

TESTS - LICENCE SEPTEMBRE 2022

Thème 1.
Anesthésie en médecine dentaire
(pag. 6-16)

1.	*Le nerf grand palatin innervé: A. Les molaires supérieures B. La muqueuse de la voûte palatin, mézial de la canine C. le plancher buccal D. La muqueuse de 2/3 postérieures de la voûte palatin, distal de la canine jusqu'à la dernière molaire E. La muqueuse buccale	D	
2.	Les repères de l'anesthésie Veisbrem sont : A. La plique ptérygoïde-mandibulaire B. La crête temporale C. Le plan d'occlusion des molaires inférieures D. 0,5 cm sous le plan d'occlusion des molaires supérieures pour les patients dentés E. A 2,5 cm sous la crête alvéolaire maxillaire pour les patients dentés	ABD	
3.	*Avec la technique d'anesthésie tronculaire périphérique à l'épine du Spix on va anesthésier les nerfs: A. Nerf alvéolaire inférieur et nerf buccal B. Nerf alvéolaire inférieur et nerf lingual C. Nerf alvéolaire supérieur et nerf lingual D. Nerf lingual et nerf buccal E. Nerf infra-orbitaire et nerf naso-palatine	B	
4.	Les repères pour anesthésier la tubérosité sont suivants: A. La crête zygomatique-alvéolaire B. La crête temporale C. La racine mézio-vestibulaire de la deuxième molaire ; D. Les orifices d'entrée des nerfs alvéolaires supérieurs et postérieurs dans l'os maxillaire E. Le plan d'occlusion des molaires inférieures	ACD	
5.	*L'anesthésie de la tubérosité a des contre-indications : A. Les patients avec diabète sucre B. Les patients avec hypertension artérielle C. La absence du molaire 2 supérieur D. La absence du molaire 1 supérieur E. La présence de certains processus inflammatoires ou tumeurs localisées dans la partie distale du vestibule supérieur ou retro tubérosité	E	
6.	Les énoncés suivants sont corrects sur la technique d'anesthésie tronculaire périphérique au trou infra orbitaire: A. Avec le pouce de la main gauche on lève la lèvre supérieure B. Avec l'index gauche est repéré le trou infra orbitaire C. Une aiguille courte est introduite avec le bizou vers le plan d'os au fond du sac vestibulaire, dans la muqueuse mobile au-dessus de l'apex de la canine	ABC	

	D. L'aiguille prend une direction en avant et en dehors E. Il est ne pas nécessaire d'introduire l'aiguille intra canaliculaire		
7.	Les zones anesthésiées au trou infra orbitaire sont les suivantes: A. l'incisive centrale, latérale et la canine (la pulpe et le parodonte) B. l'os alvéolaire de la ligne médiane jusqu'à la première molaire quand il n'y a pas le nerf alvéolaire supéro- moyen C. la paroi antérieure du sinus maxillaire et la muqueuse sinusale approprié D. Les molaires maxillaires E. La moitié de la lèvre inférieur	AC	
8.	*La dose thérapeutique maximale recommandée de mépivacaïne 3 % est de : A. 5 mg/kg de poids corporel sans dépasser 500 mg pour un adulte de poids normal B. 4 mg/kg de poids corporel ne dépassant pas 400 mg pour les enfants de moins de 4 ans C. 4 mg/kg de poids corporel sans dépasser 300 mg pour un adulte de poids normal D. 5 mg/kg de poids corporel ne dépassant pas 500 mg pour les enfants de moins de 4 ans E. 3 mg/kg de poids corporel sans dépasser 200 mg pour un adulte de poids normal	C	Tema 1 p 536
9.	*L'articaïne est contre-indiquée dans les cas suivants, sauf : A. Patients présentant un déficit en cholinestérase plasmatique B. Athlètes de performance en raison de la positivité du test antidopage C. Bloc AV de grade II ou III D. Porphyrie aiguë récurrente E. Hypersensibilité aux anesthésiques de type amide	B	Tema 1 p 539
10.	*L'affirmation suivante est vraie à propos de la bupivacaïne : A. Présente un risque tératogène de classe A B. Elle a une hépatotoxicité accrue C. Elle a une néphrotoxicité accrue D. Présente un risque tératogène de classe B E. Elle a une cardiotoxicité accrue	E	Tema 1 p 541

Thème 2. L'extraction dentaire (pag. 43-77)

11.	Les contre-indications générales de l'extraction dentaire sont: A. La leucémie aiguë B. L'infection VIH C. La chimio ou la radiothérapie D. La sinusite rhino-pharyngienne aiguë E. Le traitement irradiant local ou régional récent	ABC	Pag.45
12.	Les indications de l'extraction dentaires avec la séparation des racines sont : A. Dents pluri-radiculaire avec destruction coronaire étendue B. Dents pluri-radiculaire intègres avec racines divergentes	AB	pag. 59

	C. Molaires intègres avec racines courtes D. Molaires avec anomalies de structure E. Molaires avec denticules intracanalaires		
13.	Dans l'extraction par alvéolectomie les indications sont: A. La racine présente une portion dentaire suffisamment résistante B. Les racines avec ankylose dento-alvéolaire C. Les racines en baguettes de tambour D. Les racines qui ne sont pas situées sous des travaux prothétiques E. L'approche se fait toujours au niveau de la corticale vestibulaire	BCE	pag. 63
14.	L'extraction des racines dentaires avec l'élévateur est indiquée dans les situations suivantes : A. La racine présente une portion dentaire suffisamment résistante qui permet l'application du davier B. La racine dentaire est située infra-osseux et le davier ne peut pas s'appliquer C. Dents avec ankylose dento-alvéolaire D. Si l'insertion d'élévateur n'est pas possible on pratique un sillon avec une fraise sphérique E. Molaires intègres avec racines divergentes	BD	Pag.62
15.	Les accidents dentaires de l'extraction dentaire sont : A. La fracture de la dent antagoniste B. La luxation de la dent antagoniste C. La lésion des bourgeons des dents temporaires D. La luxation de la dent voisine E. L'extraction d'une autre dent	ADE	Pag 70
16.	Les facteurs locaux de la hémorragie post-extractionnelle sont : A. La période menstruelle B. L'agranulocytose C. Les fractures de la corticale D. Les rest de racines dentaires E. Les carences vitaminiques	CD	Pag 75
17.	*L'alvéolite post-extractionnelle : A. Est un accident infectieux de l'extraction dentaire parfois très douloureux B. Est une complication infectieuse de l'extraction dentaire C. Est déterminée surtout par le traumatisme opératoire D. Est déterminée surtout par l'infection bactérienne E. Est déterminée surtout par les divers facteurs systémiques	B	Pag.76
18.	*Les lésions des parties molles : A. Sont le résultat de l'utilisation incorrecte de l'élévateur qui dérape en cas des forces contrôlées B. Elles nécessitent l'hémostase C. Elles nécessitent contrôle postopératoire après 48 heures D. L'antibioprophylaxie n'est pas indiquée E. Sont des complications fréquentes	B	Pag.71
19.	*Les accidents sinusaux se divisent en: A. L'ouverture accidentelle du sinus frontal B. L'ouverture accidentelle du sinus maxillaire C. La fracture radiculaire de la dent en rapport avec le maxillaire D. L'ouverture accidentelle du sinus sphénoidal	B	Pag.71

	E. L'ouverture accidentelle du sinus ethmoïdal		
20.	<p>*Lequel des éléments suivants est une indication d'extraction dentaire liée à une pathologie oro-maxillo-faciale traumatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Dents temporaires présentant une ostéite étendue qui affecte le germe de la dent successeur B. Dents avec fractures radiculaires obliques ou longitudinales C. Dents avec fractures coronaires D. Dents qui maintiennent les processus de suppuration sinusale E. Dents ayant subi des transformations kystiques 	B	Tema 2 p 567
21.	<p>*Voici les indications d'extraction en orthodontie et pédonctie pour les dents permanentes, à une exception près :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Dans les configurations morphologiques anormales qui ne peuvent pas être corrigées orthodontiquement B. Afin d'obtenir l'espace nécessaire à l'alignement C. En situation de positions impossibles à récupérer orthodontiquement D. Pour l'équilibrage occlusal E. Édentation maxillaire sous-totale 	E	Tema 2 p 568
22.	<p>*Sélectionnez l'indication d'extraction lors du traitement pré-prothétique :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Dans les configurations morphologiques anormales qui ne peuvent pas être corrigées orthodontiquement B. Dents extrudées, ou inclinées, qui désavantagent le traitement prothétique C. En situation de positions impossibles à récupérer orthodontiquement D. Pour l'équilibrage occlusal E. Afin d'obtenir l'espace nécessaire à l'alignement 	B	Tema 2 p 568
23.	<p>*Les contre-indications locales relatives à l'extraction dentaire sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Lésions inflammatoires aiguës de la muqueuse buccale B. Leucémie aiguë C. Infarctus du myocarde récent D. Hypertension artérielle E. Vasculopathies 	A	Tema 2 p 569
24.	<p>*Une contre-indication absolue à l'extraction dentaire est:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Leucémie aiguë B. Séquelles après AVC C. Vasculopathies D. Hypertension artérielle E. Lésions inflammatoires aiguës de la muqueuse buccale 	A	Tema 2 p 568-569
25.	<p>*Chez les patients traités par acénocoumarol, il est recommandé de l'arrêter avant l'extraction dentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Une jour en avant B. Trois jours avant C. 7 jours avant D. 10 jours avant E. Aucune interruption n'est nécessaire 	B	Tema 2 p 571
26.	<p>*L'extraction dentaire avec séparation interradiculaire est indiquée lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. L'examen radiologique met en évidence la présence de racines divergentes B. L'examen radiologique révèle la présence de racines fusionnées 	A	Tema 2 p 579

	C. L'examen radiologique révèle une molaire temporaire avec une risalise radiculaire accentuée D. L'examen radiologique révèle la présence d'une hyperkémentose des incisives inférieures E. L'examen radiologique révèle la présence d'une racine droite dans une molaire à portion coronaire intègre		
27.	*L'extraction dentaire avec séparation interradiculaire est indiquée lorsque : A. Molaires temporaires sans risalise important des racines, lorsqu'il y a risque d'arrachement du bourgeon de la dent permanente située mésialement par celle-ci B. Molaires permanentes à mobilité accentuée C. Incisives avec hypercémentation D. Molaires temporaires sans risalise important des racines, lorsqu'il y a risque d'arrachement du bourgeon de la dent permanente située entre les racines E. Molaires permanentes à racines fusionnées	D	Tema 2 p 579

Thème 3.
Les accidents de l'éruption des dents permanentes
(pag. 111-133)

28.	Les accidents topographiques de l'éruption dentaires sont: A. Inclusion dentaire B. Transposition dentaire C. Éruption précoce D. Hétérotopie dentaire E. Éruption tardive	BD	pag.111
29.	La péricoronarite aigue de la molaire de sagesse inférieure se manifeste par: A. Angine ulcéro-membraneuse B. Déglutition douloureuse C. Trismus D. Congestion de la fibromuqueuse au niveau de la molaire absente sur l'arcade E. Collection suppurée située au niveau de la fosse ptérygomaxillaire	BCD	pag. 115
30.	*L'abcès migrateur buccinatomaxillaire: A. Est une complication de la stomatite odontiasique B. Est une collection suppurée située au niveau des premolaire mandibulaire C. Est une collection suppurée localisée au pilier antérieur du voile du palais D. Est la plus frequent accident infectieux de l'eruption dentaire E. Est une complication tumorale	B	pag. 112
31.	Les accidents associés à l'éruption des dents permanentes sont: A. Les accidents nerveux B. Les accidents trophiques C. Les accidents sinusaux D. L'alvéolite sèche E. La fracture mandibulaire	AB	Pag. 112

32.	*L'accident infectieux le plus fréquent pendant l'éruption de la troisième molaire mandibulaire est: A. La gingivostomatite B. L'abcès vestibulaire C. La péricoronarite D. L'adénophlegmon E. L'adénite	C	Pag.11 2
33.	*Les complications générales des accidents infectieux pendant l'éruption des dents permanentes, sont: A. L'ostéite sousaigüe B. La cellulite C. L'abcès buccinatomaxillaire D. L'infection focale E. Le kyste dentigères	D	Pag.11 2
34.	Les principales causes de l'inclusion dentaire sont: A. Le manque d'espace d'éruption B. Les obstacles devant l'éruption C. Les anomalies de forme de la couronne ou des racines de la molaire D. Les anomalies de structure de la couronne ou des racines de la molaire E. Troubles généraux (maladies endocrines, carences alimentaires)	ABCE	Pag. 114
35.	*La péricoronarite congestive est caractérisée par ce qui suit, sauf : A. Gêne à la déglutition et trismus discret B. On l'appelle aussi un accident d'alarme C. Dans la région rétromolaire, il existe une muqueuse hyperémique, congestive et tuméfiée D. A la pression une sécrétion sérosanguine est extériorisée sous le capuchon de muqueuse E. Le patient a de la fièvre (38-39,5°C)	E	Tema 3 p 591
36.	*Les complications mécaniques consécutives à l'éruption des dents de sagesse inférieures sont représentées par : A. Stomatite gingivale odontiasique B. Péricoronarite aiguë suppurée C. Lésions carieuses sur la face distale de la molaire de 12 ans dues à la pression exercée par la couronne de la molaire de sagesse D. Douleur cervico-faciale E. Paralysie faciale	C	Tema 3 p 592
37.	*Les complications trophiques consécutives à l'éruption des dents de sagesse inférieures sont représentées par : A. Stomatite gingivale odontiasique B. Péricoronarite aiguë suppurée C. Lésions carieuses sur la face distale de la molaire de 12 ans dues à la pression exercée par la couronne de la molaire de sagesse D. Douleur cervico-faciale E. Paralysie faciale	A	Tema 3 p 592

