dents elle-mêmes, que leur environnement musculo-squelettique, mais également l'aspect psycho-comportemental.

Phase 5 : modification tissulaire

- 5.1 : orthodontie
- 5.2 : endodontie
- 5.3 : restauration provisoire de première génération
- 5.4 : parodontie, chirurgie buccale d'aménagement
- 5.5 : implantodontie (stade 1)
- 5.6 : chirurgie orthognathique, chirurgie articulaire
- 5.7 : reconstitution coronaire
- 5.9 : implantodontie (stade 2)
- 5.8 : restauration provisoire de deuxième génération

La phase 5 inclut les étapes de modelage tissulaire. En règle générale, hormis certains aménagements muco-gingivaux particuliers, l'orthodon-

tie, les préparations corono-périphériques et les restaurations provisoires de première génération sont réalisées avant la chirurgie parodontale mais après assainissement parodontal.

Phase 6 : stabilisation

- 6.1 : finition orthodontique
- 6.2 : équilibration occlusale (meulage/collage)
- 6.3 : finition prothétique

La reconstruction globale des arcades permet d'envisager plus aisément une reconstruction esthétique et fonctionnelle, mais elle génère des difficultés cliniques importantes. La construction sectorielle par secteurs d'arcade présentent une simplification clinique évidente mais ne permet pas une correction globale de l'occlusion. La solution idéale consiste à placer, à partir d'un montage directeur complet, des prothèses provisoires globales de deuxième génération. Elles permettent une véritable évaluation fonctionnelle du projet thérapeutique. Les séances cliniques de finalisation prothétique sont ensuite fractionnées par secteurs dans la mesure du possible. Cet abord sectoriel d'une restauration fixée complète s'inspire d'un rationnel mis au point par Mann et Pankey (11), repris par Dawson (3) :

1. reconstruction des dents antérieures mandibulaires
2. reconstruction des dents cuspidées mandibulaires
3. reconstruction des dents cuspidées maxillaires
4. reconstruction des dents antérieures maxillaires.

En finissant par la mise en place des reconstructions antéro-maxillaires, on diminue le risque d'usure des prothèses provisoires postérieures et l'on ménage un temps plus long pour la maturation gingivale de ce secteur crucial du point de vue esthétique.

Phase 7 : maintenance

- 7.1 : hygiène bucco-dentaire
- 7.2 : contrôle des parafunctions
- 7.3 : contrôle des signes musculo-articulaires
- 7.4 : contrôle radiographique
- 7.5 : scellement définitif
- 7.6 : programmation des visites de contrôle

L'OCTA : HUIT CRITÈRES OCCLUSAUX DE RECONSTRUCTION

Le projet prothétique est matérialisé au laboratoire par la construction d'une maquette voulant représenter fidèlement la future restauration prothétique. Cette maquette, ou montage directeur, est le plus souvent construite en cire sur un articulateur. Pour diriger ce travail, la définition de critères de construction est un préalable indispensable ; elle permet de disposer de repères quantitatifs guidant le modelage. Ces critères représentent donc le véritable "Plan de traitement" au sens architectural du terme. A partir d'une hiérarchie proposée par Dawson (3), une liste constituée d'un préalable et de sept critères (soit 8 items : OCTA) est proposée dans un ordre, lié aux impératifs de construction. Ces critères représentent également le canevas d'une évaluation diagnostique réalisée lors d'une analyse occlusale.

