

## Apport de la prothèse provisoire dans la gestion de la dualité tissulaire Contribution of the provisional prosthesis in the management of tissue duality

H. Triki<sup>1</sup>, N. Hssen<sup>2</sup>, S. Bekri<sup>1</sup>, W. Riahi<sup>3</sup>, K. Bouraoui<sup>4</sup>

1. Service de prothèse partielle amovible, clinique hospitalo-universitaire de médecine dentaire de Monastir / Tunisie

2. Service de médecine dentaire, CHU Farhat Hached Sousse / Tunisie

3. Docteur en médecine dentaire / Omnipratique

4. Professeur en prothèse partielle amovible, Ancien chef de service de prothèse partielle amovible, clinique hospitalo-universitaire de médecine dentaire de Monastir, ancien doyen de la faculté de médecine dentaire de Monastir / Tunisie

**Correspondance :** Pr.Ag Triki Hiba, Service de prothèse partielle amovible, clinique hospitalo-universitaire de médecine dentaire de Monastir / Tunisie,

**Mail :** [hiba.triki@hotmail.com](mailto:hiba.triki@hotmail.com)

### Résumé :

**Introduction :** Les surfaces d'appui des prothèses partielles amovibles possèdent une spécificité liée à la dualité tissulaire. La gestion de cette particularité est primordiale dans le traitement des édentements terminaux afin d'optimiser l'intégration de la restauration.

Dans cette optique nous avons mené une étude expérimentale qui avait pour objectif de prouver l'action de la prothèse provisoire de mise en condition tissulaire en tant que moyen prothétique de gestion de la dualité tissulaire.

**Matériels et méthodes :** Le principe de l'étude est basé sur la réalisation d'empreinte au silicone des secteurs édentés avant et après 15 jours de port de la prothèse, puis de mesurer la différence d'épaisseur obtenue.

**Résultats :** Les résultats obtenus ont validé l'efficacité d'action de la prothèse provisoire dans l'obtention d'une fibromuqueuse moins dépressible une fois qu'elle a été soumise à une pression prolongée. D'après les résultats enregistrés, l'enfoncement de la fibromuqueuse sous l'effet de la prothèse provisoire est indépendant de l'âge et du sexe, plus important à la mandibule qu'au maxillaire, plus considérable au milieu de la crête qu'à proximité de la dent bordant le secteur édenté

**Conclusion :** Malgré le taux d'échecs importants lors de la réhabilitation prothétique des édentements en extension distale étant donné la mixité des tissus d'appui, l'étape de port de prothèse provisoire de mise en condition tissulaire est souvent négligée.

**Mots Clés:** Dualité tissulaire, prothèse provisoire, mise en condition tissulaire

### Abstract:

**Introduction:** The supporting surfaces of partial removable prostheses provide them with a specificity related to tissue duality. The management of this particularity is paramount in the treatment of terminal edentulism in order to improve the restoration's integration.

In this context, we realized an experimental study that aimed to prove the action of the provisional prosthesis for tissue conditioning as a means of prosthetic management of tissue duality.

**Materials and methods:** Our study is based on the performance of silicone impressions of the edentulous areas 15 days before and after wearing the prosthesis, and the measurement of the difference in the obtained thickness.

**Results:** the results confirm the effectiveness of action of the provisional prosthesis in obtaining fibromucosa less compressible once it has been subjected to prolonged pressure. According to the results achieved, depressing the fibromucosa under the provisional prosthesis effect is independent of age and sex, most important in the mandible than in the maxillary, more significant in the middle of the ridge than near of the tooth bordering the toothless sector

**Conclusion:** Despite the rate of significant failures in the prosthetic rehabilitation of edentulism in distal extension, because of the duality of support tissues, the provisional prosthesis port step of tissue conditioning is often overlooked.

So we have to urge practitioners to go through this step, which for some supplementary, especially under fibromucosa too thick or hyperplastic, by using the provisional prosthesis we can guarantee the stability of permanent prostheses.