Thème 4. La chirurgie endodontique

38.	Quel énoncé est faux ? A. la plupart des indications de la résection apicale sont données par les techniques iatrogènes. B. la résection apicale est recommandée en cas d'anomalies anatomiques. C. la résection apicale est indiquée pour la parodontite apicale chronique. D. la résection apicale est indiquée dans le cas de la fracture radiculaire verticale. E. la résection apicale est indiquée pour les dents à mobilité accentuée	DE	Pag 81
39.	*Les contre-indications locales de la résection apicale A. se réfèrent aux situations où s'impose garder la dent B. se réfèrent aux dents avec une valeur prothétique C. se réfèrent aux fausses routes D. se réfèrent aux courbures sévères E. aucune de ces réponses	E	Pag 81
40.	*Les contre-indications générales d'une résection apicale ne font pas référence A. aux maladies cardiaques B. aux maladies hépatiques C. aux affections qui ne permettent pas une intervention chirurgicale D. aux affections hématologiques E. aucune de ces réponses	E	Pag 81
41.	Les principales techniques de la chirurgie endodontique sont A. l'amputation coronaire B. l'amputation radiculaire C. le curetage parodontal D. la résection apicale E. toutes ces réponses	BD	Pag 81
42.	La résection apicale se compose A. de l'exposition de l'apex d'une dent B. de l'exposition entière de la racine C. du sectionnement chirurgical et l'enlèvement de l'apex d'une dent D. de la résection radiculaire E. toutes ces réponses	AC	Pag 81
43.	Les indications de la résection apicale sont A. les calcifications intra-canalaires B. les fausses routes C. la mobilité dentaire sévère D. les dents de sagesse avec osteite périapicale E. toutes ces réponses	AB	Pag 81
44.	Les accidents intra-opératoires d'une résection apicale sont: A. les saignements majeurs B. une septicémie C. les lésions nerveuses D. les lésions dentaires E. toutes ces réponses	CD	Pag 103
45.	*Le curetage périapical	D	Pag 105

	A. est la technique chirurgicale qui supprime l'apex de la dent avant le curetage proprement dite B. est une procédure chirurgicale majeure C. a pour but de réduire l'infection dans la région D. a pour but principal d'éliminer la douleur déterminée par le matériel d'obturation E. est indiqué pour un traitement endodontique incomplet		
46.	*Le lambeau d'Ochsenbein-Luebke présente l'inconvénient suivant : A. Diminue le risque de rétraction gingivale B. Les déhiscences non pathologiques sont évitées C. Le patient peut maintenir une bonne hygiène buccale D. Les coins du lambeau peuvent se nécroser E. Le cortex osseux est bien mis en valeur	D	Tema 4 p 598
47.	*Le lambeau intrasulculaire trapézoïdal présente l'inconvénient suivant : A. La tension dans le lambeau est minimale B. La vascularisation du lambeau est déficiente C. Les racines dentaires sont entièrement visibles D. Il est indiqué pour l'approche de plusieurs dents E. Il existe des repères pour repositionner le lambeau	B	Tema 4 p 599
48.	*L'affirmation suivante est vraie concernant le lambeau gingival "en enveloppe": A. Il n'est justifié que pour l'abord chirurgical palatin B. La tension dans le volet est minimale C. Le lambeau est facile à enlever D. La gingivectomy ne peut pas être réalisée en même temps E. L'hygiène bucco-dentaire est facile à entretenir	A	Tema 4 p 600

Thème 5. Méthodes chirurgicales préprothétiques

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero – Compendiu de chirurgie oro-maxilo-faciala, vol. 1 si 2, Editura Q Med Publishing, Bucuresti, 2009 (Pag. 208-210)

49.	Le frein labial, supérieur ou inférieur A. pathologiquement, peut descendre jusqu'au niveau du torus et peut empêcher l'adaptation de la prothèse totale. B. est couvert par la muqueuse C. avec ulcération, est une indication pour la chirurgie préprothétique D. s'insère au niveau de la lèvre et du périoste du processus alvéolaire E. est formé du tissu fibreux	BDE	Pag.135
50.	*L'hyperplasie épithélio-conjonctive A. N'est pas une formation pseudo-tumorale ou inflammatoire B. est produite par l'irritation chronique d'une prothèse correctement adaptée au niveau du fond du sac vestibulaire. C. s'appelle aussi papillome de prothèse D. existe seulement au maxillaire supérieur E. a besoin d'une intervention chirurgicale préprothétique	E	Pag.139

51.	<p>*C'est vrai que l'hyperplasie gingivale</p> <ul style="list-style-type: none"> A. représente une croissance inflammatoire rapide en volume de la gencive B. d'étiologie infectieuse, mécanique, hormonale ou médicamenteuse, localisée à une dent, à un groupe de dents ou généralisée C. est plus fréquemment dans la zone molaire maxillaire D. l'excision se fait en même temps que l'extraction des dents avec grande mobilité, pas suivie par la suture E. représente une croissance en volume du tissu osseux de la muqueuse de la crête alvéolaire 	B	Pag.141
52.	<p>*C'est non pas vrai que la fibromatose au niveau des tubérosités</p> <ul style="list-style-type: none"> A. représente une croissance en volume du tissu conjonctif de la muqueuse de la crête alvéolaire dans la zone molaire maxillaire B. empêche le port de la prothèse C. réduit la distance inter - maxillaire, parfois avec contact direct avec les dents antagonistes D. impose une incision en tranche d'orange qui contient le versant vestibulaire et oral de la formation E. interdit, dans la technique d'opération, après la suture, d'appliquer la prothèse rebasée 	E	Pag 141
53.	<p>*C'est non pas vrai que la crête flottante</p> <ul style="list-style-type: none"> A. représente une zone mince d'hyperplasie B. est située au niveau d'une crête édentée chez un porteur de prothèse mobile, incorrectement adaptée C. nécessite, pour son opération, une incision autour de la base d'implantation de la formation, parallèlement à la crête alvéolaire, on excise jusqu'au niveau du périoste et l'on suture D. a besoin, après l'opération, d'une guérison per secundam E. après l'opération, impose de porter la prothèse rebasée 	D	Pag141
54.	<p>C'est vrai que la vestibuloplastie sous-muqueuse Obwegeser</p> <ul style="list-style-type: none"> A. est une technique d'extraction de deux ou de plusieurs dents voisines B. a comme but l'enlèvement du tissu sous-muqueux et le repositionnement de la muqueuse vestibulaire. C. est indiquée chez les patients totalement édentés, avec crête alvéolaire qui présente une atrophie très prononcée et des insertions musculaires hautes, mais avec suffisamment de muqueuse mobile dans la zone frontale. D. appartient aux techniques de chirurgie preprotétique maxillaire E. dans la zone maxillaire, peut être parfois associée à la résection de l'épine nasale antérieure 	BCE	Pag 141
55.	<p>C'est vrai que la plastie des sillons péri-osseux</p> <ul style="list-style-type: none"> A. a comme but la croissance de la dimension de la zone de muqueuse fixe B. est indiquée dans l'hyperplasie épithélio-conjonctive C. a comme but le déplacement des insertions muqueuses et musculaires dans le sens apical D. est indiquée dans l'hyperplasie gingivale E. n'a pas comme but l'approfondissement des sillons péri-maxillaires ou péri-mandibulaires 	AC	Pag 141

Thème 6.
Infections oro-maxillo-faciale

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero – Compendiu de chirurgie oro-maxilo-faciala, vol. 1 si 2, Editura Q Med Publishing, Bucuresti, 2009
 Pag. 245-247 ; Pag. 247-249 ; Pag. 270-273

56.	La cellulite aiguë présente les caractéristiques suivantes: A. Inflammation exsudative de type séreuse B. Thrombocytose C. “rubor”, “calor”, “tumeur” D. Tuméfaction, rougeur, douleur, frissons, fièvre E. Exsudat inflammatoire	ACDE	
57.	Le traitement du syndrome toxique-septique inclut : A. Rééquilibrer l'état général B. L'incision C. Le drainage D. Chimiothérapie E. L'élimination du facteur causal	ABCE	
58.	*Quels sont des infections spécifiques? A. Actinomycose B. Fistules chroniques C. Sinusite D. Cellulites des loges superficielles E. Ostéomyélite	A	
59.	Qui des infections suivantes est une infection périosseuse: A. Abcès migrateur B. Abcès vestibulaire C. Abcès palatin D. Abcès péri-basilaire E. Abcès ”semi-lunaire”	BCDE	
60.	*Lequel des suivantes sont infections des espaces fasciales: A. L'abcès vestibulaire, l'abcès migrateur B. Infection de l'espace maseterin et sous-mandibulaire C. De l'espace parotidienne, l'abcès palatin D. L'abcès ”semi-lunaire” E. Abcès palatin	B	
61.	*Le traitement chirurgical des infections vise: A. L'incision et le drainage de la collection et l'élimination de l'agent causal B. Le drainage endodontique C. Seulement l'extraction de dent causale D. Hydratation, nutrition E. Des sédatifs, AINS	A	
62.	*La parodontite apicale aiguë purulente stade périapicale est caractérisée par : A. Dent mobile B. Tuméfaction, fluctuation, une douleur atroce C. Cellulite vestibulaire D. Douleur spontanée ou à la percussion dans l'axe de la dent	D	

	E. Douleur à la percussion latérale		
63.	*Traitement radical de la dent responsable des infections à OMF : A. Implique un curetage périapical avec résection apicale et scellement de la surface de la coupe radiculaire B. Il s'agit d'un détartrage et d'un curetage parodontal C. Elle est pratiquée lors de l'épisode inflammatoire aigu D. Il n'est jamais nécessaire en cas de suppurations des espaces fasciaux secondaires E. Il se réfère à l'extraction de la dent causale et l'ablation par curetage de la lésion périapicale	E	p. 246
64.	*L'anesthésie loco-régionale en cas de suppurations OMF est indiquée dans les situations suivantes : A. Patients non coopératifs, y compris les enfants de moins de dix ans B. Abcès péricoronaire sans atteinte des espaces fasciaux secondaires C. Abcès des espaces fasciaux D. Suppurations étendues et évoluant rapidement, lorsqu'il est nécessaire d'explorer les espaces fasciaux voisins E. Phlegmon du plancher buccal	B	p. 246
65.	*L'antibiothérapie est associée au traitement chirurgical des suppurations d'OMF dans les situations suivantes : A. Suppurations périmandibulaires d'évolution longue B. Suppurations limitées C. Patients jeunes en bon état général D. Suppurations d'évolution favorable E. Toujours dans les infections péricoronaire	A	p. 246
66.	*Les infections péricoronaire peuvent être confinées aux zones suivantes : A. L'espace buccal B. Espace ptérygomaxillaire C. Espace vestibulaire D. Espace infratemporel E. Espace canin	C	p. 247
67.	*Le diagnostic différentiel des abcès palatins peut être fait avec : A. Sinusite maxillaire chronique B. Formations tumorales du voile palatin C. Kyste maxillaire surinfecté à évolution palatine D. Formations tumorales de la muqueuse de l'onde palatine E. Parodontite marginale chronique profonde	C	p. 248

Thème 7. Maladies d'origine dentaire du sinus maxillaire

68.	*Le diagnostic différentiel de la sinusite chronique maxillaire d'origine dentaire ne comprend pas: A. La sinusite maxillaire chronique d'origine rhinologique B. Abcès buccal d'origine dentaire C. Sinusite maxillaire fongique D. Allergique sinusite maxillaire E. Tumeurs du sinus maxillaires	B	
-----	--	---	--

69.	*Le ortopantomography est utile dans l'examen radiologique d'une sinusite maxillaire d'origine dentaire a l'exception: A. La relation entre les dents et le sinus maxillaire B. La présence de corps étrangers dans le sinus maxillaire C. La présence de lésions périapicales D. La présence de corps étrangers dans le sinus frontal E. La présence de kystes dans le sinus maxillaire	D	
70.	*Le traitement d'une grande taille (> 7 mm) communication bucco-sinusienne immédiate apres l'extractin dentaire est représentée par: A. Suture directe de la muqueuse de l'alvéole B. Application d'une garde acrylique C. Application d'une gaze sur le dessus de l'alvéole à jour par utilisation d'un "8 ligature" D. Aucun traitement chirurgical est nécessaire E. Clôture de la fistule en une ou deux couches	E	
71.	*La déclaration suivante est vrai en ce qui concerne la sinusite fongique: A. Le diagnostic est imagé B. Les antiviraux sont le traitement de choix C. Les antibiotiques sont un traitement efficace D. Le diagnostic est histopathologique E. La chimiothérapie est le traitement de choix	D	
72.	Les symptômes suivants sont présents dans le cas d'une communication orale: A. Les symptômes de la sinusite maxillaire chronique B. Un saignement abondant de l'alvéole C. Fistuleuse ouverture dans la crête alvéolaire maxillaire D. Valsalva manoeuvre positive E. Les perturbations phonétique	ACDE	
73.	Les facteurs déterminants de la sinusite maxillaire d'origine dentaire peuvent être: A. Pulpite séreuse B. La fistule oro-nasal C. Ostéite periapicale D. Kystes radiculaires infectee E. La maladie parodontale chronique	BCD	
74.	L'évaluation radiographique des sinus maxillaires peut montrer: A. Radio opacité du sinus touchés qui est plus intense vers la périphérie de sinusite maxillaire chronique B. Le niveau air-liquide en présence de la sinusite maxillaire aiguë C. L'opacité Radio du sinus touchés qui est plus intense vers la périphérie dans les sinusites maxillaires aiguës D. Le niveau de l'air-liquide, en présence de la sinusite maxillaire chronique E. Présence de raréfaction accrue dans les sinusites maxillaires aiguës	AB	
75.	*La sinusite maxillaire chronique d'origine dentaire se caractérise par l'énoncé suivant : A. Douleur intense dans la région du sinus maxillaire B. Douleur intense dans la région du sinus maxillaire surtout le matin C. Douleur modérée dans la région du sinus maxillaire surtout le matin D. Douleur modérée dans la région du sinus maxillaire surtout le soir	C	Tema 7

	E. Douleur modérée dans la région du sinus maxillaire surtout au printemps		
--	--	--	--

Thème 8. Traumatologie oro-maxillo-faciale

76.	Les zones de résistance élevée de la mandibule ne sont pas : A. La symphyse mandibulaire et le bord basilaire B. La symphyse et l'angle mandibulaire C. Foramen mentalis D. Zone du canine- courbure maximale E. La coronoïde	BCDE	
77.	Qui sont les autres facteurs prédisposants des fractures mandibulaires ? A. Nombre élevé d'accidents de la route B. La malocclusion C. Les bourgeons chez les enfants D. Les inclusions dentaires E. Le mode de vie du patient	CD	
78.	Selon la relation du foyer avec la cavité buccale, une fracture peut être : A. Fermée - seulement la branche horizontale B. Fermée C. Ouverte D. Complète E. Incomplete	BC	
79.	Quels sont les facteurs prédisposants pour le déplacement de la fracture ? A. Force du coup, direction du coup, contraction musculaire B. Direction du coup C. Contraction musculaire D. Pathologie associée du patient E. L'état général du patient	ABC	
80.	Les affirmations suivantes sont fausses en regard l'excoriation: A. Interruption de la continuité des tissus ou une égratignure, abrasion B. Abrasions superficielles C. Il représente une plaie D. Plaie profonde, interruption de la continuité des tissus ou une égratignure, abrasion E. Accumulation de sang extravasée à la suite de la rupture de vaisseaux sanguins plus profondes ou plus grandes	CDE	
81.	Les formes particulières d'ecchymoses sont: A. Chémosis B. Ecchymose du plancher bucale C. Ecchymose intraorale D. Ecchymose des paupières E. Tout ce qui précède	AD	
82.	*Les affirmations suivantes représentent le traitement définitif des fractures mandibulaires: A. Antibiothérapie B. Corticothérapie	C	

