

VITA PHYSIODENS®

Manuel de montage selon le concept prothétique BIO-logique (BLP)



Détermination de la couleur VITA

Communication de la couleur VITA

Reproduction de la couleur VITA

Contrôle de la couleur VITA

Édition 2023-02

VITA – perfect match.

VITA

Le montage d'arcades artificielles avec VITA PHYSIODENS
Antérieures et Postérieures selon le concept de la prothèse
BIO-Logique (BLP)

Auteur : Dr chir.-dent. Eugen End



Le montage calqué sur l'exemple vivant avec les lois de l'occlusion physiologique

L'occlusion physiologique est la représentation diagnostique de l'occlusion statique et dynamique des dentures naturelles intactes, un concept pour l'ensemble de la prothèse amovible, de la prothèse fixée, de la prothèse implantaire, de la prothèse partielle et complète ou bien encore de tous les types de prothèse combinée.

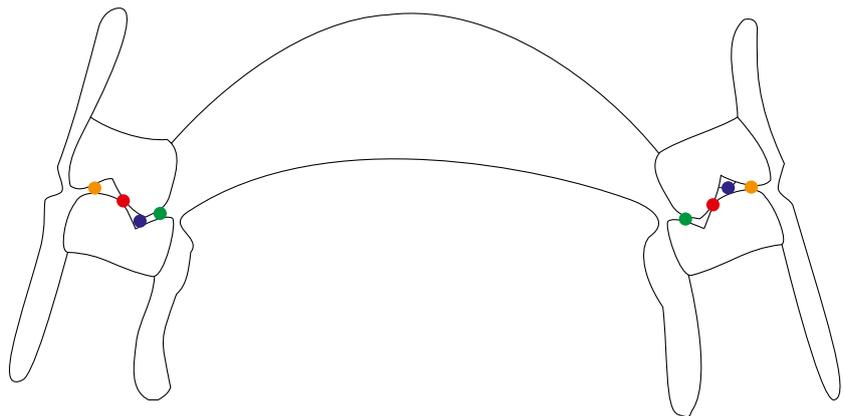
Sur la denture naturelle, on ne trouve pas

- de contacts multiples maximaux, pas non plus de contacts tripodiques au niveau de toutes les cuspidés primaires en engrènement strict selon les critères gnathologiques,
- de contacts ponctuels ou plats en long centric ou freedom in centric,
- d'occlusion linguale,
- de contacts généraux ABC,
- et pas non plus d'autres contacts induits artificiellement,

mais

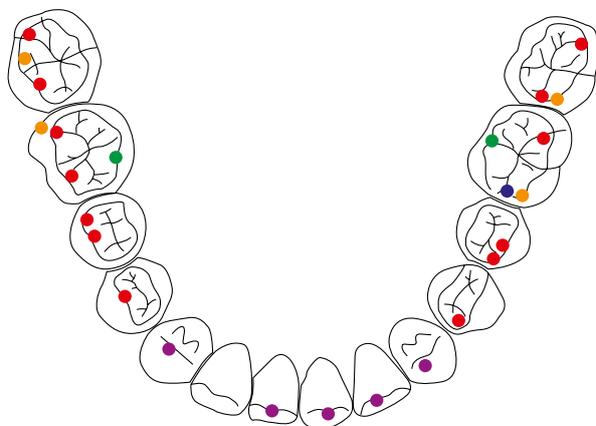
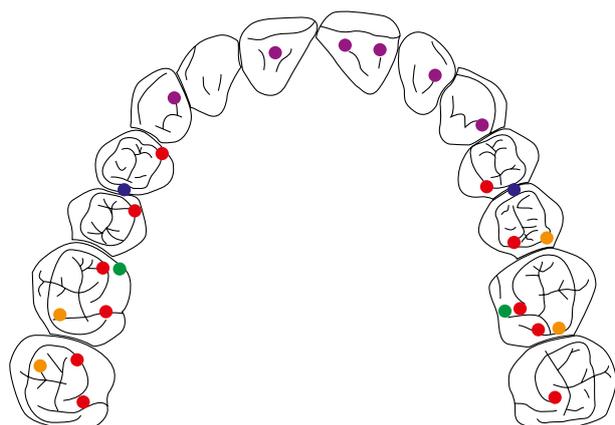
des contacts physiologiques avec 6 lois caractéristiques :

1. des points de contact quasiment réguliers et simultanés en secteur postérieur typiquement répartis en fonction de variantes individuelles,
2. on trouve en moyenne 10 contacts par hémio-arcade avec une latitude de 6 à 14 contacts,
3. les points de contact se trouvent majoritairement au niveau des cuspidés primaires et se situent essentiellement sur les pans internes à différentes hauteurs,
4. on trouve peu de contacts au niveau des crêtes marginales,
5. on trouve peu de contacts au niveau des pans internes des cuspidés secondaires,
6. les dents antérieures ont en moyenne cinq contacts plutôt légers.



- = Contacts travaillants
- = Contacts en cisaillement du côté buccal

- = Contacts en cisaillement du côté vestibulaire
- = Contacts aux crêtes marginales



Contacts dentaires typiques individualisés

- Premières prémolaires : 1 à 2 contacts
- Deuxièmes prémolaires : 1 à 2 contacts
- Premières molaires : 3 à 4 contacts
- Deuxièmes molaires : 2 à 3 contacts
- Dents antérieures en moyenne 5 contacts

- Aucun contact multiple tripodique
- Aucun contact punctiforme
- Aucun contact multiple maximal