**Keywords:** Tissue duality, provisional prosthesis, tissue conditioning

**Introduction :** La différence de dépressibilité entre le support dentaire et le support ostéo-muqueux en PPA est source de déséquilibre et d'enfoncement de la prothèse surtout dans les édentements terminaux de grande étendue. Pour minimiser ce déséquilibre, plusieurs facteurs entrent en jeu à savoir l'exploitation du maximum des surfaces ostéo-muqueuses, une répartition raisonnée des appuis occlusaux et l'enregistrement des surfaces ostéo-muqueuses à l'état comprimé par le biais d'une empreinte anatomo-fonctionnelle.

Il a été décrit dans la littérature que le port prolongé d'une prothèse provisoire en résine de mise en condition tissulaire permet de comprimer la fibromuqueuse et la prépare à l'empreinte anatomo-fonctionnelle.

A travers une étude qui a été réalisée au service de prothèse partielle amovible à la clinique dentaire de Monastir, nous avons voulu confirmer ce qui a été décrit concernant la prothèse partielle amovible provisoire.

**Objectifs :** Cette étude a comme objectif d'évaluer l'enfoncement de la fibromuqueuse recouvrant la crête édentée sous l'action de la prothèse amovible provisoire et de valoriser le port de cette prothèse dans la gestion de la dualité tissulaire.

**Matériels et méthodes :** Nous avons sélectionné pour notre étude 15 patients de sexe masculin et féminin ayant tous des édentements terminaux et ne présentent aucune pathologie systémique. Ces patients sont traités par prothèse partielle amovible, toutes les prothèses ont été faites en résine acrylique par la même technique et sont validée cliniquement. La PPA est portée pendant quinze jours.

**\* Critères de choix de l'échantillon :**

- Des patients non handicapés, présentant un édentement en extension maxillaire ou mandibulaire.
- Des anciennes extractions avec une cicatrisation ostéomuqueuse assurée
- Fibromuqueuse saine, épaisse et adhérente à l'os sous-jacent.
- Port de la prothèse pendant 15 jours.
- Coopération du patient et disponibilité après 15 jours du port de la prothèse.

**\* Matériels**

- Plaque base en résine formatray : C'est le support de notre étude, elle est confectionnée sur le moulage issu d'une empreinte anatomo-fonctionnelle.
- Silicone de basse viscosité
- Dura Base hard : C'est une résine auto-polymérisable de rebasage dure.

- Pied à coulisse et Compas d'épaisseur électroniques

\* **Protocole opératoire :** Le principe de notre étude est basé sur la réalisation d'empreintes des secteurs édentés avant et après le port de la prothèse provisoire. La différence d'épaisseur du matériau d'empreinte obtenue traduit le déplacement vertical donc la diminution de l'épaisseur de la fibromuqueuse sous l'action de la prothèse provisoire.

Le protocole d'étude étant le suivant :

- Elaboration de la plaque base en résine formatray : Elle sert de support au matériau d'empreinte. Les limites de cette plaque au niveau des surfaces ostéo-muqueuses sont similaires à celles d'un porte empreinte individuel mais au niveau des dents elle ne recouvre que les faces linguales ou palatines et les faces occlusales dans le but d'éviter un éventuel enfoncement de la plaque en regard de la crête édentée pouvant erronée les résultats de notre étude. (**Figure 1**).

- Ajustage de la plaque en bouche: Elle doit respecter les limites anatomiques tracées sur le moulage de travail et ne doit pas exercer des pressions sur la fibromuqueuse (**Figure 2**).



**Figure 1 : Confection de la plaque base en résine Formatray**



**Figure 2 : Ajustage de la plaque base en bouche.**

- Le jour de la mise en bouche de la prothèse : Ajustage de la plaque dans les zones édentées avec la résine Dura Base de type hard pour éviter le risque de déformation de la résine Formatray après sa prise et obtenir une bonne adaptation en bouche. (**Figure 3a, b**).