	C. La réduction et l'immobilisation en position anatomique D. C'est toujours chirurgical E. C'est toujours orthopédique		
83.	*Lesquel des énoncé suivants est vrai concernant les fractures mandibulaires partielles? A. Le rebord alvéolaire fracturé est pas une fracture partielle B. Le rebord alvéolaire fracturé est une fracture partielle C. La fracture de l'angle mandibulaire est une fracture partielle D. Les fractures mandibulaires médians sont des fractures partielles E. Les fractures mandibulaires parasympophysaires sont des fractures partielles	B	
84.	*Une forme particulière d'ecchymose est: A. Chémosis B. Ecchymose du monocle ou de l'habitacle C. Ecchymose intrabuccale D. Epistaxis E. Hématome	A	Tema 8

Thème 9. Kystes et tumeurs bénignes des parties molles oro-maxillo-faciales

85.	*La déclaration suivante n'est pas vrai concernant tératome: A. Il est formé par l'augmentation du volume des cellules du tissu locale B. Il est originaire de toutes les couches germinatives C. Dans la tête et du cou, il est souvent situé dans le plancher de la bouche D. Il est fréquemment rencontré comme une tumeur de l'ovaire, généralement bénigne E. Il est composé de tissus éloignés de la place du développement	A	
86.	*Kystes salivaires sont représentés par: A. Kyste dermoïde B. Keratocyst C. Kyste branchial D. Kyste sébacé E. Grenouillette	E	
87.	*Les kystes originaires des structures épidermiques sont représentés par: A. Kyste dermoïde B. Kyste sébacé C. Kyste branchial D. Keratocys E. Keratocyst	B	
88.	*Un des suivants est une tumeur bénigne mésenchymateuses: A. L'hémangiome B. Du papillome C. Lipome D. Scwhannoma E. Fibroma	E	

89.	Epulis fissuratum: A. Chez les patients âgés port de prothèses dentaires amovibles B. L'apparence de chou-fleur C. Habituellement situé dans le pli vestibulaire maxillaire D. Aspect fibreux, ferm cohérence) E. Les tumeurs des glandes sublinguales	ACD	
90.	Le diagnostic différentiel de la grenouillette sublinguale est réalisé avec: A. Kyste tératoïde B. Kyste sébacé C. Les tumeurs des glandes sublinguales D. Keratocyst E. Kyste dermoïde	ACE	
91.	Le sialocyst: A. Ils ne sont jamais rencontrées dans les glandes salivaires principales B. Elle est formée en raison de la dilatation du conduit salivaire due à l'obstruction et la salive accumulation C. Il est formé du fait de la perforation du canal salivaire et de l'accumulation de salive D. Il peut suivre l'évolution chronique d'une mucocèle E. Il forme un nodule sous-muqueux	BDE	
92.	*Choisissez la vraie affirmation concernant le kyste branchial : A. Il prend naissance dans les trois couches germinatives B. Situé sur la ligne médiane C. Il est situé en avant et sous le muscle sternocléidomastoïdien D. Il est situé en arrière et sous le muscle sternocléidomastoïdien E. Fréquemment situé dans le plancher de la bouche	C	Tema 9

Thème 10. Kystes, tumeurs bénigne et ostéopathies de l'os de mâchoire

93.	*L'entité suivante représente un kyste odontogéné lies au développement: A. Kyste folliculaire B. Kyste naso-labial C. Kyste radiculaire D. Kyste du canal naso-palatin E. Kyste résiduel	A	
94.	*Un des suivants est un kyste inflammatoire: A. Kyste primordial [kératokyste] B. Kyste anévrismal C. Kyste dentigère D. Kyste du canal naso-palatin E. Kyste périapical	E	
95.	*Le kyste du canal naso-palatin est: A. Un kyste odontogéné lies au développement B. Un kyste odontogéné lies au développement C. Un kyste non- odontogéné lies au développement D. Un pseudokyste E. Un pseudokyste odontogène	C	

96.	*Sélectionnez la véritable déclaration concernant la kératokyste odontogènes: A. Le plus souvent situé dans la mâchoire inférieure à la troisième molaire B. Le plus souvent situé dans la mandibule dans la région frontale C. Le plus souvent situé dans le maxillaire à la troisième molaire D. Le plus souvent situé dans la mâchoire inférieure à la deuxième molaire E. Le plus souvent situé dans le sinus maxillaire gauche	E	
97.	Les déclarations suivantes sont remplies concernant le tore mandibulaire: A. Situé sur la face linguale du corps mandibulaire B. Présent au les jeunes adultes C. Associé avec bruxisme D. Présent seulement dans les patients âgées E. Situé sur le côté vestibulaire du corps mandibulaire	AB	
98.	Les tore palatines: A. Est situé sur la ligne médiane du palais dur B. La cohérence osseuse C. Recouvrant la muqueuse ulcérée D. Fluctuante E. Sus-jacente muqueuse normale	ABE	
99.	Les déclarations suivantes sont remplies concernant la tumeur brune A. Le traitement est représenté par l'ablation chirurgicale radicale B. Il est associé à une hyperparathyroïdie primaire ou secondaire C. Le traitement est représenté par la radiothérapie et la chirurgie radicale D. Il est associé à une hyperthyroïdie primaire ou secondaire E. Il est pathologiquement identique à la tumeur à cellules géantes central	BE	
100.	*Le kyste résiduel : A. C'est un kyste qui persiste après une antibiothérapie B. C'est le kyste développemental non odontogène le plus fréquent de la cavité buccale C. Elle se situe le plus souvent au niveau de l'angle mandibulaire, en rapport avec une dent incluse D. C'est un kyste qui persiste après l'extraction dentaire ou le traitement endodontique E. C'est un pseudokyste	D	Tema 10

Thème 11

Tumeurs malignes bucco-maxillo-faciale

101.	*Quels lésions sont considérés comme potentiellement lésions malignes de la muqueuse buccale? A. Fibromatose gingivale B. Papillome oral C. La candidose orale D. Glossitis E. Erythroplasia	E	
------	---	---	--

102.	*cTNM se réfère à: A. La mise en scène clinique après examen clinique attentif B. Examen pathologique final de la pièce opératoire C. Mise en scène d'une tumeur récidivante D. Mise en scène d'une tumeur occulte E. Examen anatomo-pathologique de la biopsie	A	
103.	*pTNM est déterminée par la: A. Examen pathologique final de la pièce opératoire B. Des études imagé en dynamique C. Examen anatomo-pathologique de la biopsie D. Aucun repous vrai E. Tout les repous correct	A	
104.	*La déclaration suivante concernant le lichen planus est vrai: A. Il a deux formes: nodulaire et ulcéreuse B. Il a deux formes: réticulée et erosive C. Il est formé par des membranes détachables D. La forme réticulée a un potentiel malin E. Il est associé fréquemment avec la parodontite	B	
105.	*T2 du système de classification TNM se réfère à: A. Une tumeur inférieure à 2 cm B. Une tumeur de plus de 2 cm mais supérieure à 4 cm C. Une tumeur de plus de 2 cm mais inférieure à 4 cm D. Une tumeur de plus de 4 cm de dimension transversale, mais inférieure à 2 en dimension sagittale E. Une tumeur de plus de 6 cm	C	
106.	*L'un des facteurs suivants ne joue pas un rôle dans le développement du cancer palatin: A. Fumant la pipe B. Betel C. Un traumatisme local en raison de la présence de prothèses dentaires D. L'alcool raffiné E. La présence de palatine tourus	E	
107.	*Laquelle des informations suivantes concernent erithroplasia? A. Rouge, veloutée lésion B. Blanc, lisse, veloutée lésion C. Le dépôt rouge qui est facilement éliminé D. Il est une lésion précancreuse E. Des membranes amovibles jaunes	A	
108.	*La pathologie du cancer palatin n'est pas représentée par : A. Carcinome épidermoïde B. Leucoplasie C. Carcinome adénoïde kystique D. Sarcome E. Adénocarcinome	B	Tema 11

Thème 12.
Pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire

(Support de cours disponible sur la plateforme de e-learning)

109.	Les sons communs dans la pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire sont les suivantes : A. Sons mélodiques B. Craquements C. Fissures D. Claquer E. Grincements	BDE	
110.	L'étude de l'occlusion en intercuspidation maximale : A. Est obtenu avec la bouche ouverte B. Est obtenu en position fermée normale C. Le patient doit mâcher un bloc de paraffine 30 minutes avant D. Est la position de départ et de retour tous les mouvements mandibulaires E. Aucune de ces réponses	BD	
111.	Le traitement de l'arthrite septique se compose de : A. Le drainage chirurgical B. Une mobilisation légère et progressive de l'articulation C. Médicament antibiotique D. Alimentaire sialogogue E. Aucune de ces réponses	ABC	
112.	Les signes cliniques de l'arthrite septique sont : A. Douleur locale B. œdème traumatique C. Limiter les mouvements D. Lymphadénopathie latérocervical E. Les tentatives de mobilisation active et passive ne sont pas douloureuses	ACD	
113.	Les énoncées suivantes à propos des luxations « bloquées » sont vrai : A. Ils surviennent au cours d'un bâillement B. Ils surviennent au cours d'une ouverture buccale forcée C. Ils surviennent après des traumatismes avec la bouche fermée D. Douleur et craquement avec impossibilité de refermer la bouche E. Le traitement- Manœuvre de Nelaton	ABDE	
114.	*Dans le traitement du SADAM on peut utiliser les suivantes : A. Toxine botulique B. Antibiotiques C. Décontractants musculaires D. Infiltrations intra articulaires E. Arthrocenthese	B	
115.	*La motilité mandibulaire normale est représentée par : A. Ouverture maximale de la bouche à 20 mm (\pm 5) B. Ouverture maximale de la bouche à 70 mm (\pm 10) C. Ouverture maximale de la bouche à 50 mm (\pm 6) D. Propulsion à 27mm (\pm 2) E. Propulsion à 37mm (\pm 2)	C	
116.	*Le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde nécessite les suivantes moins une: A. Contexte clinique B. Présence de HLA-B27	B	

	C. Manifestations extra-articulaires D. Signes radiologiques, IRM E. Perturbations immunologiques		
117.	*Un test supplémentaire nécessaire en cas de suspicion de troubles de l'ATM peut être : A. Hémocultures B. CA 125 C. Analyse du liquide synovial D. Anticorps VHC E. Teneur en sodium	C	Tema 12

Thème 13.
Pathologie de la glande salivaire
(support de cours disponible sur la plateforme de e-learning)

118.	La lithiase des glandes salivaires peut se présenter dans les étapes suivantes : A. Nécrose salivaire B. Abcès salivaire C. La fistule salivaire D. Une tumeur salivaire E. Sialorrhée	BD	
119.	Les tumeurs suivantes sont des tumeurs bénignes des glandes salivaires : A. Odontome B. Carcinome mucoepidermoid C. Pleomorphic adénome D. Le carcinome adénoïde kystique E. Warthin tumeur	CE	
120.	Le carcinome adénoïde kystique : A. Il ne donne jamais de métastases à distance B. Il est associé à l'invasion nerveux C. Il ne comprend jamais le nerf facial D. Il a augmenté de métastases à distance E. Il est associé surtout avec l'invasion de l'os	BD	
121.	La tumeur de Warthin : A. Tumeur maligne B. Toujours unilatérale C. Peut-être bilatérale D. Tumeur bénigne E. Lié au tabagisme	CDE	
122.	Les oreillons peuvent devenir compliqués par les suivants : A. L'orchite B. Encéphalite C. La prostatite D. La cécité E. Surdité	ABE	
123.	Le syndrome de Sjogren est caractérisé par : A. La sécheresse des cheveux B. Sécheresse nasale	BDE	

	C. Sécheresse des mains D. La sécheresse oculaire E. La sécheresse buccale		
124.	*Lequel des énoncés suivants concernant les oreillons est faux ? A. Le début est unilatérale, après bilatérale B. La salive reste toujours claire C. La salive est toujours purulente D. La salive reste toujours claire E. L'orchite est une complication possible	C	
125.	*Les facteurs favorisants de la parotidite aigue bactérienne sont les suivants saufs : A. L'hyposialie B. L'immunodépression C. Le dysfonctionnement des enzymes salivaires D. Locaux ou généraux E. L'hypersialie	E	
126.	*Le traitement préventif des parotidites aigues bactériennes est : A. Traitement antibiotique par la voie générale B. Lavages canalaires avec des antibiotiques C. Favoriser une bonne sécrétion salivaire par réhydratation et atropine D. Favoriser une bonne sécrétion salivaire par réhydratation et des sialagogues E. Traitement cortisonique par la voie générale	D	
127.	*Les sialomegalies infectieuses tuberculeuses sont caractérisées par : A. Sont plus souvent bilatérales B. Il s'agit d'une tuberculose primaire C. La présence d'un nodule froid D. Le diagnostic positif est clinique E. Plus fréquent chez les enfants	C	
128.	*L'un des éléments suivants n'est pas une caractéristique des oreillons : A. Apparaît particulièrement chez les enfants B. Plus fréquent chez les personnes âgées C. Initialement unilatéral, puis bilatéral D. La salive reste claire E. Plus fréquent chez les garçons	B	Tema 13

Thème 14.
Chirurgie orthognathique
(Support de cours disponible sur la plateforme de e-learning)

129.	L'ostéotomie Le Fort I est caractérisé par : A. La baisse dans le secteur en incisive-canin proalveolar B. Mobilise l'ensemble de l'arcade dentaire supérieure et le palais C. Approche chirurgicale intra-orale D. Impaction du secteur prémolaire-molaire dans béance avec molaire overbite	BC	
------	---	----	--