III. 1 : mandibule d'une personne de 18 ans



III. 2 : maxillaire d'une personne de 20 ans



III. 3 : mandibule d'une personne de 30 ans



III. 4 : mandibule d'une personne de 40 ans



III. 5 : maxillaire d'une personne de 50 ans



III. 6 : maxillaire d'une personne de 60 ans



III. 7 : maxillaire d'une personne de 70 ans

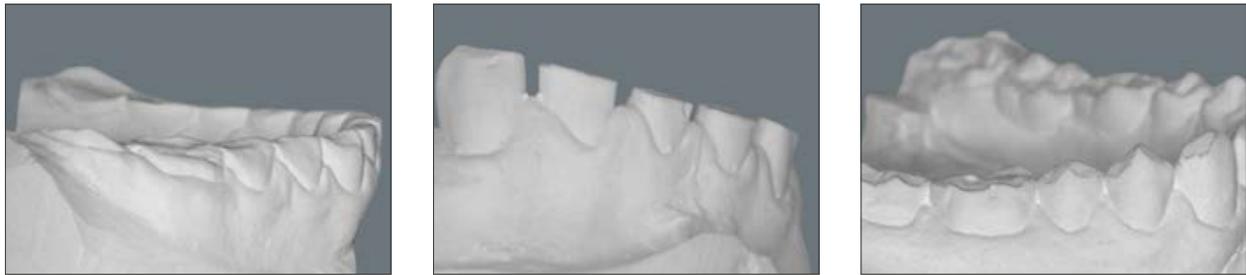


III. 8 : maxillaire d'une personne de 80 ans

La mastication, la déglutition, la phonation, le rire, les bâillements et tous les mouvements mimiques, c'est-à-dire tous les mouvements physiologiques de la mandibule ne génèrent pas d'usure des dents. Les dentures conservées jusqu'à un âge avancé le prouvent. Physiologiquement, les dents conservent leurs formes pour remplir leur fonction.

Les mouvements physiologiques de la mandibule ne sont pas guidés par les dents et les condyles mais uniquement par un guidage neuromusculaire commandé par le système nerveux central, volontairement ou pas.

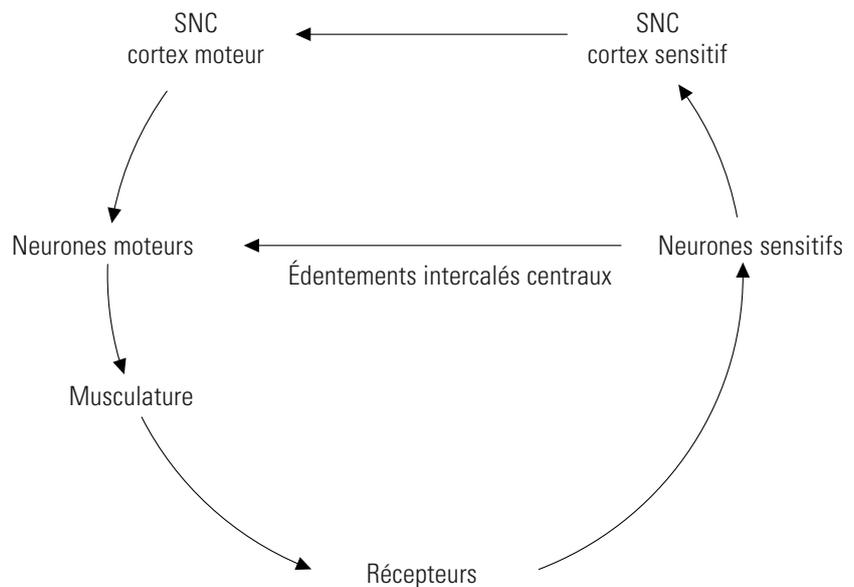
La physiologie montre comment elle travaille, sans risque d'abrasion et de friction, sur le plan morphologique. En retour, la physiologie ne peut se mettre en action que si toutes les structures impliquées sont préservées.



Les mouvements de la mandibule avec contact dentaire provoquent une perte de substance dentaire.

Tous les mouvements de la mandibule avec contact dentaire sont des mouvements non physiologiques.

Comme les mouvements mandibulaires physiologiques, ils sont également activés par le système nerveux central et le système neuromusculaire. En cas de bruxisme ils peuvent partiellement détériorer la morphologie des dents ou abraser totalement ces dernières.



Le cycle de notre système masticatoire géré d'une manière cybernétique dépend de la préservation des structures dentaires participantes. En présence de facteurs perturbants, les partenaires sont sollicités de manière non physiologique. En conséquence, chaque structure participante subit une atteinte pathologique.

La prothèse BIO-Logique est le seul système de montage à mettre en pratique le concept d'occlusion présent dans la nature.

Ce système s'est développé lentement sur des milliers d'années, a été vérifié et a remarquablement fait ses preuves.

L'occlusion dynamique et statique de l'appareil masticatoire humain est unique en son genre. Les mouvements masticatoires sont certes propres à chacun et dépendant des aliments. Le mouvement type est cependant toujours le même. La mastication est acquise pendant l'enfance, mémorisée et contrôlée tout au long de la vie et toujours mobilisable. Que le patient ait une denture naturelle, des obturations, des couronnes, des bridges, une prothèse amovo-inamovible, une prothèse complète ou implanto-portée ne joue aucun rôle.

L'être humain est un masticateur vertical qui broie et écrase les aliments dans la phase de fermeture proche de l'occlusion. Dans la phase d'ouverture, la mandibule s'abaisse presque verticalement en moyenne sur 14 à 18 mm. Petit à petit la mandibule va effectuer un mouvement de fermeture d'env. 4 à 6 mm vers le côté travaillant. La fin du mouvement masticatoire et la déglutition se déroulent avec une extraordinaire précision dans un espace fonctionnel d'env. 1 mm.

La mandibule rejoint cet espace naturellement, uniquement lorsque les aliments sont devenus si fins que les dents ne sont plus séparées que par une distance d'env. 1 mm. Le mouvement masticatoire se termine la plupart du temps juste avant contact mais aussi lors de la déglutition avec contact. Le potentiel énergétique de la musculature en phase de fermeture se manifeste à la fin du mouvement de fermeture dans une phase de repos d'env. 180 millisecondes afin d'entamer un nouveau cycle de mastication du même type avec l'aide des muscles élévateurs. Le contact est plutôt évité. Les dents travaillent quasiment sans se rencontrer. Lorsqu'il y a malgré tout contact, il a lieu uniquement dans cet espace fonctionnel d'env. 1 mm et ne dure à la mastication qu'env. 120 millisecondes et à la déglutition qu'env. 1 seconde. Cet espace fonctionnel d'env. 1 mm est la relation centrée physiologique qui est identique à l'intercuspidation habituelle dans un système masticatoire non perturbé.