**Figure 3 : Ajustage de plaque base avec Dura Base type Hard.**  
a. Plaque base maxillaire b. Plaque base mandibulaire

- Prise d'empreinte des crêtes édentées le jour de la mise en bouche de la prothèse avec le silicone de basse viscosité tout en exerçant une pression uniquement sur les dents (**Figure 4**)

- Après la prise du matériau et retrait de l'empreinte, la couche du matériau d'empreinte est décollée de son support pour pouvoir effectuer les mesures d'épaisseur (**Figure 5**).
- Mesure de l'épaisseur du silicone au niveau de deux points choisis aléatoirement sur la crête édentée à l'aide d'un compas d'épaisseur électronique. La détermination de ces deux points se fait par hasard à partir de la face distale de la dernière dent limitant l'édentement sans qu'ils soient situés sur la tubérosité maxillaire ou l'éminence piriforme. La précision de reproduction de ces deux points sur le matériau d'empreinte est apportée par la mesure de la distance séparant la face distale et le point choisi avec le pied à coulisse électronique.
- Après 15 jours de port de la prothèse : nous avons pris une seconde empreinte au silicone et nous avons mesuré de nouveau l'épaisseur du matériau aux deux points préalablement choisis en suivant la démarche précédemment décrite.



**Figure 4 : Empreinte au silicone des secteurs édentés**



**Figure 5 : Matériau d'empreinte décollé en vue d'effectuer les mesures d'épaisseur**

**Résultats :** Après 15 jours de port de la prothèse provisoire 10 patients sont revenus alors que les 5 autres se sont absents.

Les résultats obtenus sont regroupés et affichés dans le **tableau I**, Toutes les informations recueillies ont été codées puis saisies pour analyse sur un matériel informatique utilisant le logiciel SPSS (Statistique Package for Social Sciences) version 17.

### Analyse

**1. Réaction des crêtes édentées à la prothèse provisoire :** On a noté une diminution de l'épaisseur de la fibromuqueuse sur 23 des crêtes édentées, ce qui correspond à 96% des cas, et pas de modification au niveau d'une seule crête ce qui correspond à 4% de l'échantillon. L'absence de variation pour un cas, contrairement aux données de base, s'explique probablement par le fait que le patient n'a pas convenablement porté sa prothèse

L'épaisseur moyenne du silicone avant le port de la prothèse provisoire au maxillaire est de 0,34mm du côté droit, et de 0,29mm du côté gauche. A la mandibule, ces valeurs sont de 0,47mm au niveau de la crête droite, et de 0,37mm au niveau de la crête gauche (**Figure 6**). Les mesures moyennes obtenues après 15 jours de port de la prothèse sont de 0,57mm au niveau de la crête maxillaire droite, de 0,48mm au niveau de la crête maxillaire gauche, de 0,77mm au niveau de la crête mandibulaire droite, et de 0,68mm au niveau de la crête mandibulaire gauche (**Figure 7**). D'après l'histogramme, on constate une augmentation de l'épaisseur du matériau d'empreinte après le port de la prothèse provisoire aussi bien au maxillaire qu'à la mandibule. Cette augmentation de l'épaisseur du matériau d'empreinte correspond à l'enfoncement de la fibromuqueuse