	E. Début- horizontalement au-dessus de la lingula, après que le bord avant, puis à l'extérieur.		
130.	Les ostéotomies segmentaires sont : A. Wasmund ostéotomie B. Ostéotomie Le Fort I C. Schuchardt ostéotomie D. Obwegeser Dal Pont ostéotomie E. Tous les ci-dessus	AC	
131.	L'ostéotomie Obwegeser Dal Pont est caractérisée par : A. La séparation de la branche ascendante en deux parties B. Approche chirurgicale intra-orale C. Ostéotomie commençant horizontalement au-dessus de la lingula, après le bord avant puis à l'extérieur. D. Ostéotomie dans la tige E. Ostéotomie segmentaire du secteur inférieur incisive-canin	ABC	
132.	Les relations anormales entre arcades dentaires dans le plan vertical sont : A. Morsure profonde: occlusion couverte - sur-découverte d'une arcade avec son antagoniste B. Béance: écart dentaire, - le manque de contact entre les arcades dentaires C. Hypoplasie mandibulaire: petite mandibule, et en combinant rétrogénie rétromandibulaire D. Hyperplasie mandibulaire: grande mandibule, combinant promandibular et macrogenie (hypertrophie mandibulaire) E. L'ensemble des réponses ci-dessus	AB	
133.	Angle Classe II : A. Les molaires six années inférieure - aube mésiales situé de moitié par rapport à la dent 6 ans plus tard. B. La canine en bas avant une demi-dent par rapport à la canine supérieure. C. La molaire inférieure de 6 ans - derrière un point de rebroussement (distale) de la molaire supérieure (rapport distale). D. Division 1 : incisives supérieures sont labiale E. Division 2 : incisives supérieures sont palatine basculement	CDE	
134.	Les anomalies volumétriques des bases osseuses et le menton comprennent : A. La carence maxillaire horizontale : développement transversal insuffisante du maxillaire B. L'excès maxillaire horizontale : développement transversal excessive du maxillaire C. Le développement latéral de maxillaire, mandibulaire et le menton : le développement asymétrique des structures osseuses D. Hypoplasie mandibulaire : petite mandibule, et en combinant rétrogénie rétromandibulaire E. Hyperplasie mandibulaire : grande mandibule, combinant promandibular et macrogenie (hypertrophie mandibulaire)	DE	
135.	*La position anormale des bases osseuses et le menton dans le plan sagittal se produisent dans la situation suivante à une exception : A. Excès maxillaire : trop tôt la position du maxillaire (très rare) B. Excès mandibulaire : la position trop antérieure de la mandibule (prognathisme préférable)	E	

	C. Menton excès : trop tôt la position du menton D. Déficit maxillaire : maxillaire trop postérieure E. Pterigomandibular carence : la position trop postérieure de la mandibule		
136.	*Parmi la classification des malformations dento-faciale, nous trouvons ce qui suit : A. Bases maxillaires et mandibulaires anormale, de la relation anormale entre arcades dentaires, des anomalies cellulaires B. Anomalies structurelles dentaires C. Des anomalies histologiques au niveau de menton et de nez D. Apearance hyperémie de la peau du visage E. La position des yeux	A	
137.	*Les éléments suivants sont des indications de la chirurgie orthognathique à une exception près : A. De graves anomalies B. La durée a dépassé d'un traitement orthodontique C. Chirurgie remplissage orthodontie D. Orthodontie échouée E. Courte durée du traitement orthodontique	E	
138.	*Une ostéotomie segmentaire est : A. Ostéotomie de Wasmund B. Ostéotomie de Le Fort I C. Ostéotomie de Schubert D. Ostéotomie Obwegeser Dal Pont E. Tout ce qui précède	A	Tema 14

Thème 15.
Les fentes labio-alvéolo-vélo-palatinas
(Support de cours disponible sur la plateforme de e-learning)

139.	Les fentes labio-alvéolo-vélo-palatinas figurent dans : A. Syndrome de Pierre Robin B. Syndrome de Treacher Collins C. Syndrome Mallory–Weiss D. Syndrome de Patau E. Syndrome de Goldenhar	ABDE	
140.	Lesquels des énoncés suivants sont incorrectes ? A. Les fentes du palais secondaire sont toujours médianes et symétriques B. Les fentes du palais primaire intéressent en totalité ou en partie le voile mou et le palais osseux C. Les fentes du palais primaire sont toujours médianes et symétriques D. Les fentes du palais secondaire intéressent l'arcade alvéolaire, le seuil narinaire et la lèvre supérieure E. Une cicatrice de la crête philtrale peut être une forme minore de fente du palais secondaire	BCDE	
141.	Parmi les symptômes fonctionnels des fentes labio-alvéolo-vélo-palatinas nous identifions suivantes :	ACDE	

	A. Sangles musculaires interruption de lèvres B. Sangles musculaires interruption du palais dur C. Sangles musculaires interruption de l'oropharynx D. Problèmes d'alimentation après la naissance - reflux oronasale (avec tétines de biberons appropriés / plaque palatine) E. Troubles de la respiration - l'obstruction nasale (de déviation de la cloison nasale)		
142.	L'équipe interdisciplinaire pour les fentes labio-alvéolo-vélo-palatinates est formé par les suivantes : A. Chirurgien maxillo-facial B. Généticien C. Cardiologue D. Orthophoniste E. Orthodontiste	ABDE	
143.	*Le traitement primaire des fentes labio-alvéolo-vélo-palatinates : A. De 1 à 5 ans B. Fermeture tardive, simultanée ou successive de la lèvre et du palais C. Généralement après la fin de la première année de vie de l'enfant D. Fermeture précoce, simultanée ou successive de la lèvre et du palais E. Correction des séquelles postopératoires fonctionnelles et esthétiques	D	
144.	Des signes fonctionnels des fentes labio –palatinates font partie : A. Le reflux bucco-nasal, difficultés d'alimentation néonatale B. Désordre de l'éruption dentaire dans le secteur prémolaire C. Troubles de la croissance dentoalvéolaire et maxillo-faciale D. Troubles de la phonation et de la respiration E. Dysfonctionnement des trompes d'Eustaches	ABCE	
145.	*Le palais primaire : A. Il se forme entre la 7eme et la 12eme semaine embryonnaire B. Commence par la papille incisive, d'avant en arrière jusqu'à la luette C. Il représente la région labio-narinaire et la partie périphérique du palais située derrière de la papille incisive D. Il se forme entre la 5eme et 7eme semaine embryonnaire E. Il se forme après le palais secondaire	D	
146.	*L'étiologie des fentes labio-alvéolo-vélo-palatinates : A. Seulement des facteurs génétiques B. Il y a toujours des antécédents familiaux de fentes labio-alvéolo-vélo-palatinates C. Implique des facteurs environnementaux et génétiques D. Parmi les facteurs environnementaux on ne trouve pas l'alcool E. Est monofactorielle	C	
147.	*Lequel des énoncés suivants est faux ? A. Les fentes peuvent intéresser le palais primaire, le palais secondaire ou les deux B. Les fentes du palais primaire peuvent être unilatérales/bilatérales C. Les fentes du palais primaire intéressent les éléments constitutifs en totalité ou en partie D. La bifidité de la luette fait partie des fentes du palais secondaire	E	

	E. Les fentes du palais secondaire sont toujours paramédianes et asymétriques		
148.	*Le diagnostic des fentes labio –palatines : <ul style="list-style-type: none"> A. Peut être établi précoce pendant l'échographie prénatale du 5ème mois B. Peut être établi précoce pendant l'échographie prénatale du premier mois C. Peut être établi seulement en utilisant la tomodensitométrie D. Peut être établi seulement à la naissance pour toutes les formes E. Peut être établi seulement en utilisant le caryotype fœtal 	A	
149.	*Classification de Veau – identifier la fausse réponse : <ul style="list-style-type: none"> A. Groupe 1 – fente du palais mou B. Groupe 2 – fente du palais dur et mou jusqu'au foramen incisif C. Groupe 3 – fente labiale et palatine unilatérale complète D. Groupe 4 – fente labiale et palatine unilatérale complète E. Groupe 4 – fente labiale et palatine bilatérale complète 	D	Tema 15

Thème 16. Douleur faciale
(Support de cours disponible sur la plateforme de e-learning)

Al. Bucur, C. Navarro Vila, J. Lowry, J. Acero – Compendiu de chirurgie oro-maxilo-faciala, vol. 1 si 2, Editura Q Med Publishing, Bucuresti, 2009

150.	Les caractéristiques cliniques de névralgie post-herpétique sont : <ul style="list-style-type: none"> A. La douleur est intense, constante et implacable B. Décrit comme «brûlant» ou rampante sensation sous la peau en territoire intéressant une branche de facial C. Zona infraorbitaire la plus fréquente D. Pouvez associer une parésie faciale (inflammation) E. Éruption caractéristique intéressante périphérique branche 	ADE	
151.	Caractéristiques cliniques de la maladie de Horton sont : <ul style="list-style-type: none"> A. Douleur modérée, souvent bilatérale B. Accentué par la toux, les mouvements de la tête C. Situé dans la région pariétale ou frontale D. L'artère temporale douloureuse ou difficiles à la palpation E. Participation de l'artère ophtalmique peut conduire à la cécité 	BDE	
152.	Traitements de névralgie du trijumeau : <ul style="list-style-type: none"> A. Propranolol B. Baclofène C. Carbamazépine D. L'aspirine, E. Diclofenac 	BC	
153.	La névralgie du trijumeau est : <ul style="list-style-type: none"> A. Femme > mâle B. Habituellement > 50 ans, plus fréquentes 70 ans et plus C. Il est secondaire à une pathologie spécifique D. Femme < mâle 	ABCE	

	E. La névralgie plus souvent sur le visage		
154.	Les caractéristiques de la douleur sont : A. Intervalle de la douleur B. Intervalle de la douleur-libre C. Perte d'audition D. Les symptômes associés E. Fréquence	ABDE	
155.	Parmi les signes associés de la douleur faciale, nous trouvons ce qui suit : A. Irritation de la muqueuse gingivale B. Lamentation C. Congestion Nasale D. La congestion du visage E. Rhinorrhée	BCDE	
156.	*Faites le bon corrélation: A. La maladie de l'articulation temporo- rahitism aiguë B. Les erreurs de réfraction -de nez et des sinus C. Les oreilles- sinusite aiguë. D. L'hétérophorie - l'œil et l'orbite affections E. Les oreilles- rahitism aiguë	D	
157.	*Parmi les caractéristiques de la douleur que nous trouvons ce qui suit à une exception près: A. Le début B. Quantité C. Localisation de la douleur D. Intensité E. Territoire	B	
158.	*Le diagnostic différentiel de la douleur faciale est constitué de ce qui suit avec une exception : A. Musculo-squelettiques et des douleurs des tissus mous B. Neurologique et vasculaire C. Inflammatoire D. Néoplasie E. Psychogène	C	
159.	*L'étiologie de la douleur oro-faciale n'est pas : A. Périphériques / centrale B. Inflammation / irritation +/- C. Démyélinisation +/- D. Vasculaire ou nerveuse compression +/- E. Vaso-dilatation	E	
160.	*Parmi les médicaments utilisés pour traiter la névralgie du trijumeau, l'effet indésirable de l'alopecie survient dans : A. Baclofène B. Valproate de sodium C. Phénytoïne D. Gabapentine E. Lamotrigine	B	

Thème 17. DENTISTERIE PÉDIATRIQUE

Dentisterie pédiatrique (Cursuri postate pe platforma de e-learning în limba FR)
(Stomatologie comportamentală pediatrică - pag. 43-57, 129-177; Elemente introductive în pedodontie - pag. 62-81; Practica pedodontică - pag. 219-248, 207-216, 251-259, 261-280)

161.	Parmi les caractéristiques de la période de 3 à 6 ans sont les suivantes: A. égocentrisme B. affectivité C. le manque de caractère imitatif dans l'action et le comportement D. la première crise de négativisme émotionnel E. peur auditive, optique et tactile	ABDE	Stomatologie comportamentală, pg.50 sau Slide 18-19 – Cours Étapes de l'enfance
162.	Pendant la "grande enfance" (3ème enfance), du point de vue dentaire se déroulent: A. la 2ème élévation physiologique de l'occlusion B. le 1er mésialisation physiologique de la mandibule C. la 3ème élévation physiologique de l'occlusion D. le 2ème mésialisation physiologique de la mandibule E. la 1ère élévation physiologique de l'occlusion	AC	Slide 24 – Cours Étapes de l'enfance
163.	Frankl échelle d'évaluation du comportement de classe III, est caractérisée par les éléments suivants: A. l'enfant pleure avec force B. l'enfant accepte le traitement C. l'enfant refuse le traitement D. l'enfant respecte les séances de traitement (rendez-vous chez le dentiste) E. l'enfant a peur	BD	Stomatologie comportamentală pg.136 Slide 14 – Cours Gestion du comportement
164.	*Les affirmations suivantes NE sont PAS vraies à propos du consentement éclairé en dentisterie pédiatrique: A. ne fait pas partie intégrante de la gestion comportementale B. cela fait partie de la gestion comportementale C. représenter une obligation légale D. a de réelles valences psycho-sociales préventives E. possède de véritables valences médico-légales (médico-légales) préventives	A	Stomatologie comportamentală, pg.141 Slide 15 – Cours Gestion du comportement
165.	Il est recommandé d'utiliser la méthode HOME (exercice avec la main sur la bouche) en dernier recours pour: A. trop petits enfants B. jeunes enfants peu coopératifs (3-6 ans) C. enfants handicapés D. adultes E. jeunes enfants coopératifs	BC	Stomatologie comportamentală pg.163 Slide 32 – Cours Gestion du comportement
166.	*En dentisterie pédiatrique, le 3ème degré d'éruption clinique est considéré lorsque: A. la pointe de la cuspide perce la muqueuse B. 2/3 de la couronne a éclaté C. 1/4 de couronne a éclaté D. la moitié de la couronne a éclaté E. la dent a complètement éclaté	B	Elemente introductive în pedodontie ,69 Slide 7– Cours Éruption dentaire