L'OCTA ou huit critères occlusaux de reconstruction

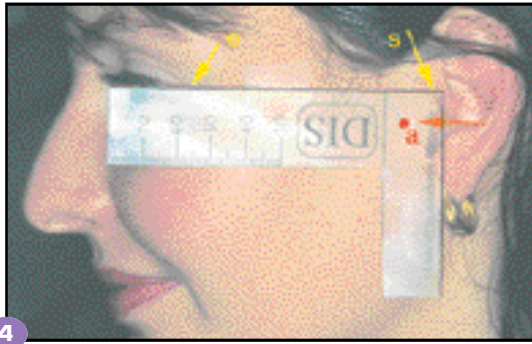
- 0 – Plan de Référence
- 1 – Position de Référence, Position thérapeutique
- 2 – Dimension Verticale d'Occlusion
- 3 – Situation de l'incisive mandibulaire
- 4 – Situation de l'incisive maxillaire
- 5 – Plan d'occlusion et courbe de Spee
- 6 – Pente de guidage
- 7 – Hauteur cuspidienne et courbe de Wilson

OCTA-O : PLAN DE RÉFÉRENCE

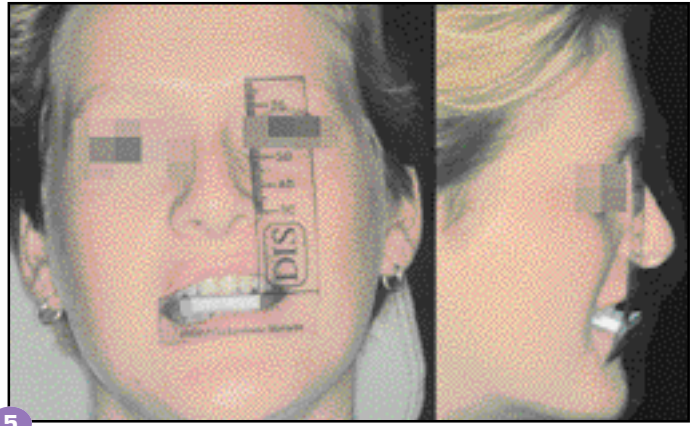
Un plan de référence unique est indispensable à toute évaluation comme à toute construction. Il permet de définir un repère orthonormé à trois dimensions, base de toute quantification.

La référence historique est le Plan de Francfort mais, en fait, la grande majorité des systèmes d'articulateur utilise, soit directement, soit par approximation, le Plan Axio-Orbitaire (P.A.O) : plan d'orientation horizontal passant par les Points Condylens (cutanés ou osseux) et le point Infra-Orbitaire gauche (point cutané ou osseux, le plus déclive du rebord antéro-inférieur de la cavité orbitaire).

Les points condyliens déterminés par localisation réelle de l'axe charnière ou par palpation du ver-



4



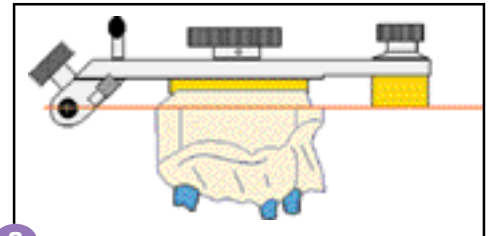
5

Fig. 4 Index PAO : repérage du point condylien gauche (e : ectochantion, s : supratragion, a : point condylien).

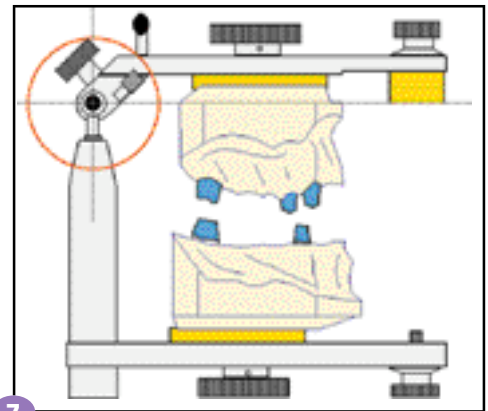
Fig. 5 Index PAO : repérage du point infra-orbitaire gauche par rapport au bord libre des incisives maxillaires.

Fig. 6 Octa O : le plan de référence Axio-orbitaire constitue la référence spatiale. Il autorise le montage du moulage maxillaire.

Fig. 7 Octa 1 : la position de référence constitue le point "O" du système de référence, il est défini par le montage du moulage mandibulaire.



6



7

Le point condylien et le point antérieur sont repérés sur un index transparent (Index PAO).