Tableau I : Tableau récapitulatif des résultats de l'étude

E	Sexe	Age	Edt		Crête maxillaire droite		Crête maxillaire gauche		Crête mandibulaire droite		Crête mandibulaire gauche	
					D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2
1	H	45	C1 I mx	Distance	8,30	15,26	8,30	15,26				
				Ep1	0,25	0,3	0,15	0,3				
				Ep2	0,45	0,5	0,4	0,6				
2	F	53	C1 I mx	Distance	13,66	25,33	6,40	10,89				
				Ep1	0,1	0,2	0,32	0,44				
				Ep2	0,25	0,5	0,42	0,61				
3	F	50	C1 md	Distance					12,05	22,83	12,05	22,83
				Ep1					0,28	0,43	0,6	0,52
				Ep2					0,64	0,81	0,83	0,82
4	F	43	C1 md	Distance					12,05	22,83	12,05	22,83
				Ep1					0,54	0,54	0,22	0,22
				Ep2					0,83	0,96	0,8	0,84
5	H	62	C1 I md	Distance					4,11	8,68	7,67	19,18
				Ep1					0,37	0,37	0,09	0,011
				Ep2					0,86	0,90	0,2	0,25
6	F	58	C1 I md	Distance					12,05	22,83	12,05	22,83
				Ep1					0,57	0,62	0,5	0,53
				Ep2					0,91	0,9	1	0,96
7	H	40	C1 II mx	Distance	8,30	15,26						
				Ep1	0,25	0,25						
				Ep2	0,41	0,46						
8	F	57	C1 I mx C1 I md	Distance	16	30	16	30	13	21,5	13	21,5
				Ep1	0,72	0,97	0,33	0,43	0,53	0,64	0,35	0,34
				Ep2	0,81	1,1	0,45	0,82	0,64	0,85	0,55	0,76
9	H	52	C1 I mx C1 I md	Distance	6,64	11,15	8,30	15,26	14,03	23,12	17,95	28,83
				Ep1	0,2	0,22	0,18	0,28	0,4	0,42	0,43	0,45
				Ep2	0,67	0,68	0,53	0,58	0,67	0,72	0,63	0,74
10	H	65	C1 II mx C1 I md	Distance			8,30	15,26	12,05	22,83	12,05	22,83
				Ep1			0,22	0,31	0,41	0,5	0,49	0,45
				Ep2			0,22	0,31	0,56	0,61	0,66	0,55

*H* : homme ; *F* : femme ; *E* : échantillon ; *Edt* : édentement ; *CI I* : classe I de Kennedy ; *CI II* : classe II de Kennedy ; *mx* : maxillaire ; *md* : mandibulaire ; *D1* : Distance entre la face distale de la dent qui borde l'édentement et le premier point choisi à proximité de la dent ; *D2* : Distance entre la face distale de la dent qui borde l'édentement et le deuxième point choisi au milieu de la crête ; *Ep1* : Epaisseur de silicone le jour de la mise en bouche ; *Ep2* : Epaisseur de silicone après 15 jours du port de la prothèse. . L'unité de mesure des valeurs obtenues est le mm

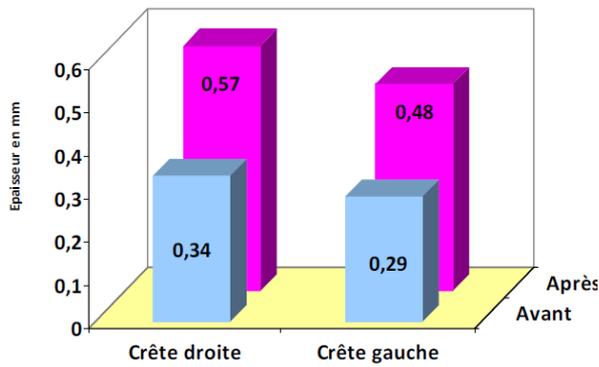


Figure 6 : Comparaison de l'épaisseur du matériau d'empreinte avant et après le port de la prothèse provisoire au maxillaire.

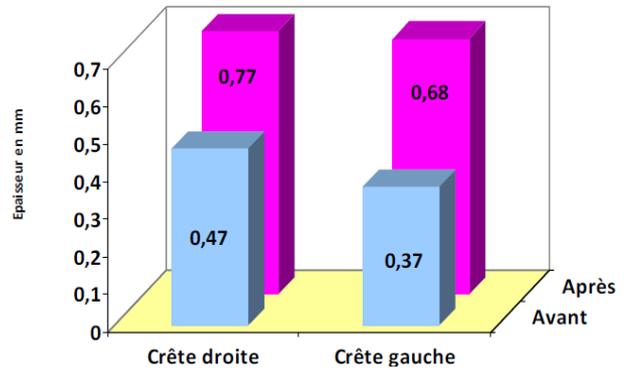


Figure 7 : Comparaison de l'épaisseur du matériau d'empreinte avant et après le port de la prothèse provisoire à la mandibule.