Les mouvements physiologiques de la mandibule ne sont pas guidés par les dents et les condyles mais uniquement par le système nerveux central volontairement ou par le système neuromusculaire involontairement. Ils ne peuvent avoir lieu dans le cas de contacts dento-dentaires, ni spatialement ni temporellement. Dans tous les mouvements physiologiques mandibulaires, il n'y a pas de guidage dentaire, ni de guidage antérieur ou canin, ni de fonction de groupe ni d'occlusion bilatérale équilibrée.

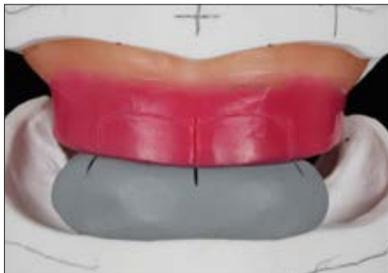
La substance dentaire perdue doit être remplacée dans sa forme, ses dimensions, sa position, dans sa fonction et sa qualité conformément à l'exemple vivant.

VITA PHYSIODENS® et la BLP remplissent ces critères.



Le dentiste a mis en forme le secteur antérieur maxillaire avec le bourrelet d'occlusion selon des critères esthétiques et phonétiques (chapitre 4.1.6 DVD BLP).

Les dents antérieures doivent se situer là où elles se trouvaient jadis. Elles ne sont pas montées selon des critères statiques.



Le prothésiste obtiendra le meilleur report avec une clé des dents antérieures (chapitre 4.1.9 BLP-DVD). L'empreinte du bourrelet en cire sur la clé indique précisément au prothésiste la position des dents antérieures maxillaires. Elles se situent la plupart du temps, du fait de l'atrophie de la mâchoire à l'extérieur de la crête avec des faces vestibulaires au dessus du vestibule.



Les incisives centrales et les canines touchent le plan d'occlusion au maxillaire. Il est parallèle au plan de Camper et à la ligne bipupillaire. Dans le cas d'un montage selon des valeurs moyennes, il est également parallèle au plan de la table.



Les dents antérieures ne sont pas montées selon le critère exigé du guidage dentaire, qu'il s'agisse de guidage canin ou antérieur, de fonction de groupe unilatérale ou d'occlusion bilatérale équilibrée.

Les mouvements excursifs à guidage dentaire ne sont jamais effectués dans tout le montage.

Pour la prothèse BIO-logique, tous les mouvements avec contact dento-dentaire sont non physiologiques.



Pour un montage antérieur naturel, il convient de respecter les critères suivants :
en vue frontale, l'axe des incisives centrales est vertical ; celui des latérales est mésialé et celui des canines est plutôt de nouveau vertical avec un collet plutôt vestibulé,



en vue latérale, les incisives centrales doivent être le plus possible à la verticale avec leur face vestibulaire. En vue occlusale il faut que l'on puisse voir un tracé harmonieux en forme d'arc, représentant le sommet d'une élipse.

La clé des dents antérieures reproduit la position verticale et sagittale des dents antérieures (chapitre 4.2. BLP-DVD).



Les incisives centrales sont les dents dominantes. Les incisives latérales peuvent être montées individuellement. Elles se situent chacune à env. 1 mm au dessus du plan d'occlusion. Les canines se situent là où passent les pointes canines. En vue antérieure, on ne doit voir que la facette mésiale de la canine. La facette distale signale l'entrée du corridor vestibulaire.



Le montage correct des dents antérieures est fondamental pour l'ensemble du montage.



Les dents antérieures mandibulaires assorties aux dents antérieures maxillaires figurent sur la carte de formes VITA PHYSIODENS.



Les dents antérieures mandibulaires se situent plutôt sur la crête ou légèrement devant car la crête alvéolaire dans cette zone est quelque peu atrophiée du côté sagittal. Elles se situent par leurs faces vestibulaires au maximum au dessus du vestibule. Elles sont là esthétiquement et phonétiquement correctes (chapitre 4.3 BLP-DVD).



Généralement, les bords incisifs des centrales et les incisives latérales sont plus vestibulés que les collets. En vue vestibulaire, les incisives mandibulaires sont toutes droites. Les canines mandibulaires se situent entre l'incisive latérale et la canine maxillaires. Leurs collets sont davantage vestibulés, leurs axes verticaux ou plutôt mésio-lingualés. En vue antérieure, on ne voit que la facette mésiale de la canine. La facette distale comme au maxillaire rejoint les surfaces vestibulaires des dents postérieures.



Le critère imposant un surplomb et recouvrement de 1 à 3 mm afin d'obtenir une occlusion unilatérale ou bilatérale équilibrée ou imposant un montage des dents antérieures permettant d'obtenir un guidage antérieur va à l'encontre de l'occlusion dynamique physiologique.



Le recouvrement résulte du plan d'occlusion dont le trajet passe à peu près au centre du tubercule rétromolaire, parallèlement au plan de Camper et à la ligne bipupillaire pour rejoindre le bord incisal des dents antérieures mandibulaires. Le bord des incisives et la pointe des canines touchent ce plan d'occlusion comme sur une denture naturelle. Les deux peuvent naturellement se situer légèrement en deçà ou en delà de ce plan.

Il est souhaitable que les dents antérieures mandibulaires ne soient pas en contact dans le montage en cire afin que le prothésiste après la polymérisation et le dentiste après la pose des prothèses aient encore de la latitude pour atteindre l'objectif de la BLP, à savoir de légers contacts en secteur antérieur.

Les bords incisifs des dents antérieures mandibulaires doivent être harmonieusement parallèles aux bords incisifs des dents antérieures maxillaires. Elles sont aussi alors parallèles à la ligne bipupillaire.



Le choix des dents postérieures peut se faire sur la carte de formes VITA PHYSIODENS, comme pour les dents antérieures.

Pour des considérations physiologiques et pratiques, il est judicieux de monter après les dents antérieures l'ensemble des dents mandibulaires. Les dents de la mandibule - partie mobile de l'appareil masticatoire - doivent pouvoir laisser agir la force masticatoire dans la bonne direction sur le maxillaire. Pratiquement, le montage physiologique à la mandibule déterminera le bon montage au maxillaire.

La tenue des prothèses en fonction, hors contact dentaire, est principalement assurée par le soutien musculaire des muscles masticatoires, jugulaires, labiaux et linguaux et de la meilleure façon lorsque les dents artificielles se situent là où les dents naturelles étaient dans un équilibre musculaire. De même les surfaces linguales et vestibulaires des dents artificielles, leurs dimensions et les procès alvéolaires artificiels doivent pour ces raisons être conçus selon l'exemple vivant.