Cet enregistrement autorise la superposition et reproductibilité des données lors des différents montages en articulateur, des analyses céphalométriques et des enregistrements axiographiques (fig. 4, 5 et 6).

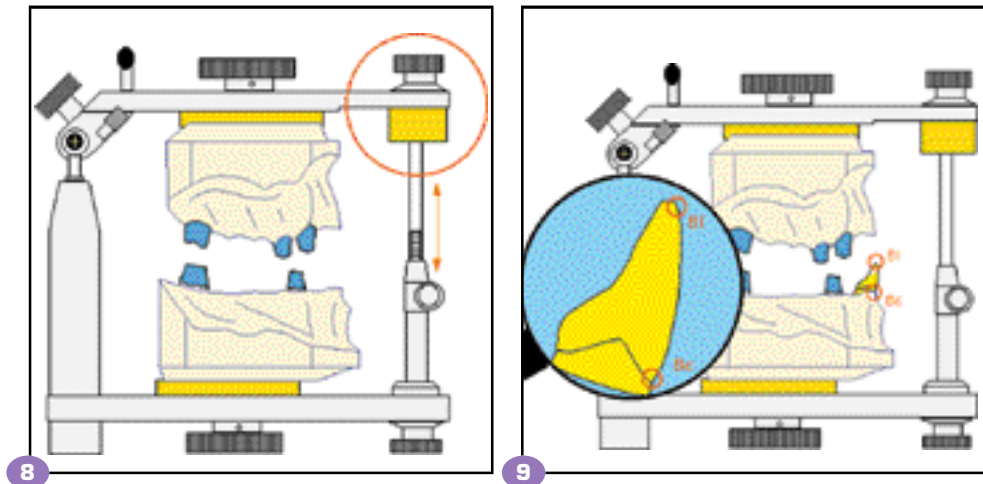
OCTA-1 : POSITION DE RÉFÉRENCE, POSITION THÉRAPEUTIQUE

La position de référence correspond à une position condylienne appartenant au plan de référence, constituant le point zéro du repère ortho-normé du système de référence. Elle doit être reproductible, il s'agit de l'Occlusion d'Intercuspidie Maximale (OIM) ou de la Relation Centrée (RC) [ou Relation Articulaires de Référence (RAR)]. La position thérapeutique est la position condylienne que l'on souhaite donner à la mandibule, renforçant l'OIM existante, ou créant une nouvelle OIM. Cette position n'est pas forcément repro-

ductible, mais doit être définie par rapport à la position de référence. Positions de référence et positions thérapeutiques sont confondues, sauf choix d'une position mandibulaire corrigée (PMC) ou position mandibulaire thérapeutique (PMT), (7), (9) (fig. 7).

Fig. 8 Octa 2 : le réglage de la tige incisive de l'articulateur finalise le choix de la DVO.

Fig. 9 Octa 3 : la situation de l'incisive mandibulaire est définie par un point cervical vestibulaire (Bc) et par la position du bord libre, l'incision mandibulaire (Bi).



OCTA-2 : DIMENSION VERTICALE D'OCCLUSION (DVO)

Les variations de la Dimension Verticale d'Occlusion (D.V.O.) sont réalisées au prix d'une rotation mandibulaire autour des ATM (23). Ce n'est donc, qu'une fois la position condylienne définie (position thérapeutique) que l'on peut décider de la DVO la plus favorable. Sachant qu'un 1 mm de variation inter-incisive ne correspond sensiblement qu'à 1° de rotation condylienne, une variation de la DVO de quelques millimètres ne peut induire directement de contraintes articulaires, la rotation étant un mouvement parfaitement physiologique pour cette articulation (1). S'il n'existe pas de méthode précise et reproductible pour déterminer la DVO (4), on remarque généralement, une grande capacité d'adaptation aux variations DVO. Selon Palla, la détermination de la DVO doit répondre aux critères suivants :

- la présence d'un espace d'inocclusion en position posturale de repos,
- l'absence de contacts entre les arcades dentaires durant l'activité phonétique,
- une apparence agréable de l'étage inférieur du visage en occlusion (19).