**2. Evaluation de l'action de la prothèse provisoire sur la fibromuqueuse :** Les résultats obtenus sont présentés dans les **tableaux II et III.**

**Tableau II : Tableau récapitulatif des moyennes d'épaisseur du silicone avant le port de la prothèse provisoire.**

	Maxillaire		Mandibule	
	Crête droite	Crête gauche	Crête droite	Crête gauche
P1	0,27	0,22		
P2	0,15	0,38		
P3			0,35	0,56
P4			0,54	0,22
P5			0,37	0,05
P6			0,59	0,51
P7	0,25			
P8	0,84	0,38	0,58	0,34
P9	0,21	0,23	0,41	0,44
P10		0,26	0,45	0,47
Moyenne	0,34	0,29	0,47	0,37
Ecart-type	0,28	0,07	0,09	0,18

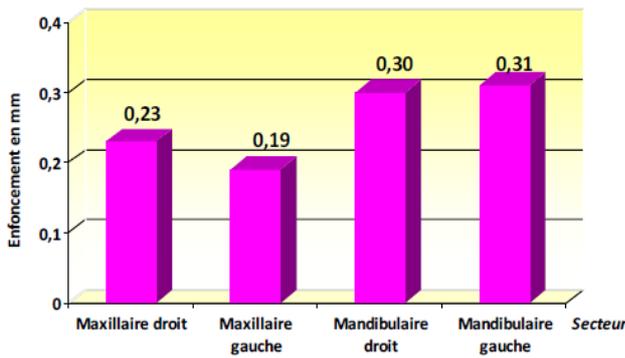
**Tableau III : Tableau récapitulatif des moyennes d'épaisseurs du silicone après le port de la prothèse provisoire.**

	Maxillaire		Mandibule	
	Crête droite	Crête gauche	Crête droite	Crête gauche
P1	0,47	0,5		
P2	0,37	0,51		
P3			0,72	0,82
P4			0,89	0,82
P5			0,88	0,22
P6			0,90	0,98
P7	0,43			
P8	0,95	0,63	0,74	0,65
P9	0,67	0,55	0,69	0,68
P10		0,26	0,58	0,6
Moyenne	0,57	0,48	0,77	0,68
Ecart-type	0,23	0,13	0,12	0,24

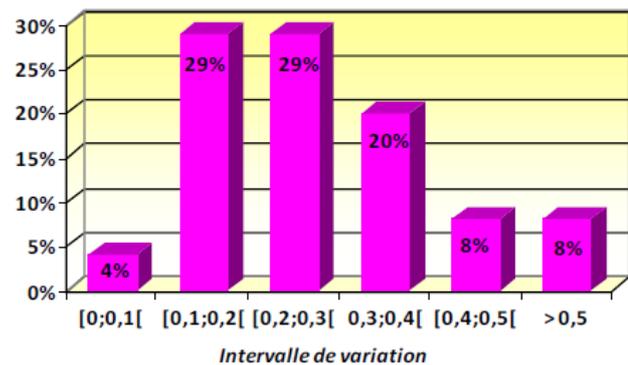
**3. Amplitude d'enfoncement de la fibromuqueuse**

**3.1. Variation de l'enfoncement en fonction du secteur appareillé :** L'histogramme montre un enfoncement moyen de la fibromuqueuse de 0,23 mm au niveau de la crête maxillaire droite, de 0,19 mm au niveau de la crête maxillaire gauche, de 0,30 mm au niveau de la crête mandibulaire droite, et de 0,31mm au niveau de la crête mandibulaire gauche. On remarque que les valeurs d'enfoncement des secteurs appareillés sont globalement rapprochées et restent plus rapprochées au sein du même maxillaire. Elles sont supérieures à la mandibule qu'au maxillaire (**Figure 8**). (**Tableau IV**)

**3.2. Intervalles de variation de l'enfoncement muqueux :** On constate d'après l'histogramme que pour (29%) de cas , la compression de la fibromuqueuse est comprise entre 0,1 et 0,3mm (**Figure 9**).