Tant que les aliments se trouvent entre les arcades, les contacts dento-dentaires ne se font pas. Lorsque la mastication génère une occlusion, c'est seulement dans la relation centrée physiologique dans un espace fonctionnel d'env. 1 mm (voir aussi chapitre 1.1.2 Mastication DVD BLP). La stabilisation occlusale prothétique s'effectue uniquement dans la relation centrée physiologique avec en moyenne 25 paires de contact presque réguliers et simultanés.

SOLUTIONS PROTHÉTIQUES VITA
Cartes de formes

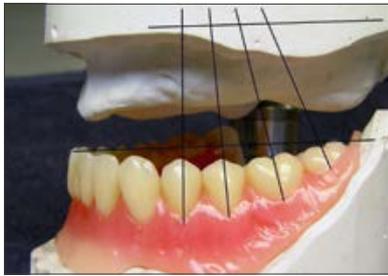
VITA - perfect match VITA

VITA PROSTHETIC SOLUTIONS

- PREMIUM PROSTHETIC
- UNIVERSAL PROSTHETIC
- BASIC PROSTHETIC
- DIGITAL PROSTHETIC

Pour les meilleures prothèses dentaires : naturelles, fiables, diversifiées.

Carte de formes dents en résine (n° 10252F/1)



- L'inclinaison axiale des couronnes postérieures se fait vers le crâne et centrée pour chaque dent.
- La courbe de Wilson résulte de l'inclinaison des couronnes vers la langue. L'inclinaison coronaire des dents postérieures mandibulaires est propice à cette orientation.
- La courbe de Spee résulte du montage des dents postérieures qui débute par la première prémolaire avec une distance croissante par rapport au plan d'occlusion en direction de la première molaire. En direction de la seconde molaire cette distance diminue à nouveau vers la seconde molaire.
- Seules les cuspidés disto-vestibulaires des deuxièmes molaires et les dents antérieures sont au contact du plan d'occlusion.
- Le plan d'occlusion est parallèle au plan de Camper. Lors de l'analyse du modèle, cette ligne est reportée sur le socle du modèle.
- En vue occlusale, les dents postérieures sont harmonieusement orientées et suivent une forme de parabole. En vue antérieure, les facettes vestibulaires des prémolaires et les premières molaires ne se voient que peu dans le prolongement de la facette distale des canines et sont harmonieusement inclinées. Les facettes vestibulaires des deuxièmes molaires ne sont plus visibles de l'avant.
- Comme pour une denture naturelle, les dents postérieures se situent sur la ligne entre les pointes des canines et le tubercule rétromolaire. Lors de l'analyse du modèle, cette ligne a été reportée sur le socle du modèle.
- Les dents sont en linguoversion, délimitées par la ligne de Pound. Leurs cuspidés secondaires se situent au maximum le long de la ligne de Pound.
- Afin de satisfaire aux exigences fonctionnelles d'une prothèse, toutes les dents postérieures doivent se trouver dans un équilibre musculaire, c'est-à-dire être là où elles se trouvaient à l'origine.
- En principe, toutes les prémolaires et molaires sont montées. La limite du montage est le milieu du tubercule rétromolaire, souvent jusqu'au tiers supérieur de celui-ci sans toutefois le dépasser. Pour l'équilibre fonctionnel, non seulement le nombre et l'emplacement des dents par rapport à l'environnement est nécessaire mais aussi leurs dimensions similaires à celles des dents d'origine. Les VITA PHYSIODENS Posteriores répondent à ce critère du fait de leurs formes anatomiques.

Les premières prémolaires mandibulaires

- se situent à 1 - 2 mm en dessous du plan d'occlusion,
- se situent par leurs faces vestibulaires souvent encore au dessus du vestibule,
- se situent à la verticale ou légèrement en mésioversion,
- se situent légèrement en linguoversion.

Les secondes prémolaires mandibulaires

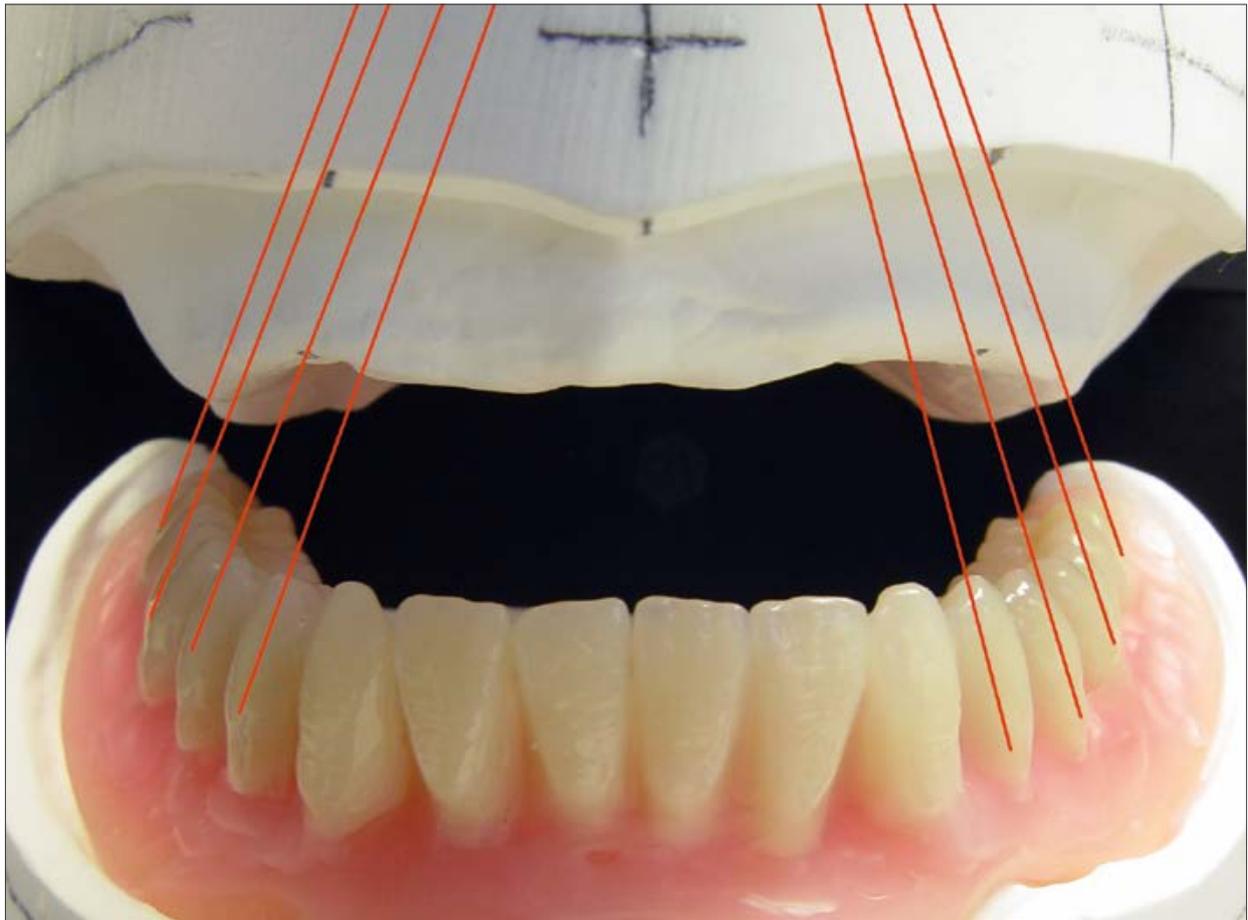
- se situent plus en dessous du plan d'occlusion que les premières prémolaires,
- ne se situent plus au dessus du vestibule par leurs faces vestibulaires,
- leurs sillons se situent sur la ligne allant de la canine au trigone rétromolaire,
- se situent par leur axe longitudinal plutôt en mésioversion,
- sont en linguoversion.