On peut penser qu'elle doit être également en harmonie avec les déterminants anatomiques, en

particulier la typologie squelettique caractérisée par la morphologie mandibulaire (fig. 8) (18).

Le choix de le DVO optimise les fonctions occlusales, diminue les contraintes appliquées aux structures, assure l'esthétique du visage.

A ce stade, les éléments squelettiques sont en place (position condylienne et Dimension verticale d'Occlusion). Ils définissent **la relation maxillo-mandibulaire en occlusion, symbolisée dans la fonction occlusale de centrage**. Il est maintenant, et seulement maintenant, possible de situer les éléments dentaires

OCTA-3 : GROUPE INCISIVO-CANIN MANDIBULAIRE

Le bloc incisivo-canin mandibulaire est le premier élément dentaire mis en place. Des critères cliniques (relation dento-squelettique, aspect esthétique) sont utilisés. Ils sont utilement complétés par des critères céphalométriques.

La situation du bloc incisivo-canin mandibulaire assure le soutien des lèvres, influence le profil ; de son inclinaison dépendra sa longévité ainsi que l'optimisation des fonctions de guidage (fig. 9).

OCTA-4 : GROUPE INCISIVO-CANIN MAXILLAIRE

Une fois le groupe incisivo-canin mandibulaire en place, les critères de positionnement du groupe

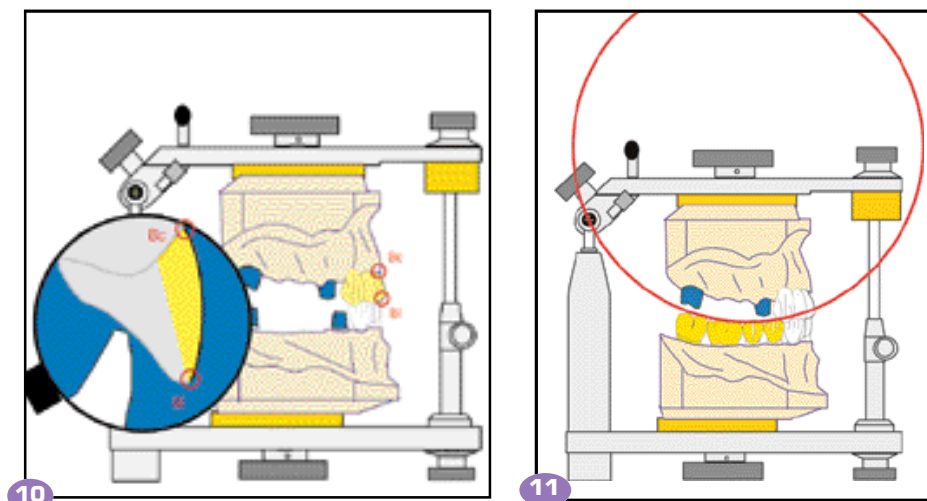


Fig. 10 Octa 4 : la situation de l'incisive maxillaire est définie par un point cervical vestibulaire (Bc) et par la position de l'angle vestibulaire du bord libre, l'incision mandibulaire (Bi).

Fig. 11 Octa 5 : le rayon de construction de la courbe de Spee positionne les pointes cuspidiennes vestibulaires des dents pluri-cuspidées mandibulaires.

incisivo-canin maxillaire sont basés essentiellement sur des références esthétiques. Une clarification consiste à différencier, d'une part leur face vestibulaire (Octa 4) qui répond à des critères esthétiques et, d'autre part, les aspects fonctionnels concernant la face linguale qui seront définis dans une autre étape (Octa 6). C'est donc uniquement la face vestibulaire qui est définie en premier lieu, essentiellement par la situation du bord cervical et du point vestibulaire du bord libre (fig. 10).