**Figure 8 :** Variation de l'enfoncement de la fibromuqueuse selon le secteur appareillé.



**Figure 9:** Répartition selon les intervalles de variation de l'enfoncement muqueux.

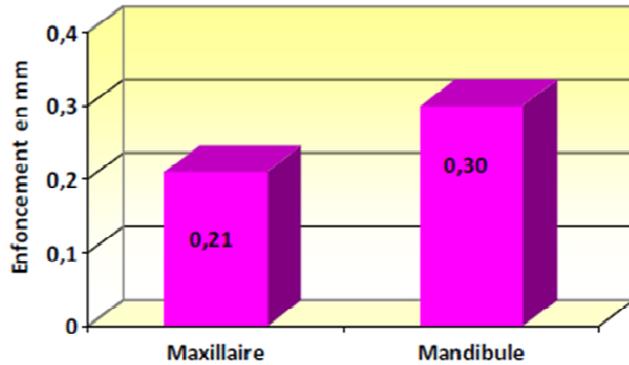
**Tableau IV :** Tableau récapitulatif de l'enfoncement de la fibromuqueuse.

	Maxillaire		Mandibule	
	Crête droite	Crête gauche	Crête droite	Crête gauche
P1	0,2	0,28		
P2	0,22	0,13		
P3			0,37	0,26
P4			0,35	0,6
P5			0,51	0,17
P6			0,31	0,47
P7	0,18			
P8	0,11	0,25	0,16	0,31
P9	0,46	0,32	0,28	0,24
P10		0	0,13	0,13
<b>Moyenne</b>	0,23	0,19	0,30	0,31
<b>Ecart-type</b>	0,13	0,12	0,12	0,16

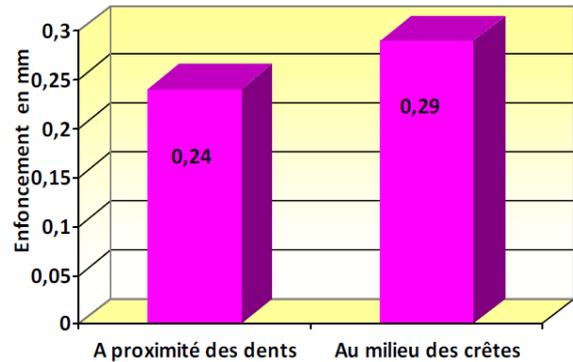
**4. Paramètres de variation de la dépressibilité muqueuse**

**4.1. L'arcade appareillée :** La valeur moyenne de l'enfoncement de la fibromuqueuse est de 0,21mm au maxillaire, et de 0,30 mm à la mandibule. Elle est alors plus importante à la mandibule qu'au maxillaire (**Figure 10**).

**4.2. Localisations des mesures au niveau de la crête :** La moyenne d'enfoncement muqueux à proximité de la dent distale est de 0,24mm, cette valeur est inférieure à celle au milieu de la crête qui est de 0,29 mm (**Figure 11**). (**Tableau V**)



**Figure 10 :** Comparaison de l'enfoncement de la fibromuqueuse au maxillaire et à la mandibule.



**Figure 11 :** Comparaison de l'enfoncement de la fibromuqueuse à proximité des dents bordant le secteur édenté et au milieu des crêtes.