167.	L'éruption de ces dents temporaires mandibulaires est en avant de homologués maxilaires: A. incisives latérales B. incisives centrales C. canines D. 1ères prémolaires E. 2èmes molaires	BCDE	Practica Pedodontică, Pg.56 Slide 16 – Cours Éruption dentaire
168.	*La périodicité de l'éruption des dents permanentes est: A. 2 ans B. 3 ans C. 6 mois D. 1 an E. 9 mois	D	Slide 23 – Cours Éruption dentaire
169.	Pour les dents temporaires, l'éruption retardée NE peut PAS être associée à: A. fièvres éruptives B. syndrome de Down C. syndrome de Turner D. rachitisme E. hyperthyroïdie	AE	Slide 24-25 – Cours Éruption dentaire
170.	Parmi les dents temporaires, les caractéristiques générales sont les suivantes: A. les cornes de la pulpe sont plus superficielles car la couche de dentine est plus grosse B. les cornes distales sont plus proches de la surface que celles mésiales C. la chambre pulpaire des molaires mandibulaires est plus grande que la chambre pulpaire des molaires maxillaires D. la racine des dents frontales est aplatie mésio-distale E. les racines sont relativement longues par rapport à la couronne	CDE	Slide 11-12 – Cours Morphologie
171.	Parmi les facteurs généraux qui influencent l'éruption dentaire sont les suivants: A. traumatisme dentaire temporaire B. extraction prématurée de dents temporaires C. héritéité D. type racial et régional E. système nerveux central	CDE	Practica pedodontică pg.51 Slide 9-10 – Cours Éruption dentaire
172.	*Ne prenant pas en compte la variabilité normale des dents temporaires, 7.4 apparaîtra à: A. 6 ans B. 18 mois C. 6 mois D. 10 années E. 24 mois	B	Elemente introductive în pedodontie , pg. 56 Slide 15 – Cours Éruption dentaire
173.	*Normalement, 2.5 apparaîtra à: A. 8 ans B. 10 ans C. 12 ans D. 7 ans E. 13 ans	B	Elemente introductive în pedodontie , pg. 56 Slide 21 – Cours Éruption dentaire
174.	*Les principales bactéries isolées chez les enfants atteints de carie sont: A. Streptococcus mutans B. Streptococcus salivarius C. Escherichia coli	A	Slide 10 – Cours Carie_DT1

	D. Streptococcus viridans E. Porphyromonas aeruginosa		
175.	Les suivants facteurs d'évaluation des risques de carie aux dents temporaires sont des facteurs comportementaux: A. régime de l'enfant B. état gingival et parodontal de l'enfant C. appartenance ethnique de l'enfant D. brossage des dents E. statut socioéconomique	AD	Slide 13 – Cours Carie_DT2
176.	Le traitement de restauration atraumatique (ART) a les indications suivantes: A. traitement des caries localisées sur deux surfaces dentaires B. petits enfants non coopératifs C. traitement des caries localisées sur trois surfaces dentaires ou plus D. enfants anxieux E. dents temporaires / permanentes	BDE	Slide 34 – Cours Carie_DT2
177.	*L'une des affirmations suivantes ne plaide pas en faveur du succès de l'apexogenèse (clinique et radiologique): A. absence de la douleur spontanée B. absence de douleur en percussion axiale C. absence de tissu mou ou de modifications osseuses D. continuation de la formation des racines E. fermeture incomplète de la région apicale.	E	Slide 25 – Cours Pulpopathies DPJ
178.	*Pendant la "grande enfance" (3ème enfance), du point de vue dentaire se déroulent: A. la 2ème élévation physiologique de l'occlusion B. le 1er mésialisation physiologique de la mandibule C. la 3ème mésialisation physiologique de l'occlusion D. le 2ème mésialisation physiologique de la mandibule E. la 1ère élévation physiologique de l'occlusion	A	Slide 24 – Cours Étapes de l'enfance
179.	*La classe III de l'échelle Frankl d'évaluation du comportement est caractérisée par: A. l'enfant pleure avec force B. l'enfant accepte le traitement C. l'enfant refuse le traitement D. l'enfant ne respecte pas les séances de traitement (rendez-vous chez le dentiste) E. l'enfant a peur	B	Slide 14 – Cours Gestion du comportement
180.	*L'éruption retardée des dents temporaires ne peut pas être associée à: A. fièvres éruptives B. syndrome de Down C. syndrome de Turner D. rachitisme E. rubéole pré-natale	A	Slide 24 – Cours Éruption dentaire
181.	*Parmi les caractéristiques générales des dents temporaires est la suivante: A. les cornes de la pulpe sont plus superficielles car la couche de dentine est plus grosse B. les cornes distales sont plus proches de la surface que celles mésiales C. la chambre pulpaire des molaires mandibulaires est plus petite que la chambre pulpaire des molaires maxillaires D. la racine des dents frontales est aplatie vestibulo-oral	E	Slide 11-12 – Cours Morphologie

	E. les racines sont relativement longues par rapport à la couronne		
182.	*Dans la préparation des cavités de classe I des dents temporaires pour la restauration avec amalgame, idéalement, la profondeur de la cavité est: A. 0,5mm dans l'émail B. 1,5 mm dans la dentine C. 0,5 mm dans la dentine D. 1 mm dans la dentine E. 2 mm dans la dentine	C	Slide 17 – Cours Carie DT3
183.	*Pendant la préparation des cavités de classe I des dents temporaires, pour la restauration avec amalgame, pour n'ouvrir pas les cornes pulpaires, il doit éviter l'utilisation des fraises: A. 330 B. cône inversé C. sphérique D. en forme de poire E. aucune réponse n'est correcte	B	Slide 18 – Cours Carie DT3
184.	*Parmi les signes subjectifs rencontrés dans le syndrome du sept des dents temporaires, il n'y a pas le suivant: A. douleur vive B. douleur exacerbée postprandiale C. douleur avec irradiation horizontale D. lésion carieuse proximale E. douleur localisée entre deux dents temporaires	D	Slide 22– Cours Pulpopathies DT1
185.	*Le stade II de la carie précoce de la petite enfance est caractérisée par: A. intérêt toutes les dents temporaires B. les lésions des dents maxillaires antérieures peuvent affecter la dentine C. les molaires sont également touché D. débuts à l'âge de 6 ans E. débuts sur les molaires temporaires inférieures	B	Slide 10 – Cours Carie Précoce
186.	*Parmi les facteurs étiologiques de pulpopathie des dents temporaires, il n'y a pas le suivant: A. traumatismes dentaires B. bruxisme C. fraisage intermittent avec refroidissement D. mauvaise adaptation des appareils orthodontiques E. attrition	C	Slide 6, 7– Cours Pulpopathies DT1
187.	*La périodicité de l'éruption des dents permanentes est: A. 2 ans B. 3 ans C. 6 mois D. 1 an E. 9 mois	D	Slide 23– Cours Eruption dentaire
188.	*En dentisterie pédiatrique, durant la période «enfance moyenne» (2eme enfance), du point de vue dentaire, auront lieu : A. la 3ème élévation physiologique de l'occlusion B. le 1er mésialisation physiologique de la mandibule C. le 3ème mésialisation physiologique de la mandibule D. le 2ème mouvement mésial physiologique de la mandibule E. la 1ère élévation physiologique de l'occlusion	D	Slide 19 – course - étapes de l'enfance

189.	*Les mauvaises habitudes de soins dentaires pendant la période de dentition mixte ne peuvent PAS conduire à : A. syndrome de Turner B. caries dentaires C. parodontite juvénile D. gingivite éruptive E. anomalies transitoires dentaires alvéolaires maxillaires	A	Slide 27 – course - étapes de l'enfance
190.	*HOME (hand-over-mouth exercise) représente une méthode qu'il est recommandé d'utiliser comme dernier recours aux: A. très jeunes enfants (1-2 ans) B. enfants non coopératifs (7-18 ans) C. enfants handicapés D. adultes E. jeunes enfants coopératifs	C	Stomatologie comportementală pg.163 Slide 31 – course - gestion du comportement
191.	*Parmi les méthodes de prévention et de contrôle de la douleur en dentisterie pédiatrique, il n'y a PAS les suivantes: A. hypnodontie B. technique Tell Show Do C. infiltration locale D. analgésie relative E. sédation	B	Stomatologie comportementală pg.163 Slide 24 – course - gestion du comportement
192.	*En dentisterie pédiatrique, le 4eme degré d'éruption clinique est considéré lorsque: A. la pointe cuspidienne/bord incisif perce (pénètre) la muqueuse B. 2/3 de la couronne est sortie C. 1/4 de la couronne est sortie D. 1/2 de la couronne est sortie E. la dent est complètement sortie	E	Elemente introductive în pedodontie, 69 Slide 7 – course - éruption dentaire
193.	*L'éruption des suivantes dents temporaires maxillaires se fait avant les dents mandibulaires : A. 5.1, 5.2 B. 5.3, 6.3 C. 1.4., 2.4 D. 5.2, 6.2 E. 5.5, 6.5	D	Practica Pedodontică, Pg.56 Slide 14 – course - éruption dentaire
194.	*Pour les dents temporaires, l'éruption retardée ne peut PAS être associée à: A. syndrome de Down B. syndrome de Turner C. rachitisme D. hypothyroïdie E. hyperthyroïdie	E	Slide 25 – course - éruption dentaire
195.	*Dans des conditions normales, la dentition temporaire humaine a: A. 18 dents B. 32 dents C. 20 dents D. 28 dents E. 30 dents	C	Slide 15 – course - éruption dentaire
196.	*La séquence normale d'éruption des dents permanentes de l'arcade maxillaire est la suivante :	E	Slide 21 – course - éruption dentaire

	A. 6-1-2-4-3-5-7-8 B. 1-6-2-4-3-5-7-8 C. 6-1-2-3-4-5-7-8 D. 1-6-2-3-4-5-7-8 E. 6-1-2-4-5-3-7-8		
197.	*Normalement, la canine permanente supérieure sort à : A. 7 ans B. 11 ans C. 9 ans D. 6 ans E. 13 ans	B	Elemente introductive în pedodonție, pg. 56 Slide 22 - course - eruption dentaire

Thème 18.

Le rôle des facteurs fonctionnels dans la formation de l'appareil dento-maxillaire

198.	*Les bourgeons maxillaires vont donner naissance à : A. lèvre supérieure B. le palais primaire C. septum nasal D. la partie supérieure de l'orbite E. os maxillaire	E	Zegan_2 013/14
199.	*L'ossification mandibulaire se réalise par : A. deux points B. un point C. sept points D. six points E. huit points	D	Zegan_ 2013/1 9
200.	L'absence de coalescence entre les bourgeons maxillaires et nasaux internes détermine la fente: A. médiane de la face B. de la lèvre C. de los alvéolaires D. du palais E. macrostomie	BCD	Zegan_ 2013/1 7
201.	La croissance de la base du crâne se fait par synchondrose : A. sphéno - ethmoïdale B. intra- sphénoïdale C. sphéno-occipitale D. intra-occipitale E. aucune variante correcte	ABCD	Zegan_ 2013/2 1
202.	La croissance mandibulaire se réalise par les centres de croissances : A. symphysaire B. angulaire C. coronoïde D. condylien E. dentaire	ABCD	Zegan_ 2013/2 2

203.	La croissance de l'os alvéolaire se réalise par : A. les ligaments dentoalvéolaires B. les sutures maxillaires C. les sutures mandibulaires D. noyaux de croissance E. centres de croissance	ABC	Zegan_2013/23
204.	La croissance de la voute palatine se fait par les sutures : A. incisivo-canine B. medio-palatine C. antérieure D. maxillo-palatine transverse E. postérieure	ABD	Zegan_2013/21
205.	*L'ossification maxillaire se réalise par : A. ossification membraneuse B. points d'ossification C. chondrogenèse D. enchondrale E. mixte	A	Zegan_2013/19
206.	*Ce n'est pas les déglutition anomalies: A. Deglutition infantile chez les nouveau-nés et les nourrissons (0 - 3 mois). B. La déglutition antérieure simple C. La déglutition antérieure complexe D. La déglutition sous-linguale E. La déglutition palatale .	A	Pag. 47**
207.	*Lesquels des exemples suivants ne sont pas les attitudes posturales ? A. Dormir sur le dos, avec la tête en hyperflexion B. Soutenir la tête d'une main sur le menton C. Le port du cartable avec une seule main D. Dormir avec la main sous la joue E. La succion du pouce .	E	Pag. 49**

** Zegan, Ortodontie si Ortopedie Dento-Faciale Tehnici Contemporane

Thème 19. Le développement de l'occlusion dentaire

208.	*La première augmentation d'occlusion est produite par l'éruption: A. premières molaires permanentes B. canines temporaires C. deuxième molaires temporaires D. premières molaires temporaires E. deuxième molaires permanentes	D	Dorobăt /pag39
209.	*La deuxième augmentation d'occlusion est produite par l'éruption: A. premières molaires permanentes B. canines temporaires C. deuxième molaires temporaires D. premières molaires temporaires	A	Dorobăt /pag45

	E. deuxièmes molaires permanentes		
210.	Les troubles d'éruption des dents permanentes et les déséquilibres occlusales dans la première étape de la dentition mixte sont causés par: A. éruption dentaire précoce / retardée B. formations praevia C. anomalies dentaires isolées D. le maintien de l'intégrité de l'arcade dentaire E. la persistance des dents temporaires	ABCE	Zegan/ pag40
211.	Deuxièmes molaires permanentes: A. ils font l'éruption vers l'âge de 10 ans B. déterminer la 3ème augmentation d'occlusion C. aucune rôle dans la réglementation de la relation centrique et de l'intercuspidation maximale D. provoque l'allongement de l'arcade dentaire E. les dents inférieures font l'éruption en avant de dents supérieures	BDE	Zegan/ pag47
212.	Les repères anormaux d'occlusion dans le sens sagittal dans la région frontale sont: A. inocclusion sagittale positif supérieur à 2 mm B. inocclusion sagittale négative C. mesiocclusion D. occlusion inversé frontale E. engrenage inversé frontale	ABDE	Zegan_ 2005/5 2
213.	La première mésialisation de la mandibule ne se fait pas par: A. acte de l'allaitement maternel B. attrition physiologique C. l'éruption des premières molaires temporaires D. l'éruption des incisives temporaires E. l'alimentation artificielle	BCDE	Doroba t/pg38
214.	*Le plan terminal : il correspond aux rapports des faces distales des: A. deuxièmes molaires permanentes maxillaires et mandibulaires. B. premières molaires temporaires maxillaires et mandibulaires. C. deuxièmes molaires temporaires maxillaires et mandibulaires. D. premières molaires permanentes maxillaires et mandibulaires. E. canines temporaires maxillaires et mandibulaires.	C	Bassig ny/pg1 2
215.	*L'occlusion dentaire permanente est caractérisé par les 6 clés d'occlusion normal après Andrews: A. la relation molaire de classe II. B. la présence de rotations C. Sans espaces interdentaires D. Courbe de Spee accentuée E. la relation molaire de classe III.	C	Pag. 78**
216.	À propos du plan postlactéal est vrai le suivant: A. est un plan imaginaire qui est distal aux deuxièmes molaires définitives supérieures et inférieures. B. est pathologique en ligne droite C. les plus courants sont les plans postlactéaux en ligne droite ou en escalier mezial D. en escalier distal est normal jusqu'à 4-6 ans E. en escalier distal est normal jusqu'à 6-8 ans.	C	Pag. 72**