La situation du bloc incisivo-canin maxillaire assure le soutien des lèvres et influence directement l'esthétique du sourire. Elle conditionnera le concept de guidage dentaire entre guidage immédiat et guidage de groupe.

OCTA-5 : COURBE DE SPEE ET PLAN D'OCCLUSION

A partir du condyle et du groupe incisivo-canin mandibulaire, la définition de la courbe de Spee permet le positionnement de la première molaire mandibulaire et donc la définition de l'inclinaison du plan d'Occlusion par rapport au PAO.

Un modèle géométrique d'interprétation de la courbe de Spee par la loi de la tangente a été proposé (15) ; il permet la détermination du rayon de construction (17) et son transfert sur articulateur (16).

La recherche d'une courbe de Spee en harmonie avec la structure squelettique axialise les contraintes dento-parodontales et permettra un rapprochement fonctionnel harmonieux des tables occlusales (fig. 11).

OCTA-6 : PENTE INCISIVE

Il est logique de penser qu'il existe une forte influence de la fonction manducatrice sur le développement de l'éminence temporale et sur la valeur de la pente condylienne qui en résulte. En évaluant l'inclinaison du plan d'occlusion et de la pente condylienne sur le PAO, il est possible de disposer d'une proposition de construction de la pente incisive (14, 17). Une approche clinique simplifiée a été récemment proposée (8).

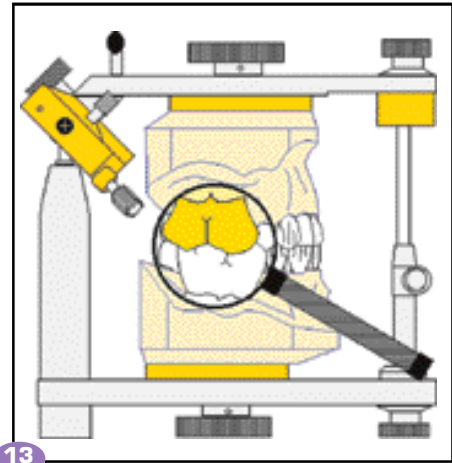
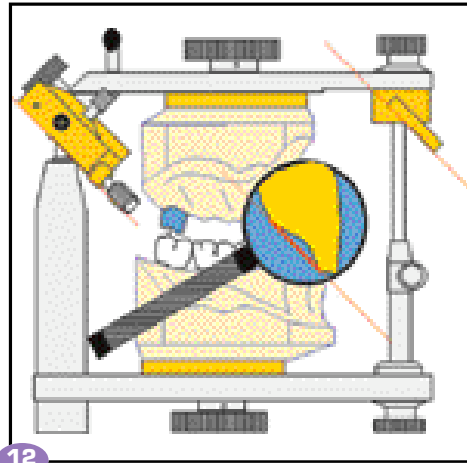
La recherche d'une concordance fonctionnelle entre guidage dentaire (pente incisive et pente canine) et guidage articulaire (pente condylienne) vise à faciliter la cinématique mandibulaire (fig. 12).

OCTA-7 : HAUTEUR CUSPIDIENNE ET COURBE DE WILSON

Une fois la position de référence fixée, la tige incisive bloquée (DVO définie), la courbe de Spee matérialisée, les pentes du guidage antérieur réglées, il ne reste qu'à proposer des inclinaisons dans le plan frontal des arêtes des dents pluri-

Fig. 12 Octa 6 : le réglage de la table incisive et de la pente condylienne à la valeur souhaitée pour la pente incisive.