**Tableau V :** Tableau récapitulatif de l'enfoncement de la fibromuqueuse à proximité de la dent distale et au milieu de la crête

	Maxillaire				Mandibule			
	Crête droite		Crête gauche		Crête droite		Crête gauche	
	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2
<b>P1</b>	0,2	0,2	0,25	0,3				
<b>P2</b>	0,15	0,3	0,1	0,17				
<b>P3</b>					0,36	0,38	0,23	0,3
<b>P4</b>					0,29	0,42	0,58	0,62
<b>P5</b>					0,49	0,53	0,11	0,23
<b>P6</b>					0,34	0,28	0,5	0,43
<b>P7</b>	0,16	0,21						
<b>P8</b>	0,09	0,13	0,12	0,39	0,11	0,21	0,2	0,42
<b>P9</b>	0,47	0,46	0,35	0,3	0,27	0,3	0,2	0,29
<b>P10</b>			0	0	0,15	0,11	0,17	0,1

**S1 :** 1<sup>er</sup> site (ou point) de mesure à proximité de la dent.

**S2 :** 2<sup>ème</sup> site (ou point) de mesure au milieu de la crête.

**Discussion :** Il a été énoncé dans différentes études décrites dans la littérature que l'amplitude de dépressibilité de la fibromuqueuse est variable et comprise entre 0,4 et 2mm, elle est plus importante que celle de la dent.

L'importance de la dépressibilité dépend de la durée, de l'intensité, de la direction de la pression, de l'épaisseur de la fibromuqueuse, mais elle est indépendante de l'âge et du sexe. Plusieurs études expérimentales ont été réalisées par différents auteurs afin d'évaluer la compressibilité de la fibromuqueuse. LYTTLE B (1962) a étudié l'enfoncement de la muqueuse sous les prothèses partielles amovibles. Il a mesuré l'amplitude de l'enfoncement sur des moulages issus d'empreintes prises aux hydro colloïdes immédiatement après dépose de la prothèse. Les résultats de l'étude montre que les tissus muqueux sous prothétiques se déplacent de 1,3 à 1,8 mm. SABBAH (1970) a mesuré l'importance du déplacement vertical en divers points des crêtes mandibulaires, entre la position de repos complet de la muqueuse et sa position après port de prothèse, comportant ou non des appuis occlusaux. Il a conclu que les moyennes de déplacement vont de 0,04 mm à 0,15 mm avec appuis occlusaux et de 1,01 à 1,48 mm sans appuis occlusaux.<sup>(1,2)</sup>

PICTON et WILLS (1978), ont publié le résultat d'une étude expérimentale entreprise sur le singe « Marcaca Irus » pour montrer le comportement biomécanique de la fibromuqueuse, de l'os sous-jacent et du desmodonte. Ils conclurent que le comportement physique de ces deux éléments tissulaires est identique, seule l'amplitude de leur réaction les diversifie. L'enfoncement de la fibromuqueuse était environ 5 fois plus important. La récupération au niveau du desmodonte dure de quelques secondes à deux minutes. Alors, qu'au niveau de la muqueuse, une heure après, la récupération dimensionnelle n'est pas complète. Cette étude vient confirmer les résultats de recherche de l'équipe KYDD.

IRSA (1980) a publié une étude sur les réactions de la fibromuqueuse soumise à des pressions dans une expérimentation portant sur 13 patients édentés partiellement à la mandibule. Il mesurait l'amplitude du déplacement vertical sous pression de l'ensemble de la muqueuse tapissant une crête édentée. Il déduit que l'amplitude du déplacement vertical de l'ensemble de la muqueuse tapissant une crête édentée est généralement plus proche de 0,5 mm que de 2mm, dans la mesure où cette muqueuse ne présente pas de pathologie particulière. Ceci est intéressant car l'importance des déplacements possibles des selles en extension est directement liée à cette valeur. Il paraît que la muqueuse des patients appareillés lorsqu'elle atteint « une position moyenne d'équilibre » se déprime moins qu'au niveau d'un édentement non compensé.<sup>(3,4)</sup>

En 1995, grâce à des stimulations informatiques, S.Montal et Coll ont pu analyser la répartition des contraintes et des déformations au sein des différentes structures (dent prothétique, base rigide, base souple, muqueuse et os), ils ont constaté que la répartition des contraintes varie en fonction de la « géométrie » de la crête. Pour ce qui est des crêtes plates et négatives, l'essentiel des contraintes passe par le peu de relief résiduel, le soumettant à des efforts qui risquent d'accélérer la résorption osseuse à long terme.<sup>(5)</sup>