Thème 20.
L'etiopathogenie des anomalies dento-maxillaires

217.	*Les phénomènes progressifs d'évolution phylogénétique de l'espèce humaine sont: A. réductions numériques dentaires B. l'augmentation de la dimension des canines C. éruption lente D. l'occlusion bout à bout E. proalvéolodentie inférieure.	A	Zegan_2 005/60
218.	*Les conséquences de l'hypersécrétion de l'hormone somatotrope sur le développement du maxillaire: A. macrognathie mandibulaire B. supraclusion C. éruption dentaire retardée D. encombrement dentaire E. microglosie	A	Zegan_ 2005/6 7
219.	Les manifestations cliniques suivantes sont trouvées chez le respirateur oral: A. faciès adénoïdien B. fente labiale ouverte C. la lèvre supérieure hypertonique D. endognathie E. mésialisation de la mandibule.	ABD	Zegan_ 2005/7 4
220.	L'habitude vicieuse de succion du pouce produit au niveau du maxillaire: A. proalvéolodontie supérieure B. endoalvéolie C. voûte palatine haute D. inoclusion sagittale E. prognathie mandibulaire	ABCD	Zegan_ 2005/p g 81
221.	*La perte prématuée de dents produit: A. accélération de l'éruption de la dent permanente B. la respiration orale C. nivellation du plan d'occlusion D. apparition précoce des espaces dento-alvéolaires E. accourcissement de l'arcade dentaire	E	Zegan_ 2005/8 4
222.	Le syndrome Goldenhar se caractérise par : A. asymétrie faciale B. symétrie faciale C. microstomie D. macrostomie E. obturation précoce du système sutural mandibulaire	ADE	Zegan_ 2013/4 1
223.	Les signes cliniques du syndrome de Down sont: A. faciès mongoloïde B. dentes surnuméraires C. microglosie D. micro-retrognathie maxillaire	ACDE	Doroba t/61

	E. occlusion inversé		
224.	*Nanisme hypophysaire est caractérisé par : A. macroglosie B. prognathie mandibulaire C. prognathie maxillaire D. micro-retrognathie maxillaire E. exognathie mandibulaire	D	Zegan_2013/4 3
225.	*Les facteurs locaux des anomalies dento-maxillaires sont : A. interposition de la langue B. respiration orale C. perte prématûrée des dents temporaires D. déglutition anormale E. mordre la lèvre supérieure	C	Zegan_2013/4 9
226.	*Le SYNDROME DE LANGDON-DOWN est produit par lequel des chromosomes suivants: A. 18 B. 21 C. 13 D. 13-15 E. 15.	B	Pag. 45**
227.	*Le syndrome d'Edwards détermine l'apparition de: A. hypoplasie du développement mandibulaire B. hypoplasie du développement de la base crânienne et du maxila C. hypoplasie du développement de la base crânienne et du développement mandibulaire D. hypoplasie du développement des sites naso-septal-ethmoïdaux E. hypoplasie du clivus et des arcs mandibulaires (corpus et ramus).	A	Pag. 45**

** Zegan, Ortodontie si Ortopedie Dento-Faciala Tehnici Contemporane

Thème 21. La classification des anomalies dento-maxillaires

228.	Les classifications suivantes appartiennent à l'école allemande: A. endognathie B. prognathie C. le syndrome d'occlusion croisée D. le syndrome de compression du maxillaire E. rétrogenie	CD	Dorobať/79
229.	*La classification suivante appartient à l'école allemande: A. le syndrome d'occlusion croisée B. endognathie C. prognathie D. infragnathie E. rétrogenie	A	Dorobať/79
230.	La classe II, division 1 présente: A. une vestibulo-version des incisives centrales supérieures B. linguo-version des incisives centrales supérieures.	AC	Bassig ny/pg36

	C. distoclusion des dents de 6 ans inférieures D. mésioclusion des dents de 6 ans inférieures E. aucune réponse correcte		
231.	Les modifications suivantes appartiennent au sens transversal: A. exoalvéolie B. proalvéolie C. retrodentie D. endognathia E. progénie	AD	Dorobă t/81
232.	Les modifications suivantes appartiennent au sens antéro-postérieur: A. endoalvéolie B. proalvéolie C. retrodentie D. endognathia E. progénie	BCE	Dorobă t/81
233.	La classification suivante appartient à l'école allemande: A. le syndrome d'occlusion croisée B. le syndrome de compression maxillaire C. retrognathie D. malocclusion de classe III E. prognathie	AB	Dorobă t/79
234.	Les modifications suivantes appartiennent au sens antéro-postérieur: A. endoalvéolie B. retrodentie C. infraalvéolie D. prognathie E. progénie	BDE	Dorobă t/81
235.	*Le préfixe PRO dans le sens antéro-postérieur signifie: A. trop en avant B. trop en arrière C. trop en haut D. trop en bas E. en dedans de la situation « normale »	A	Bassig ni/pg32
236.	*Le préfixe ENDO dans le sens transversal signifie: A. trop en avant B. trop en arrière C. trop en bas D. en dedans de la situation « normale » E. en dehors de la situation « normale ».	D	Bassig ny/pag 32
237.	*La classification d'Angle permet de décrire les relations d'arcades dans le sens: A. transversal B. antéro-postérieur C. vertical D. antéro-postérieur et vertical E. tous les trois.	B	Bassig ny/pag 35
238.	*Parmi les classifications des anomalies dento-maxillaires, on distingue les réponses suivantes sauf une : A. Anomalies dentaires de « forme » B. Anomalies dentaires de « position »	D	p. 157, 168**

	C. Anomalies dentaires de « volume » D. Anomalies dentaires de « teinte » E. Anomalies dentaires de « structure » .		
239.	*Les anomalies dentaires de « forme » peuvent être diagnostiquer cliniquement au niveau : A. Coronaires B. Tuberculaires C. Radiculaires D. Para-dentaires E. Toutes les réponses sont vraies .	E	p. 60**

** Zegan, Ortodontie si Ortopedie Dento-Faciale Tehnici Contemporane

Thème 22. L'examen radiologique dans l'orthodontie

240.	*Le point A Down sur le processus alvéolaire maxillaire est: A. le point le plus antérieur B. le point le plus postérieur C. le point le plus bas D. le point le plus bas et le plus postérieur E. le point le plus antérieur et le plus postérieur	B	Dorobăt /154
241.	*Le point B Down sur le processus alvéolaire mandibulaire est: A. le point le plus antérieur B. le point le plus postérieur C. b. le point le plus bas D. c. d. le point le plus bas et le plus postérieur E. le point le plus antérieur et le plus postérieur	B	Dorobăt /154
242.	Le triangle de Tweed est composée par: A. plan de Frankfort B. axe de l'incisive supérieure C. axe de l'incisive inférieure D. plan mandibulaire	ACD	Dorobăt /163
243.	La radiographie "bite wing "est utilisé pour diagnostiquer: A. dents incluses B. dents ectopiques C. dents en position vestibulaire D. rotation dentaire E. aucune réponse correcte	ABC	Dorobăt / 145-146
244.	Les signes radiologiques de la rotation mandibulaire antérieure sont: A. l'angle mandibulaire augmenté B. la courbure préangulaire prononcée C. branches montante descendantes D. canal dentaire droite E. canal dentaire angulé	AE	Dorobăt /149
245.	*Le point Orbital, Or (1, o), également appelé point sous-orbitaire, c'est le point : A. le plus antérieure de l'image du rebord orbitaire	B	Bassig ny/pag 57

	B. le plus inférieur de l'image du rebord orbitaire C. le plus postérieure de l'image du rebord orbitaire D. le plus supérieure de l'image du rebord orbitaire E. le plus inférieur et postérieure de l'image du rebord orbitaire		
246.	*Le plan de Francfort céphalométrique unit les points : A. Po-Or B. S-N C. S-Po D. Or-N E. N-Pog	A	Bassig ny/pag 57
247.	*Type de radiographie extra-oral utilisés dans l'orthodontie est: A. périapical B. bite-wing C. orthopantomographie D. téléradiographie lateral E. occlusal.	D	Pag. 118**
248.	*La radiographie dentaire intra-orales est: A. Radiographie du poing B. Tomographie de l'articulation temporo-mandibulaire C. Téléradiographie lateral D. Téléradiographie frontal E. Orthopantomographie.	E	Pag. 119**

** Zegan, Ortodontie si Ortopedie Dento-Faciala Tehnici Contemporane

Thème 23. La malocclusion classe II/1

249.	Quelles sont les signes cliniques rencontrés dans la malocclusion classe II1: A. "Long face" syndrome B. Typologie Dolichocephal C. Convex profile D. Concave profile E. Hypertonicite de la levre superieure	ABC	3, pag. 88
250.	Dans la classe II/1 malocclusion l'examen fonctionnel nous montre: A. Hypotonicite du mentalis muscles B. Hypertonicite du buccinators muscle C. Hypotonicite de la levre superieure D. Hypotonicite des narines nostrils E. Hypertonicite du mentalis muscle	BCDE	2, pag. 159
251.	Pour la malocclusion classe II1 Angle les suivantes cephalometric valeurs d'analyse Tweed sont augmentées: A. SNA angle B. SNB angle C. ANB angle D. AO-BO distance E. L'angle formé par les longs axes des incisives	ACD	3, pag. 88

252.	Pour la malocclusion classe II1 le traitement interceptif comprend : A. Identificaton des syndromes genetiques et endocrines B. Alimentation natural de le nouveau-ne C. Elimination des habitudes vicieuses D. Mesures prophylactiques et hygiene orale E. Prophylaxie du deficit des vitamines D et Calcium	AC	3, pag. 89
253.	*Quelles sont les traits cliniques qui ne sont pas encontres pour la malocclusion classe II1 ? A. Protruded upper incisors B. Profil concave C. Retrognathism mandibulaire D. Profil convexe E. Overjet augmente	B	3, pag. 88
254.	*Quelle sont les valeurs cephalometriques qui correspond pas avec le diagnostic de la malocclusion classe II1? A. SNA angle augmente B. SNB angle diminue C. SNB angle augmente D. ANB angle augmente E. FMA angle augmente	C	3, pag. 88
255.	*La plus frequente forme d'arcade pour la malocclusion classe II1 est is: A. Forme du "V" B. Forme du "M" C. Forme du "trapeze" D. Forme du "W" E. Forme du rectangle	A	3, pag. 88
256.	*Quelle sont les facteurs fausses pour l'etiopatogeny de la malocclusion classe II1? A. Heredite B. Genetique C. Endocrine D. Dysfonction orale E. Fentes palatinas	E	3, pag. 87
257.	*Quelle sont les signes fausses pour la definition de la malocclusion classe II1? A. Molar et cuspid distoocclusion B. Molar et canine mesioocclusion C. Over jet positif D. Deep bite E. Discrepances des bases squelettes et alveolaires	B	3, pag. 87
258.	*Dans la classe II/1 malocclusion on trouve: A. Retroclination des incisives superieurs B. Profil concave C. Prognathic mandibule D. Marche labiale inverse E. Over jet positif	E	3, pag. 88
259.	*Dans les malocclusions de classe 2 division 1, Le profil n'est pas : A. convexe B. rétrognathique C. l'escalier labial positif D. avec une prochéilie supérieure	E	**

	E. avec un angle goniaque fermé .		
260.	*L'éthiopathogénie de la classe II division ne présente pas la cause suivante : A. héréditaires (transmission familiale de la forme, de la dimension des maxillaires, de la configuration de la voûte palatine) B. génétiques (le syndrome de Marfan, de Pierre Robin) C. endocrines (le nanisme hypophysaire) D. dysmétaboliques (rachitisme, avitaminose de la vitamine D); dysfonctionnelles (la respiration orale, l'habitude nocive de succion, le syndrome lingual protrusif antérieur incomplet) E. locales .	E	**

** Zegar, L'ORTHODONTIE ET L'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE - Notes de Cours

Thème 24. La malocclusion classe II/2

261.	La malocclusion Class II/2 est caractérisée par : A. Occlusion distalisee B. Encombrement dentaire C. Overbite augmente D. Over jet augmente E. Tremes et diastèmes	ABC	3, pag. 90
262.	L'examen extraoral dans la malocclusion classe II/2 montre : A. Le visage court B. Le visage longue C. Le sillon du muscle mentalis profond D. Protrusion de la lèvre inférieure E. Incompétence labiale	AC	3, pag. 90
263.	Quelles sont les valeurs céphalométriques diminuées pour la malocclusion classe II/1 ? A. SNA angle B. SNB angle C. FMA angle D. ANB angle E. L'angle gonion	BCE	3, pag. 92
264.	Les formes possibles pour l'arcade supérieure dans la malocclusion classe II/2 sont: A. Trapeze B. Forme du "V" shape C. Rectangle D. Forme du "U" E. Forme du "M"	ACDE	3, pag. 91
265.	*On ne trouve pas dans la malocclusion classe II/2 : A. Occlusion couverte B. Occlusion distalisee C. Occlusion ouverte D. Inclinaison palatinale des incisives supérieures E. Courbe de Spee augmente	C	3, pag. 92

266.	*Quelle des suivantes caracteristiques fonctionnelles du malocclusion classe II2 are false? <ul style="list-style-type: none"> A. Hypertonicite du muscle mentalis B. Hypertonicite du muscle masseter C. Hypertonicite du muscle temporal D. Hypotonicite du muscle orbicularis oris E. Deglutition palatale 	D	3, pag. 91
267.	*Quelle affirmation sur la definition de la malocclusion classe II2 est false? <ul style="list-style-type: none"> A. Malocclusion classe II/2 est caracterisee par une discrepancy sagitale des bases oseuses B. Occlusion distalisee C. Deep bite D. Iclinaison labiale des incisives superieurs E. La base apicale maxillaire plus large que la base coronaire 	D	3, pag. 91
268.	*L'examen extraoral dans la malocclusion classe II2 montre : <ul style="list-style-type: none"> A. Long face syndrome B. Adenoid face C. Visage court D. Hypotonicite des levres E. Sillon labio-mentonier superficiel 	C	3, pag. 91

Thème 25. La malocclusion classe III

269.	Le diagnostic positif pour la malocclusion classe III est base sur: <ul style="list-style-type: none"> A. Profile concave B. Occlusion molaire et canine mesiale C. Occlusion inverse frontale D. Over jet positif E. Occlusion distalise 	ABC	3, pag. 93
270.	Le prognathism mandibulaire anatomique est caraterise par : <ul style="list-style-type: none"> A. Development excessiv mandibulaire dans le plan sagittal, transversal et vertical B. Court maxillaire, mandibule normale C. Position avance de la mandibule normale D. Court mandibule E. Arcade inferieure espacee 	AE	3, pag. 94
271.	Pour le prognathism mandibular anatomique on trouve les suivantes valeurs cephalometriques augmentees: <ul style="list-style-type: none"> A. SNA angle B. SNB angle C. ANB angle D. FMA angle E. Goniac angle 	BDE	3, pag. 94
272.	L'anomalie classe III scheletique a cause du retrognathism maxillaire est caraterisee par : <ul style="list-style-type: none"> A. Profile convexe 	BCD	3, pag. 97