Les premières molaires mandibulaires

- se situent par leur axe longitudinal plutôt en mésioversion,
- leurs surfaces occlusales sont inclinées vers l'intérieur conformément à la courbe de Wilson et remontent vers la face distale conformément à la courbe de Spee.

Les secondes molaires mandibulaires

- leurs cuspides disto-vestibulaires forment le plan d'occlusion avec les bords incisifs des dents antérieures mandibulaires,
- leurs surfaces occlusales sont inclinées vers l'intérieur conformément à la courbe de Wilson et remontent vers la face distale conformément à la courbe de Spee,
- leurs axes longitudinaux sont en mésioversion.



Les dents postérieures au niveau de la 4^e hémi-arcade sont montées comme au niveau de la 3^e hémi-arcade sans la nécessité d'une symétrie parfaite (chapitre 4.5 DVD sur la BLP).

En prothèse amovible, il ne faut pas lors du montage des dents tenir uniquement compte des couronnes en les isolant des autres éléments constitutifs des dents mais toujours représenter les couronnes avec leurs racines et leurs axes radiculaires. Si tel est le cas, les dents postérieures ne seront plus jamais montées avec des surfaces occlusales à l'horizontale. Cela vaut aussi pour la sculpture des couronnes.



En ce qui concerne les deuxièmes molaires, la partie disto-basale doit souvent être meulée jusqu'au niveau de la surface occlusale car elle se situe à proximité du tubercule rétromolaire.

Les faces linguale et vestibulaire des couronnes doivent être préservées le plus possible car elles offrent avec la section alvéolaire de substitution une surface d'appui appréciable pour la langue et la joue.

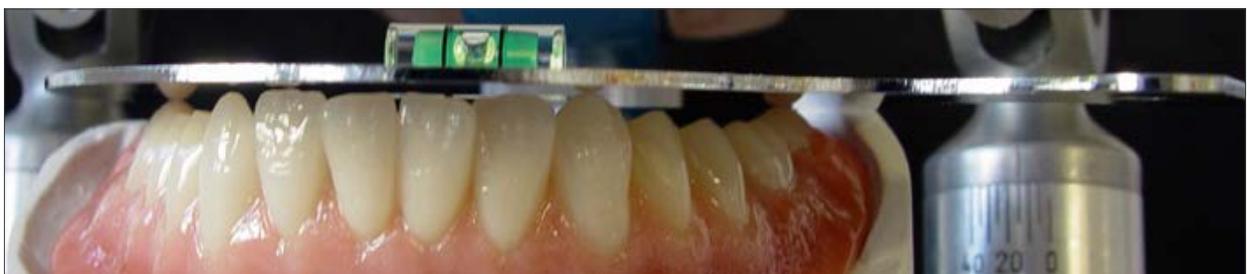


Des rapports se créent ainsi comme sur une denture naturelle et avec 1 à 3 contacts sur les deuxièmes molaires, on dispose ainsi de butées en centrée appréciables pour la stabilisation des prothèses dans la relation physiologique centrée, sans parler d'une meilleure capacité de mastication et d'un acheminement continu des aliments des surfaces masticatoires vers le pharynx.



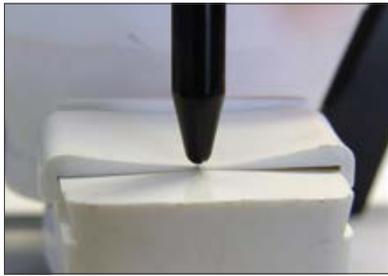
Avant de monter les dents postérieures maxillaires, on vérifie une nouvelle fois le bon montage physiologique des dents mandibulaires : uniquement les dents antérieures et les cuspides disto-vestibulaires des deuxièmes molaires sont au contact du plan d'occlusion.

Comme avec l'ensemble des lois de l'occlusion physiologique, toutes les dentures naturelles s'écartent dans une certaine mesure de la symétrie parfaite.





Avec la 24 commence le montage des dents postérieures maxillaires. La 24 est montée d'abord de manière provisoire harmonieusement sur l'arcade avec un contact à la mandibule. En moyenne la dent a 1 à 2 contacts, plus rarement 3. Pratiquement, c'est seulement après le montage des dents restantes sur cette hémi-arcade que la 24 est positionnée définitivement.