Fig. 13 Octa 7 : le modelage des dents cuspidées est fonction du concept de guidage (désocclusion minimale) et du rapprochement fonctionnel homogènes des tables occlusales (courbes occlusales).



cuspidées. Ceci revient à définir des courbes de Wilson, pour obtenir, à la fois, le rapprochement homogène des tables occlusales et l'absence d'interférence. Nous ne disposons pas de données bibliographiques permettant de guider la construction des courbes de Wilson. La hauteur des cuspidées porteuses d'occlusion mandibulaires (courbe de Spee), le bloc incisivo-canin maxillaire (pentes de guidage) et le concept occlusal (fonction canine ou fonction groupe) constituent les éléments qui définissent le cadre de construction des cuspidées maxillaires et linguales mandibulaires. Le guidage canin, s'il est possible, sera privilégié, car il répond mieux aux lois de la biologie (économie d'énergie et économie de structure) que la fonction de groupe. En effet, il permet une facilitation neuro-musculaire, une faible usure des structures, et une majoration de l'efficacité masticatoire par un affrontement optimal des tables masticatoires. Il faut pour cela que le guidage canin provoque une désocclusion homogène et minimum. Cette désocclusion minimale assure une protection articulaire par une possibilité de contacts postérieurs (travaillant et non-travaillant) en cas de mouvement brutal ou forcé (parapets postérieurs) (fig. 13).

CONCLUSION

Plus on passe de temps à la réflexion pré-clinique, moins on subit de pertes de temps et d'échecs cliniques. Réaliser une grande restauration sans plan de traitement détaillé, au sens complet du terme, est comme naviguer sans carte ou boussole. Tant que le temps est clair et que l'on navigue à vue, tout va bien. Pour de plus grandes distances, ou en cas de mauvais temps, on risque fort de ne pas arriver à bon port.

Le praticien du XXI^{ème} siècle doit avoir la volonté et la capacité de maîtriser un ensemble complexe de connaissances et de techniques.

L'obscurantisme et la fuite en avant ne débouchent que sur des thérapeutiques stéréotypées inadaptées, ou pour le moins non optimisées. Le patient doit être traité selon les règles de l'art, mais tout dépend de la finesse de l'échelle de la "règle" en question : dixième de millimètre, millimètre, centimètre ou mètre ? ... Le "Maître" mot c'est le raisonnement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ballester J. Apport au concept d'intervalle de dimension verticale. Collège National d'Occlusodontologie 1997 ; 63-70.
2. Binkley X. A practical approach to full mouth rehabilitation. J Prosthet Dent 1987 ; 57-62.
3. Dawson PE. Evaluation, diagnosis and treatment of occlusal problems. CV Mosby, Saint Louis, 1989.
4. Gaspard M. Troubles de l'occlusion dentaire et SADAM. In Collection du Chirurgien-Dentiste. Procodif editeur, Sèvres 1985.
5. Gomez PR. Period for whole treatment. J of Gnatho 1984 ; 3 : 117-122.
6. Latino H, Rozenzweig D. Ajustement occlusal pré-prothétique. Cah Prothèse 1979 ; 28 : 129-147.
7. Laurent M, Laplanche O, Laborde G, Orthlieb JD. Critères d'enregistrement clinique de la position occlusale de référence. Syn proth 2000 ; 2 : 247-259.
8. Laurent M, Orthlieb JD. Reconstruction du guide incisif. Cah Prothèse 1997 ; 99 : 11-19.
9. Laurent M, Orthlieb JD. Choix de la position de référence. In Occlusodontie pratique. CdP E, editor CNO. Orthlieb JD, Brocard D, Schittly J. Manière-Ezvan A., Paris. 2000 ; 100-110.
10. Lytle JD, Skurow H. A propos d'une classification interdisciplinaire de dentisterie restauratrice. Rev Int Parod et Dent Restau 1987 ; 1 : 7-42.
11. Mann AW et Pankey LD. The Pankey-Mann philosophie of occlusal. J Dent Clin North Am 1963 ; 5 : 621-638.
12. Marguelles-Bonnet R, Yung JP. Pratique de l'analyse occlusale et de l'équilibrage. Paris Edition CdP 1984.
13. Martignoni M et Schonenberger A. Precision fixed prosthodontics clinical and laboratory aspects. Chicago Quintessence publishing Co Inc., 1993.
14. Michielin M, Damiani MG, Orthlieb JD, Simon J. Analyse statistique des inter-relations fonctionnelles entre guide antérieur et déterminant postérieur. Cah Prothèse 1990 ; 70 : 53-65.
15. Orthlieb J. The curve of Spee : the understanding of the sagittal organisation of the teeth. J Cranio Mandibular Practice 1997 ; 15 : 333-340.
16. Orthlieb JD. La reconstruction prothétique de la courbe de Spee en prothèse fixée. LQOS 1986 ; 11 : 69-80.
17. Orthlieb JD. Diagnostic occluso-céphalométrique assisté par ordinateur (Occluso-cephalometric computerised diagnosis). In Odontologie. Université de la Méditerranée, Marseille. 184, 1990.
18. Orthlieb JD. Cephalometric estimation of Occlusal Vertical Dimension. J Oral rehabil 2000 ; 27 : 802-807.
19. Palla S. Dimension Verticale. Collège National d'Occlusodontologie, 1995.
20. Pameijer JH. Periodontal and occlusal factors in crown and bridge procedures. In dental center postgraduate course, Amsterdam 1983.
21. Schillinburg HT, Hobo S, Whitsset A. Bases fondamentales en prothèse fixée. Edition CdP, Initiatives Santé, Paris 1998.
22. Stholer CT. Clinical decision-making in occlusion : a paradigm shift. In Science and practice of occlusion. McNeil C, editor. Chicago Quintessence Publishing Co, 1997. Pp. 294-305.
23. Valentin C, Yakhou O. Reconstruction du guide antérieur par des artifices de prothèse conjointe. Réal Clin 1993 ; 4 : 163-176.
24. Yuodelis R. Provisionnal restorations : an integrated approach to periodontics and restorative dentistry. J Dent Clin North Am 1980 ; 24 : 285-303.