	B. Maxillaire sous-developpe dans le sense sagittal, transversal et vertical C. Occlusion inverse laterale et frontale D. Marche labiale inverse E. Development excesiv de la mandibule		
273.	*L'etiopathogenie du prognatism mandibulaire fonctionel est: A. Developement excesiv de la mandibule B. Retrognatism maxillaire C. Fentes labiales D. L'absence d'attrition des canines temporaires ou malpositions dentaires E. Development excesif maxillaire	D	3, pag. 99
274.	*Quel signe Clinique n'est pas trouve pour les patients avec malocclusion classe III? A. Occlusion inveres B. Occlusion mesiale des molaires et canines C. Overjet positif augmente D. Profile concave E. Face paye	C	3, pag. 97
275.	*Pour les patients avec malocclusion classe III on trouve : A. Occlusion distale des molaires et canines B. Occlusion normale C. Hypertonicite du muscle mentalis D. Mesioocclusion des molaires et canines E. Hypotonicite du levre superieure	D	3, pag. 94

Thème 26. Le syndrome d'occlusion ouverte

276.	Le diagnostic du occlusion ouverte squeletique est base sur: A. Hauteur diminue du etage inferieur du visage B. Hauteur augmente du etage inferieur du visage C. Espace frontal et lateral entre les dents superieurs et inferieurs D. Augmentation du labial-mental sulcus E. Competence labiale ferme	BC	3, pag. 82
277.	L'occlusion ouverte fonctionnelle est caracterise par: A. Hauteur normale du etage inferieur du visage B. Hauteur augmente du etage inferieur du visage C. Normal labial-mental sulcus D. Deglutition anormale E. Rotation mandibulaire posterieure	ACD	3, pag. 82
278.	La difference entre la occlusion ouverte scheletique et fonctionnelle est determine par : A. La severite de la malocclusion B. Les differences de croissance vertical du visage inferieur C. Les valeurs d'angle FMA D. Transposition dentaires E. Anodontia	ABC	3, pag. 83

279.	Quelle sont les angle augmentes des patients avec occlusion ouverte scheletique? : A. FMA angle B. Gonion angle C. SNB D. Mandibulaire – occlusal plane angle E. L’angle entre cranial base planum (S-N) et le plan basal mandibular	ABDE	3, pag. 82
280.	Quelle caracteristiques ne sont pas trouvés dans le syndrome d’occlusion ouverte? A. Hauteur augmente du la tiers inferieure du visage B. Profile convexe C. Hypotonicite labiale D. competence labiale ferme E. Espace entre les dents da la zone laterale ou frontale		
281.	*Quelle affirmation est false par rapport a la diagnostic du occlusion ouverte scheletique ? A. The FMA (Frankfort mandibulaire plane angle) angle est augmente B. L’angle gonion est augmente C. L’angle SNA est augmente D. L’angle entre le plan d’occlusion et GoGn est diminue E. L’angle Kondilion est augmente	A	3, pag. 82
282.	*Quelle dysfonction n'est pas precise dans l'etiology du occlusion ouverte? A. Respiration orale B. Succion de pouce C. Interposition linguale D. Succion linguale E. Bruxism	E	3, pag. 81
283.	*Le syndrome d’occlusion ouverte est decrit comme un entite separe dans : A. La classification d’Angle B. La classification d’Ecole Francaise C. La classification d’Ecole Allemande D. La classification d’Ecole Roumaine E. La classification d’Ecole Anglaise	C	3, pag. 13

Thème 27

Anomalies du system dentaire

284.	Quelle sont des anomalies dentaires isolees? A. Mesiodens B. Dent incluses C. Diastema D. L’encombrement E. Transposition	ABE	3, pag. 63-80
285.	Quelles sont des anomalies dentaires de nombre? A. Oligodontia B. Macrodontia C. Dens in dente	AC	3, pag. 63-75

	D. Transposition E. Dent ectopique		
286.	Quelles sont des anomalies dentaires de position? A. Dent ectopique B. Version (inclinaison) C. Rotation D. Egression E. Impaction	BCD	3, pag. 69
287.	Quelles sont les anomalies ou la dent n'est pas sur sa place normale au niveau de l'arcade? A. Ectopie B. Rotation C. Impaction D. Transposition E. Ingression	ACD	3, pag. 63-75
288.	*Hypodontia signifie: A. Absence totale de dents B. L'absence de plus de 6 dents C. Dents supplémentaires D. L'absence de 1-6 dents E. La présence de 1-6 dents	D	3, pag. 64
289.	*Peridens est: A. Une dent supplémentaire sur la ligne médiane B. Une dent supplémentaire dans la zone latérale de l'arcade C. Des tubercules supplémentaires D. Synonyme avec l'anodontie E. Dent en rotation	B	3, pag. 63
290.	*Le dent inclus est: A. Present à l'exterior de l'arcade B. Absent C. Present à l'interior de l'arcade D. Present sur l'arcade, avec une forme anormale E. La dent est present au niveau de l'os	E	3, pag. 63-75
291.	*Quelle affirmation est fausse? A. Mesiodens est une dent supplémentaire B. La dent ectopique est present à l'exterior de l'arcade C. Inclinaison des dents signifie que deux dents ont changé leur place D. En macrodontie les dents sont larges E. La rotation est un mouvement circulaire	C	3, pag. 63-75

Thème 28

L'examen clinique dans l'orthodontie

292.	*L'examen clinique général apprécie : A. Le développement général B. Le profil C. La face D. Les téguments	A	p51 Zegan
------	--	---	--------------

	E. La respiration		
293.	*L'examen clinique general apprecie : A. La deglutition B. Le profile C. La face D. Les teguments E. La puberte	E	p51 Zegan
294.	*L'examen clinique general apprecie : A. La deglutition B. Le profile C. La face D. Les teguments E. La posture	E	p51 Zegan
295.	*L'examen fonctionnel établit la normalité ou anormalité des : A. Dents B. Lèvres C. Tissue mous D. Systèmes ganglionnaires E. Fonctions - respiration	E	p51 Zegan
296.	*L'examen fonctionnel établit la normalité ou anormalité des : A. Dents B. Lèvres C. Fonctions - déglutition D. Tissue mous E. Systèmes ganglionnaires F. Fonctions - respiration	C	p51 Zegan
297.	*L'examen fonctionnel établit la normalité ou anormalité des : A. Dents B. Lèvres C. Fonctions - mastication D. Tissue mous E. Systèmes ganglionnaires F. Fonctions - respiration	C	p51 Zegan
298.	L'examen clinique general apprecie : A. Le development general B. La stature C. La posture D. Les teguments E. La respiration	ABC	p51 Zegan

Thème 29

L'analyse d'étude modèle dans l'orthodontie

299.	*Les points de reference utilises dans l'étude de modele sont: A. Le milieu du sillon de la première prémolaire supérieure B. Le milieu du sillon de la première prémolaire inférieure C. Le milieu du sillon de la seconde prémolaire supérieure D. Le milieu du sillon de la seconde prémolaire inférieure	A	p52 Zegan
------	--	---	--------------

	E. Le point de contact inter prémolaire supérieure		
300.	*Les points de reference utilises dans l'étude de modele sont: A. Le milieu du sillon de la première molaire supérieure B. Le milieu du sillon de la première prémolaire inferieure C. Le milieu du sillon de la seconde prémolaire supérieure D. Le milieu du sillon de la seconde molaire inferieure E. Le point de contact inter prémolaire inferieure	E	p52 Zegan
301.	*Les points de reference utilises dans l'étude de modele sont: A. Le milieu du sillon de la première molaire supérieure B. Le milieu du sillon de la seconde molaire supérieure C. Le milieu du sillon de la première prémolaire supérieure D. Le milieu du sillon de la seconde prémolaire inferieure E. Le point de contact inter molaire inferieure	D	p52 Zegan
302.	*Les points de reference utilises dans l'étude de modele sont: A. La fossette centrale de la première molaire supérieure B. Le milieu du sillon de la seconde molaire supérieure C. La fossette centrale de la première prémolaire supérieure D. La fossette centrale de la première molaire inferieure E. Le milieu du sillon de la seconde prémolaire inferieure	A	p52 Zegan
303.	*Les points de reference utilises dans l'étude de modele sont: A. La fossette centrale de la seconde molaire supérieure B. Le milieu du sillon de la seconde molaire supérieure C. Le point de contact vestibulaire inter prémolaire inferieur D. La fossette centrale de la première molaire inferieure E. Le milieu du sillon de la seconde prémolaire inferieure	C	p52 Zegan
304.	*Les points de reference utilises dans l'étude de modele sont: A. La fossette centrale de la seconde molaire supérieure B. Le milieu du sillon de la première prémolaire supérieure C. Le point de contact vestibulaire inter prémolaire supérieur D. La fossette centrale de la première molaire inferieure E. Le milieu du sillon de la seconde prémolaire inferieure	B	p52 Zegan
305.	Les points de reference utilises dans l'étude de modele sont: A. Le milieu du sillon de la première prémolaire supérieure B. Le point de contact vestibulaire inter prémolaire inferieur C. Le milieu du sillon de la seconde prémolaire supérieure D. Le milieu du sillon de la seconde prémolaire inferieure E. Le point de contact inter prémolaire supérieure	AB	p52 Zegan

Thème 30. Principes dans la thérapie orthodontique

306.	*Il n'est pas un principe de thérapie orthodontique A. Le principe économique B. Le principe curatif C. Le principe biologique D. Le principe étiologique E. Le principe fonctionnel	A	p127 Zegan
307.	*Il n'est pas un principe de thérapie orthodontique	C	p127

	A. Le principe de la stabilité B. Le principe curatif C. Le principe mécanique D. Le principe étiologique E. Le principe fonctionnel		Zegan
308.	*Il n'est pas un principe de thérapie orthodontique A. Le principe de la stabilité B. Le principe ergonomique C. Le principe esthétique D. Le principe étiologique E. Le principe fonctionnel	B	p127 Zegan
309.	*Il n'est pas un principe de thérapie orthodontique A. Le principe de la rapidité B. Le principe biologique C. Le principe esthétique D. Le principe étiologique E. Le principe fonctionnel	A	p127 Zegan
310.	*Il n'est pas un principe de thérapie orthodontique A. Le principe de la durabilité B. Le principe biologique C. Le principe esthétique D. Le principe étiologique E. Le principe dysfonctionnel	E	p127 Zegan
311.	*Il n'est pas un principe de thérapie orthodontique A. Le principe de la durabilité B. Le principe biologique C. Le principe inesthétique D. Le principe étiologique E. Le principe fonctionnel	C	p127 Zegan
312.	Il n'est pas un principe de thérapie orthodontique A. Le principe de la durabilité B. Le principe biologique C. Le principe inesthétique D. Le principe étiologique E. Le principe dysfonctionnel	CE	p127 Zegan

Thème 31. Les appareilles orthodontiques amovibles

313.	*Les éléments composants des appareils orthodontiques amovibles sont : A. Les éléments d'ancrage B. Les bagues orthodontiques C. Les élastiques intermaxillaires D. Les élastiques intermaxillaires E. Les braquets	A	p103 Zegan
314.	*Les éléments composants des appareils orthodontiques amovibles sont : A. Les chainettes élastiques	C	p103 Zegan

	B. Les bagues orthodontiques C. Les crochets D. Les élastiques intermaxillaires E. Les braquets		
315.	*Les éléments composants des appareils orthodontiques amovibles sont : A. Les chainettes élastiques B. Les bagues orthodontiques C. Les tractions extraorales D. Les élastiques intermaxillaires E. Les arcs vestibulaires	E	p103 Zegan
316.	*Les éléments composants des appareils orthodontiques amovibles sont : A. Les chainettes élastiques B. Les vérins orthodontiques C. Les tractions extraorales D. Les élastiques intermaxillaires E. Les arcs en NiTi	B	p103 Zegan
317.	*Les éléments composants des appareils orthodontiques amovibles sont : A. Les chainettes élastiques B. Les arcs en boucle C. Les tractions extraorales D. Les élastiques intermaxillaires E. Les arcs en NiTi	B	p103 Zegan
318.	*Les elements composants des appareils orthodontiques amovibles sont : A. Les chainettes élastiques B. Les arcs en Stainless Steel C. Les plaques palatines D. Les élastiques intermaxillaires E. Les arcs en NiTi	C	p103 Zegan
319.	Les elements composants des appareils orthodontiques amovibles sont : A. Les crochets d'ancrage B. Les arcs en Stainless Steel C. Les plaques palatines D. Les elastiques intermaxillaires E. Les arcs en NiTi	AC	p103 Zegan

Thème 32. Les appareilles orthodontiques fonctionnelles

320.	*Le bionator de Balters de type I est indiqué dans le traitement de la : A. Malocclusion de classe III1 d'Angle B. Malocclusion de classe II2 d'Angle C. Malocclusion de classe III d'Angle D. Malocclusion de classe I d'Angle E. Encombrement dentaire	A	p115 Zegan
321.	*Le bionator de Balters de type II est indiqué dans le traitement de la : A. Malocclusion de classe III1 d'Angle B. Syndrome lingual protrusif antérieur complet C. Malocclusion de classe III d'Angle	B	p116 Zegan

	D. Malocclusion de classe I d'Angle E. Encombrement dentaire		
322.	*Le bionator de Balters de type III est indiqué dans le traitement de la : A. Malocclusion de classe II1 d'Angle B. Syndrome lingual protrusif antérieur complet C. Malocclusion de classe III d'Angle D. Malocclusion de classe I d'Angle E. Encombrement dentaire	C	p116 Zegan
323.	*Le régulateur Frankel type I est indiqué dans la correction de : A. Malocclusion classe II1 B. Syndrome lingual protrusif antérieur complet C. Malocclusion de classe III d'Angle D. Malocclusion de classe I d'Angle E. Encombrement dentaire	A	p116 Zegan
324.	*Le régulateur Frankel type II est indiqué dans la correction de : A. Malocclusion classe II1 B. Syndrome lingual protrusif antérieur complet C. Malocclusion de classe III d'Angle D. Malocclusion de classe II2 d'Angle E. Encombrement dentaire	D	p116 Zegan
325.	*Le régulateur Frankel type III est indiqué dans la correction de : A. Malocclusion classe II1 B. Syndrome lingual protrusif antérieur complet C. Malocclusion de classe III d'Angle D. Malocclusion de classe II2 d'Angle E. Encombrement dentaire	C	p116 Zegan
326.	Les éléments composants du régulateur Frankel type I sont A. Pelotes acryliques B. Bandeau vestibular superior C. Arc transpalatin D. Arc en boucle E. Arc NiTI	ABC	p117 Zegan