A travers notre étude, les mesures destinées à évaluer l'amplitude de dépressibilité sont enregistrées après une durée relativement courte (15 jours). D'après les résultats obtenus, cette période peut être suffisante pour le port d'une prothèse provisoire de mise en condition tissulaire, elle permet un fluage des liquides interstitiels de la fibromuqueuse et aboutit à une réaction de viscoélasticité. Cette fibromuqueuse devient par conséquent moins épaisse et donc moins dépressible et prépare à l'empreinte anatomo-fonctionnelle pour prévenir le déséquilibre entre le support dentaire et ostéo-muqueux qui caractérise les édentements terminaux. Les amplitudes de dépressibilité mesurées d'après cette étude varient entre 0,1mm et 0,6mm, résultat qui est proche de l'étude menée par Irsa en 1980<sup>(3)</sup> qui confirme que la dépressibilité est plus proche de 0,5mm que de 2 mm.

**Les limites de notre étude :**

- Cette étude, serait plus intéressante si elle était appliquée sur un plus grand nombre de patients ce qui donne des résultats encore plus significatifs.
- L'appareillage de mesure (compas d'épaisseur) n'est pas aussi sophistiqué pour mesurer avec grande précision les épaisseurs de silicone.
- Le silicone utilisé comme matériau de mesure de la dépressibilité présente une certaine élasticité qui risque de diminuer la précision des résultats obtenus, donc le recours à un matériau plus dur aurait été encore plus significatif.

**Conclusion :** D'après les résultats recueillis au cours de cette étude :

- Le matériel et le protocole opératoire ont donné satisfaction étant donné que nous avons obtenu une dépressibilité de la fibromuqueuse sur 96% des crêtes édentées choisies et les valeurs obtenues ont validé l'intérêt du port de la prothèse provisoire.
- Les valeurs obtenues sont indépendantes de l'âge et du sexe du patient.
- Les moyennes effectuées sur les valeurs trouvées avant et après le port de la prothèse montrent une augmentation de l'épaisseur de silicone témoignant de la diminution de l'épaisseur de la fibromuqueuse. Cette diminution est nettement supérieure à la mandibule qu'au maxillaire ceci peut s'expliquer par le fait que l'aire de sustentation au maxillaire est beaucoup plus étendue ceci grâce à la présence du palais alors qu'à la mandibule c'est seulement les crêtes édentées qui seront exploitées comme surfaces d'appuis.
- L'amplitude d'enfoncement est indépendante du secteur édenté droit ou gauche au sein du même maxillaire, puisque les moyennes de variation d'épaisseur en fonction du secteur sont rapprochées et demeurent plus élevées à la mandibule qu'au maxillaire.
- Les moyennes des variations d'épaisseur selon le point de mesure S1 ou S2 ont montré que les valeurs issues du point le plus distal sont plus élevées, ceci peut s'expliquer par la possibilité de rotation distale des prothèses en cas d'édentements terminaux ce qui donne une pression plus importante à ce niveau.

**Bibliographie :**

1. **Batarec E, Bush D.** Conception d'une prothèse adjointe en fonction du parodonte. *Cah Prothèse* 1979;27:153-63.
2. **Giumelli B.** Le problème de l'état des muqueuses maxillaires et mandibulaires avant, pendant, et après l'insertion des prothèses totales. *Chir Dent Fr* 1989;471/472:61-71.
3. **Irsa A.** La dépressibilité muqueuse des crêtes édentées: Estimation clinique de son amplitude. *Cah Prothese* 1980;31:87.
4. **Maisonneuve H.** Les tissus de soutien et appareils de prothèses partielles amovibles: de leur préservation. *Actual Odontostomatol (Paris)* 1972;99:325-30.
5. **Moulin P, Dhokhan JY, Kleinfinger S.** Les étapes préprothétiques. *Real Clin* 1995;6:411-21.