Pour la première prémolaire maxillaire, la cuspide secondaire occupe exceptionnellement les 2/3 de la couronne. La première prémolaire mandibulaire présente la plupart du temps uniquement une cuspide secondaire modeste alors que la cuspide travaillante sur les 2/3 de la couronne est bien marquée. Du fait de l'anatomie de ces dents et de leur faible zone de contact, on observe un degré de liberté vestibulaire important et physiologiquement nécessaire comme sur une denture naturelle.

Le montage et le meulage se font toujours par hémi-arcade afin d'obtenir le relief occlusal. Plusieurs retouches apportées au montage nécessitant un nouveau meulage doivent être évitées.



Après le montage provisoire de la 24, on monte la 26 le plus possible dans un engrenement neutre avec la 36. Lors du montage des premières molaires, la tige support doit être distante du plateau incisal d'env. 2 mm. Ce verrouillage de l'occlusion doit être préservé jusqu'au montage des quatre dents postérieures afin de meuler ensuite cette hémi-arcade avec un nombre correct de contacts physiologiques. L'axe coronaire est monté obliquement par rapport au plan d'occlusion afin que la dent avec les pans internes de ses cuspidés travaillantes vienne au contact des pans internes des cuspidés travaillantes de son antagoniste (chapitre 4.6.2 DVD BLP).

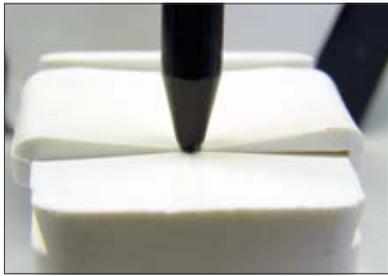


Avant le meulage, les cuspidés secondaires doivent être hors de contact dans le montage en cire. Les premières molaires présentent en moyenne 3 à 5 contacts, principalement sur les pans internes des cuspidés primaires à différentes hauteurs et vers le centre sur les bombés les plus hauts, peu sur les crêtes marginales et peu de contacts en cisaillement. L'occlusion se resserre sur les deuxièmes prémolaires avec les premières molaires et se desserre à nouveau au niveau des deuxièmes molaires. Les dents ne doivent pas s'engrèner selon la méthode classique mais simplement être positionnées dans la position physiologique optimale et pas dans la position de contact maximale.



La 24, en vue antérieure et occlusale, est montée définitivement et harmonieusement dans l'arcade, avec de légers contacts travaillants.

L'axe coronaire de la 25 comme celui de la 24 se trouve à la verticale du plan d'occlusion. Pour cette dent également, on recherche uniquement un contact sur le pan interne de la cuspide travaillante avec la cuspide travaillante de l'antagoniste.



La 27 termine l'arcade avec peu de contacts et une plus grande liberté occlusale. Elle est montée par rapport à son antagoniste comme toutes les dents postérieures afin que les pans internes des cuspidés travaillantes entrent en contact. Les cuspidés secondaires ne doivent ici non plus être contact dans le montage en cire.



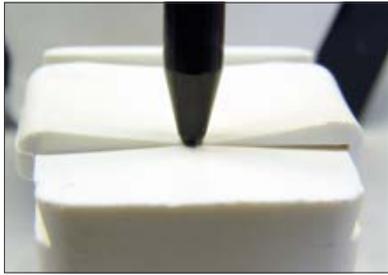
Après le meulage dans la relation centrée physiologique désirée, les secondes molaires ont 1 à 3 contacts, principalement des contacts travaillants mais aussi des contacts sur les crêtes marginales et des contacts en cisaillement. Il n'est pas rare de voir les deuxièmes molaires dans une occlusion en bout à bout ou inversée sur une arcade au profil harmonieux.

Du fait de l'orientation des dents maxillaires via leurs contacts travaillants avec les contacts travaillants des dents mandibulaires déjà correctement montées et des contacts en cisaillement libres, se créent automatiquement également au maxillaire la courbe hélicoïdale, la courbe de Spee et la courbe de Wilson. Ces courbes ne sont cependant pas des courbes de compensation dans le sens d'une occlusion équilibrée. Elles correspondent à l'orientation des forces qu'exercent les muscles élévateurs et à l'inclinaison des dents sur les crêtes et rejoignent le milieu du crâne. Elles optimisent la mastication avec des vecteurs de force orientés dans la même direction. Elles sont d'une extrême importance pour la fonction masticatoire.



Les deuxièmes molaires maxillaires comme celles de la mandibule doivent souvent être meulées côté distal au niveau de leur base jusqu'au niveau occlusal car elles sont insérées à une grande proximité de la tubérosité. Les faces linguales et vestibulaires des dents doivent ici aussi être conservées pour offrir un support à la langue et à la joue et créer ainsi un équilibre biologique fonctionnel. Ainsi se créent des rapports à l'image de ceux d'une denture naturelle.





Avant de monter la 1^{re} héli-arcade, les héli-arcades 2 et 3 qui ont été montées avec un verrouillage via la tige support de 2 mm env. sont meulées en relation centrée physiologique (chapitre 4.6.5 BLP-DVD).



Les dents sont meulées au niveau de tous les contacts qu'il s'agisse de leur nature ou de leur quantité selon des critères anatomiques afin de retrouver la position zéro enregistrée au niveau de la tige support. Le meulage s'effectue dans l'optique des mouvements masticatoires typiques qui sont identiques chez les personnes totalement dentées et les porteurs de prothèse et dans l'optique des 6 caractéristiques de l'occlusion physiologique. Les contacts travaillants doivent dominer aussi bien en quantité qu'en qualité. Afin de préserver le relief occlusal, un meulage est effectué au maxillaire et à la mandibule. Proche de la relation centrée, on essaie d'effectuer des mouvements masticatoires physiologiques presque verticaux. Les mouvements excursifs à guidage dentaire ne sont pas effectués car ils ne sont pas physiologiques.





Les prémolaires présentent 1 à 2 contacts, plus rarement 3.
 Les premières molaires ont 3 à 5 contacts.
 Les secondes molaires avec 1 à 3 contacts, ont à nouveau moins de contacts.
 Au niveau des premières prémolaires, la liberté occlusale est grande.
 L'occlusion se resserre vers les premières molaires puis se libère à nouveau.
 Les contacts en cisaillement extérieurs sont plus fréquents que ceux intérieurs.