Adresses des auteurs :

J.D. ORTHLIEB, S. BEZZINA, E.B. PRECKEL

**Unité d'Occlusodontologie de la Faculté de chirurgie dentaire de Marseille
27 boulevard Jean Moulin 13385 Marseille Cedex 5**

GLOSSAIRE

Courbe de Spee : courbe sagittale à concavité supérieure issue de la cuspide de la canine mandibulaire et qui suit l'alignement des pointes cuspidiennes vestibulaires des prémolaires et molaires mandibulaires.

Courbe de Wilson : courbe frontale, concave en général vers le haut, réunissant les sommets des cuspidés vestibulaires et linguales de deux dents homologues.

Désocclusion : perte de contact entre des dents antagonistes lors d'un glissement mandibulaire guidé par d'autres contacts dento-dentaires.

Inocclusion : absence de contact occlusal. Situation obtenue par abaissement mandibulaire.

CE QU'IL FAUT RETENIR

- Un plan de traitement comporte plusieurs phases : traitement de l'urgence éventuelle, documentation, décision thérapeutique, mise en condition et modifications tissulaires, stabilisation et maintenance.
- On peut distinguer huit critères occlusaux hiérarchisés qui permettent d'élaborer une maquette des restaurations envisagées : le plan de référence, la position de référence, la dimension verticale d'occlusion, la situation de l'incisive mandibulaire, la situation de l'incisive maxillaire, les plans d'occlusion et la courbe de Spee, la pente de guidage incisive et la hauteur cuspidienne.

- Oui ! je m'abonne à Synergie prothétique pour 1 an
 Oui ! je m'abonne à Synergie prothétique pour 2 ans



Nom.....
 Prénom.....
 Profession.....
 Adresse.....

 Tél..... Fax.....

Prix du n° : 197 F / 30 €

Abt	1 an	2 ans	Etudiant et salarié prothésiste*
France	656 F/100 €	1050 F/160 €	460 F/70 €
Europe	720 F/110 €	1150 F/175 €	540 F/82 €
Etranger	790 F/120 €	1260 F/192 €	

* sur justificatif

Je règle.....
 chèque joint à l'ordre de Synergie Prothétique
 CB n°
 date d'expiration
 date et signature

nos partenaires