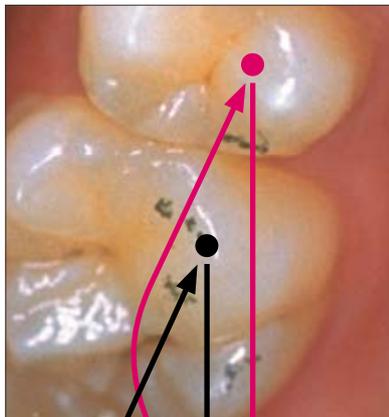
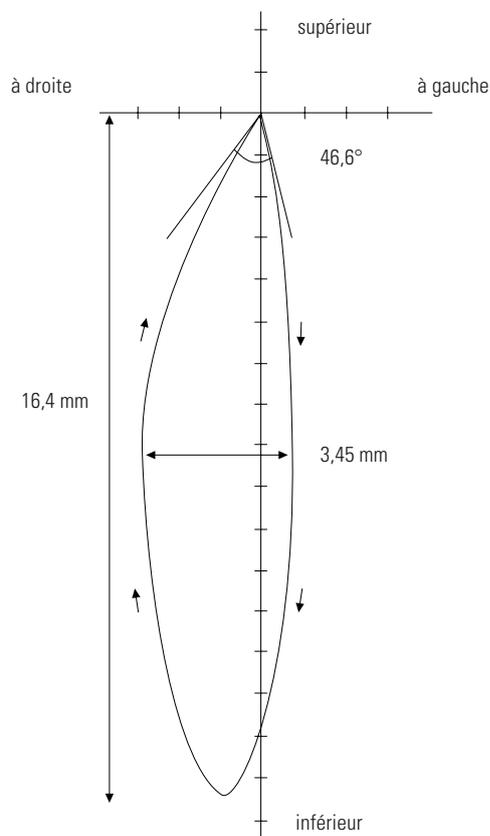
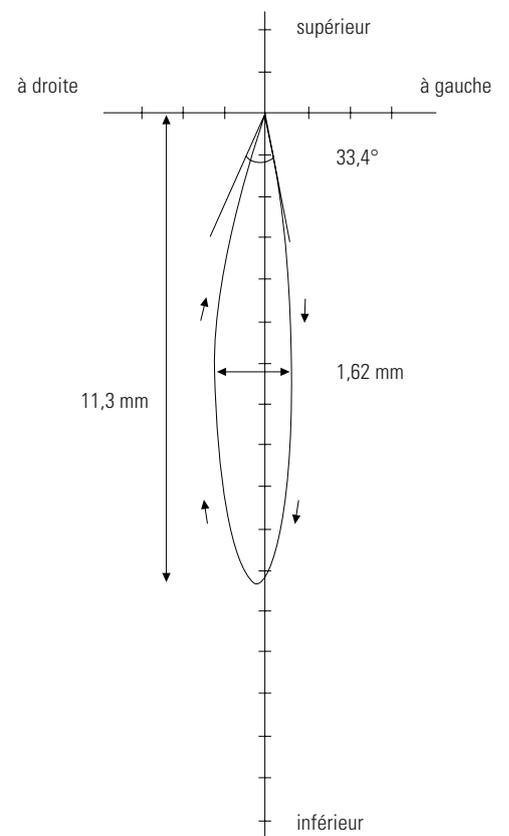


Schéma d'un acte de mastication normal sur le plan antérieur

Pour le plan antérieur, acte de mastication "normal" de personnes ayant une denture totale et de porteurs de prothèse.



Denture complète



Porteurs de prothèse



Les dents postérieures au niveau de la 1^{re} héli-arcade sont montées comme au niveau de la 2^e héli-arcade sans la nécessité d'une symétrie parfaite (chapitre 4.7 DVD sur la BLP).



La 14 est d'abord montée en contact à titre d'orientation et uniquement provisoirement. La tige support est à nouveau bloquée sur env. 2 mm lors du montage de la 16. Puis les 16, 15 et 17 sont montées de la même manière que la deuxième héli-arcade. Il est tout à fait possible d'avoir de faibles variations au niveau des héli-arcades par rapport à une ellipse parfaitement symétrique. Le maxillaire étant atrophié du côté vestibulaire de manière centripète, les dents postérieures en fonction de l'atrophie sont sur la crête ou souvent plutôt vestibulées. Les axes des dents avec ce montage sont conformes à ceux des dents postérieures mandibulaires dans le sens des forces des muscles élévateurs et convergent dans le sens cranial et divergent dans le sens caudal. Les prothèses sont sollicitées en relation centrée de manière physiologique.



De ce côté aussi aucun mouvement de latéralité n'est effectué pour atteindre ou éviter des guidages dentaires ou des équilibres. La relation centrée physiologique est la seule position de contact obtenue avec tous les mouvements physiologiques. C'est également la seule position de contact en articulateur.



En présence de relations intermaxillaires défavorables, la série de 4 à 7 peut aussi être montée. Le dégagement des cuspides secondaires et le blocage de l'occlusion sur env. 2 mm doivent cependant être respectés afin d'obtenir après meulage les contacts nécessaires.

Une relation cuspide-embrasure est certes souhaitable mais pas indispensable pour une parfaite fonction masticatoire.





Les héli-arcades 1 & 4 sont à présent meulées dans la relation centrée physiologique, après avoir été montées comme le côté gauche avec un verrouillage via la tige support de 2 mm env.



Comme déjà décrit pour le côté gauche, tous les contacts dans toutes les épaisseurs sont réduits anatomiquement jusqu'à ce qu'il y ait un contact quasiment régulier et simultané de la mandibule avec le maxillaire, comme le montre la relation centrée physiologique. Il s'agit là d'obtenir une répartition à l'extérieur et à l'intérieur avec une variation en moyenne de 10 contacts par héli-arcade, principalement des contacts travaillants, moins de contacts au niveau des crêtes marginales et en cisaillement et des contacts aux dents antérieures plus légers.



- Prémolaires : 1 à 2 contacts.
- Première molaire : 3 à 5 contacts.
- Seconde molaire : 1 à 3 contacts.
- Dents antérieures : en moyenne 5 contacts (pour le montage en cire, il vaut mieux maintenir les dents antérieures tout juste hors de contact).

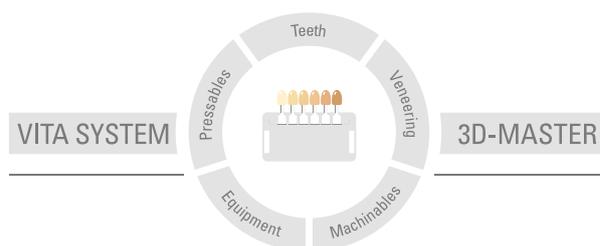
Les lois de la nature ne sont pas des dogmes mais en quelque sorte des règles du jeu précises dont il faut tenir compte.



1. End, E. : BIO-Logical Prosthetics, DVD ROM, Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG, 79713 Bad Säckingen, www.vita-zahnfabrik.com
2. End, E. : Die physiologische Okklusion des menschlichen Gebisses, Diagnostik und Therapie, Verlag Neuer Merkur, 2005, München
3. End, E. : Physiological Occlusion of human Dentition, Diagnosis & Treatment, Verlag Neuer Merkur, 2006, München
4. End, E. : Klinische und instrumentelle Untersuchung zur Okklusion und Artikulation. ZWR 9, 456 – 464 (1996)
5. End, E. : Erfahrungen mit Teil- und Totalprothesen in physiologischer Okklusion. ZWR 1/2, 32 – 38 (1997)
6. End, E. : Implantatgestützter Zahnersatz und Okklusionskonzepte. ZWR 112, 2003 Nr. 6 Seite 249 – 256
7. End, E. : Erfahrungen mit Teil- und Totalprothesen ohne Zahnführung und ohne Balancen. ZWR 10, 2007 Seite 473 – 482
8. End, E. : BIO-Logische Prothetik. Teil 1 : Die physiologische Okklusion und Artikulation – das Konzept nach dem Vorbild der Natur. Quintessenz Zahntech 24/9, 867 – 875 (1998)
9. End, E. : BIO-Logische Prothetik. Teil 2 : Physiologische und unphysiologische Bewegungen des Unterkiefers. Quintessenz Zahntech 25/3, 249 – 259 (1999).
10. End, E. : BIO-Logische Prothetik Teil 3 : Die Anwendung der physiologischen Okklusion und Artikulation in der Teil- und Totalprothetik. Quintessenz Zahntech 26/6, 557 – 569 (2000).
11. End, E. : Neues in der Totalprothetik. ZWR 2011 ; 120 (1 + 2) Seite 32 – 36
12. Freihöffer, Ch. : BIO-Logische Prothetik Teil 1, 2, 3, 4, 5, 6 in den Ausgaben 3, 4, 5, 6, 7, 8 in 2007 und 2008, dental dialogue, teamwork media GmbH, Fuchstal
13. Freihöffer, Ch. : Konzept: natürlich , 7/2010 dental dialogue, teamwork media GmbH, Fuchstal
14. Fürgut, V. : In Funktion und Form wie natürliche Zähne. Quintessenz Zahntechnik 27, 5, 551 – 557 (2001)
15. Fürgut, V. : Totalprothetik nach dem Vorbild der Natur. Dentallabor, 10, 2008, Verlag Neuer Merkur GmbH, München
16. Fürgut, V. : Aufstellen einfach und Sicher. Dentallabor, 7, 2009, Verlag Neuer Merkur GmbH, München
17. Fürgut, V. : Die unsichtbare Totalprothese. DZW, 1 – 2/2010
18. Fürgut, V. : Das Prothetikarbeitsset, 8, 2010, ZT Magazin
19. Fürgut, V. : Genial wie das natürliche Gebiss, 9, 2010, ZT Magazin
20. Fürgut, V. : Das Konzept der Natur. Dentallabor, 2/2011, Verlag Neuer Merkur GmbH, München
21. Fürgut, V. : Auf die Details kommt es an. Dentallabor, 2/2011, Verlag Neuer Merkur GmbH, München
22. Fürgut, V. : Quo vadis Totalprothetik. Dental Kompakt 2012
23. Gibbs Ch. H. und Lundeen H.C. Advances in Occlusion. Jaw Movements and Forces During Chewing, PSG. Boston, Bristol, London : 1982, S. 232
24. P. Pröschel, M. Hofmann und R. Ott, Erlangen Zur Orthofunktion des Kauorgans Dtsch Zahnärztl Z 40, 186 – 191 (1985)
25. Wolz, S. Wieder kraftvoll zubeißen ; 4. Live-Workshop BIO-Logische Prothetik an der UCLA Los Angeles 7/2006 dental dialogue, teamwork media GmbH, Fuchstal

Ce groupe de produits est disponible en couleurs VITA SYSTEM 3D-MASTER et VITA classical A1–D4. Compatibilité chromatique garantie avec tous les matériaux VITA SYSTEM 3D-MASTER et VITA classical A1–D4.

Le système inédit VITA SYSTEM 3D-MASTER permet de déterminer d'une manière systématique toutes les couleurs de dent naturelles et de les reproduire intégralement.



N.B. Nos produits doivent être mis en œuvre selon le mode d'emploi. Notre responsabilité n'est pas engagée pour les dommages résultant d'une manipulation ou d'une mise en œuvre incorrectes. En outre, l'utilisateur est tenu de vérifier, avant utilisation, que le produit est approprié à l'usage prévu. Notre responsabilité ne peut être engagée si le produit est mis en œuvre avec des matériaux et des appareils d'autres marques, non adaptés ou non autorisés et qu'il en résulte un dommage. Le VITA Modulbox n'est pas un composant obligatoire du produit. Date d'édition : 2023-02

Cette nouvelle édition de notice rend caduque toutes les versions antérieures. La version la plus récente se trouve toujours sur le site www.vita-zahnfabrik.com

VITA Zahnfabrik est certifiée et les produits suivants portent le marquage

CE 0124
VITA PHYSIODENS®

MD

VITA

 VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co.KG
Spitalgasse 3 · 79713 Bad Säckingen · Germany
Tel. +49(0)7761/562-0 · Fax +49(0)7761/562-299
Hotline: Tel. +49(0)7761/562-222 · Fax +49(0)7761/562-446
www.vita-zahnfabrik.com · info@vita-zahnfabrik.com
 facebook.com/vita.zahnfabrik