Thème 33. La contention et la récidive dans l'orthodontie

327.	*La contention représente : A. La phase terminale du traitement orthodontique B. La phase initiale du traitement orthodontique C. La phase terminale du diagnostic orthodontique D. La phase moyenne du traitement orthodontique E. La phase terminale du diagnostic orthodontique	A	p132 Zegan
328.	*La contention représente : A. La phase terminale du traitement orthodontique B. La phase active du traitement orthodontique C. La phase terminale du diagnostic orthodontique D. La phase moyenne du traitement orthodontique E. La phase terminale du diagnostic orthodontique	A	p132 Zegan

329.	*La recidive est : A. La tendance des dents de rester incluses B. La tendance des dents de revenir dans leurs positions initiales C. La tendance des dents de se déplacer pendant le traitement orthodontique D. La phase terminale du traitement orthodontique E. La phase active du traitement orthodontique	B	p132 Zegan
330.	*La recidive est : A. La tendance des dents de rester incluses B. La tendance des dents de revenir dans leurs positions finales C. La tendance des dents de se déplacer pendant le traitement orthodontique D. La tendance des dents de revenir dans leurs positions initiales E. La phase active du traitement orthodontique	D	p132 Zegan
331.	*Parmi les causes de la recidive on peut enumere : A. Le traitement avec appareils amovibles B. Le traitement avec appareils fonctionnels C. Le traitement avec appareils fixes D. La carie dentaire E. La persistance des facteurs étiologiques	E	p132 Zegan
332.	*Parmi les causes de la recidive on peut enumere : A. Les tissus parodontaux B. Le traitement avec appareils fonctionnels C. Le traitement avec appareils fixes D. La carie dentaire E. L'inflammation gingivale	A	p132 Zegan
333.	Parmi les causes de la recidive on peut enumere : A. La croissance condylienne B. Le traitement avec appareils fonctionnels C. Le traitement avec appareils fixes D. La carie dentaire E. La persistance des facteurs étiologiques	AE	p132 Zegan

Thème 34. Traitement de la carie dentaire

Bibliographie:

Cours Traitement de la carie dentaire - support de cours disponible sur la plateforme de e-learning de l'Université

Traitement de la carie dentaire TP - support de travaux pratiques disponible sur la plateforme de e-learning de l'Université

Cours Etiopathogénie de la Carie dentaire - support de cours disponible sur la plateforme de e-learning de l'Université

334.	Dans le procédé de traitement des caries dans le modèle médical qui vise à stimuler la sécrétion salivaire en utilisant les techniques et les matériaux suivants: A. alimentation cariogène qui stimule une plus vigoureuse mastication B. fluorisation systémique	CE	slide 15
------	--	----	----------

	C. la gomme à mâcher sans sucre D. fluorisation locale, E. médication qui stimule le flux salivaire		
335.	Dans les méthodes de traitement des caries par le modèle médical, la modification de plaque bactérienne a des raisons suivantes: A. réduire le nombre, l'intensité et la durée des attaques à l'acide B. augmenter la clearance de substances acides C. augmenter la résistance des tissus dure dentaire au déminéralisation D. diminuer la quantité de plaque bactérienne E. fournit le tampon de la plaque bactérienne	DE	13
336.	*Par brossage dentaire, la plaque bactérienne reste toujours jeune, avec un climax communauté qui se compose: A. S. sanguis et S. mutans B. S. mitis et lactobacili C. S. sanguis et S. mitis D. S. mitis et Actinomyces E. S. sanguis et Actinomyces	C	23
337.	Chez les patients présentant un risque élevé de caries, l'élimination mécanique de la plaque doit être rigoureusement et fréquemment avec une attention particulière: A. surfaces linguo-proximales des molaires mandibulaires B. surfaces linguo-proximales des prémolaires mandibulaires C. faces vestibulaire des frontaux maxillaires D. surfaces vesibulo-proximales des molaires maxillaires E. surfaces vesibulo-proximales des prémolaires maxillaires	ABDE	29
338.	Dans les agents antimicrobiens utilisés dans l'hygiène buccale, hexétidine est actif contre: A. Streptococcului mutans B. Lactobacililor C. Streptococcului mitis D. Streptococcului sobrinus E. Streptococcului sanguis	ADE	35
339.	Dans les agents antimicrobiens utilisés dans l'hygiène buccale, le xylitol agissant sur les Streptococcus mutans par les mécanismes suivants: A. stimule la synthèse des polysaccharides B. inhiber la glycolyse C. réduire la capacité d'adhérence en diminuant la synthèse de polysaccharides D. stimule la glycolyse E. augmenter la capacité d'adhérence, mais diminuer la synthèse de polysaccharides	BC	41
340.	Dans la conduite thérapeutique de la carie fissure attente est indiquée dans les situations suivantes: A. sillon sain chez les patients de moins de 20 ans sur les dents en éruption moins de 2 ans avant, avec de multiples caries présente et l'état général altéré B. dans le cas de sillon sain, dans tout groupe d'âge, sans carie active dans les dents en éruption, plus de deux ans C. un sillon colorée chez les patients moins de 20 ans sans signes radiologiques de carie dentinaire dans le dent respective	BE	58

	D. dans le cas de sillon colorée chez les patients plus de 20 ans, avec d'autres caries actives et des signes radiologiques de quelque caries dentinaires E. dans le cas de sillon colorée et décalcifiée chez les patients plus de 20 ans, motivent chez les nécessités des réunions de réévaluation, sans autre caries actives sans signes radiologiques de caries dentinaire		
341.	Dans le contrôle de la maladie carieuse, des restaurations transitoires suivent: A. enlèvement par des moyens peu traumatisant de dentine infecté B. étanchéité parfaite et une protection médicamenteuse d'organes pulpo-dentinaire C. rétablissement temporaire de morphologie fonctionnelle avec les matériaux bioactifs et cario-prophylactiques D. enlèvement par des moyens peu traumatisant de dentine affecté E. réduire le niveau de microbisme dans les caries arrêtées en évolutions	ABC	54
342.	*En clinique dentaire, l'agent d'élection indiqué dans le coiffage directe est : A. eugénate de zinc B. hydroxyde de calcium C. ciment IRM D. tout matériau qui assure l'étanchéité la couronne dentaire pour un mois E. ciment EBA	B	133
343.	Dans le cas de reset stratégique de biofilm orale, le bicarbonate de sodium est indiqué à utiliser pour les propriétés suivantes: A. reminéralise les lésions carieuses débutantes par la présence d'ions carbonate, B. des changements de pH oraux C. augmente la résistance des tissus durs dentaires en raison de l'ion sodium D. a une action antibactérienne E. les changements de la topographie occlusale par l'effet abrasif augmenté	BD	33
344.	*Dans le cas de reset stratégique de biofilm orale, se recommande des rinçages avec le digluconate de clorhexidine, comme suit: A. 8 ml. pendant 1 minute, 6 semaines, après quoi la solution de NaF est utilisé pendant 3 semaines, B. 1 ml. pendant 1 minute, 10 semaines, puis utiliser la solution NaF pendant 5 semaines, C. 5 ml. pendant 2 minute, 1 semaine, après quoi sont utilisées solutions avec NaF pour 2 semaines D. 1 ml. pendant 1 minute, 1 semaine, puis utiliser la solution NaF pour 1 semaine E. 10 ml. pendant 1 minute, 1 semaine, puis utiliser la solution NaF pour 3 semaines	E	35
345.	Le produit Remin Pro utilisé dans la réinitialisation stratégique de biofilm orale contient: A. CPP-ACP (peptide caséine-phosphate et phosphate de calcium amorphe) B. fluorure	BCD	40

	C. phosphate de calcium D. xylitol E. nanohidroxiapatite		
346.	Les propriétés caractéristiques de xylitol sont: A. contrôlé le Mutans Streptococci B. réduire la quantité de biofilm C. la consommation régulière augmente la consistance et l'adhérence de biofilm D. pendant longtemps est inhibé la développement de lactobacilles E. il est utilisé comme un substrat fermentescible de toutes les espèces microbiennes, ce qui entraîne dans les quantités accrues d'acide	ABD	41
347.	Un agent de scellement de sillon est indiqué dans les situations cliniques suivantes: A. sillon colorée et décalcifié, chez le patient de plus de 20 ans, sans caries actives, avec des signes radiologiques de carié dentinaire B. sillon colorée chez les patients de moins de 20 ans sans signes radiologiques de la carie dentinaire sur la dent respective C. fis sillon colorée et décalcifié, chez le patient de plus de 20 ans, sans caries actives sans signes radiologiques de la carie dentinaire D. sillon colorée chez les patients de moins de 20 ans, avec signes radiologiques de la carie dentinaire sur la dent respective E. sillon sain chez les patients de moins de 20 ans, sur les dents en éruption de moins de 2 ans avant, avec plusieurs caries dans la bouche et l'état général affectés	BCE	67
348.	*Les désavantages des systèmes adhésifs auto-mordance mono-composant comprennent : A. mordançage supérieure de l'email B. temps de travail prolongées C. hydrolyse très rapide (dans le récipient) D. le pH basique, ce qui conduit à la perméabilisation de l'eau E. pH neutre, ce qui conduit à la formation de infiltration entre l'adhésif et le composite	C	138
349.	*Par la technique de mordançage sélectif: A. est mordance seul le bord de l'email par l'acide phosphorique pendant 15 secondes B. sont mordances l'email et la dentine par l'acide phosphorique pendant 15 secondes C. sont mordances l'email et la dentine par l'acide phosphorique pendant 30 secondes D. est mordance seul le bord de l'email par l'acide phosphorique pendant 60 secondes E. un système adhésif auto-mordance est appliquée uniquement sur la dentine	A	141
350.	*En clinique dentaire, l'agent d'élection indiqué dans le coiffage directe est : A. eugénate de zinc B. ciment IRM C. tout matériau qui assure l'étanchéité la couronne dentaire pour un mois D. hydroxyde de calcium E. ciment EBA	D	slide 133

351.	<p>*Dans le procédé de traitement des caries dans le modèle médical qui vise à stimuler la sécrétion salivaire en utilisant les techniques et les matériaux suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. alimentation cariogène qui stimule une plus vigoureuse mastication B. la gomme à mâcher sans sucre C. fluorisation systémique D. fluorisation locale, E. médication qui diminuer le flux salivaire 	B	slide 15
352.	<p>*Par brossage dentaire, la plaque bactérienne reste toujours jeune, avec un climax communauté qui se compose:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. S. sanguis et S.mutans B. S.mitis et lactobacili C. S. mitis et Actinomyces D. S. sanguis et S.mitis E. S.sanguis et Actinomyces 	D	slide 23
353.	<p>*Dans le cas de reset stratégique de biofilm orale, se recommande des rinçages avec le digluconate de clorhexidine, comme suit:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. 8 ml. pendant 1 minute, 6 semaines, après quoi la solution de NaF est utilisé pendant 3 semaines, B. 1 ml. pendant 1 minute, 10 semaines, puis utiliser la solution NaF pendant 5 semaines, C. 10 ml. pendant 1 minute, 1 semaine, puis utiliser la solution NaF pour 3semaine D. 5 ml. pendant 2 minute, 1 semaine, après quoi sont utilisées solutions avec NaF pour 2 semaines E. 1 ml. pendant 1 minute, 1 semaine, puis utiliser la solution NaF pour 1 semaine 	C	slide 35
354.	<p>*Les désavantages des systèmes adhésifs auto-mordance mono-composant comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. mordançage supérieure de l'émail B. hydrolyse très rapide (dans le récipient) C. temps de travail prolongées D. le pH basique, ce qui conduit à la perméabilisation de l'eau E. pH neutre, ce qui conduit à la formation de infiltration entre l'adhésif et le composite 	B	slide 138
355.	<p>*Par la technique de mordançage sélectif:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. sont mordances l'émail et la dentine par l'acide phosphorique pendant 15 secondes B. sont mordances l'émail et la dentine par l'acide phosphorique pendant 30 secondes C. est mordance seul le bord de l'émail par l'acide phosphorique pendant 15 secondes D. est mordance seul le bord de l'émail par l'acide phosphorique pendant 60 secondes E. un système adhésif auto-mordance est appliquée uniquement sur la dentine 	C	slide 141

Thème 35. Etiopathogenie de la carie dentaire

Bibliographie:

Cours Traitement de la carie dentaire - support de cours disponible sur la plateforme de e-learning de l'Université

Traitement de la carie dentaire TP - support de travaux pratiques disponible sur la plateforme de e-learning de l'Université

Cours Etiopathogénie de la Carie dentaire - support de cours disponible sur la plateforme de e-learning de l'Université

356.	<p>La maladie carieuse:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. est considérée comme une maladie infectieuse B. est irréversible même dans les premiers stades de lésions C. affecte non spécifiquement toute surface dentaire exposée à l'environnement oral D. est un processus dynamique E. a toutes les caractéristiques énumérées ci-dessus 	AD	slide 2
357.	<p>pH salivaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. est normalement maintenue à des valeurs proches de la neutralité B. est identique au pH de la plaque bactérienne C. n'est pas affectée par la nourriture D. est 5,5 en repos chez les patients ayant une carioactivité réduit E. varie en fonction de l'âge et la santé générale 	AE	24
358.	<p>*La plupart de la capacité tampon salivaire est fourni par :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. système peroxydase-tiocianate B. système bicarbonate C. lysozyme D. glycoprotéines salivaire E. ions de calcium 	B	24
359.	<p>Lysozyme salivaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. inhiber la précipitation de phosphate de calcium dans l'émail et substituts dentaire B. a été couplé avec divers anions salivaire pour former un complexe qui se lie à la paroi cellulaire bactérienne C. activé auto -lysines qui détruire la paroi cellulaire bactérienne D. peut provoquer une agrégation bactérienne E. stimule le métabolisme intermédiaire glucidique bactérien 	BCD	47
360.	<p>Dans les composés organiques salivaires avec une activité prépondérante antibactérienne sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. lactoferrine B. peroxydase C. glycocalix D. énolase E. immunoglobulines A sécrétaires 	ABE	46,48
361.	<p>Immunoglobulines A- sécrétaires dans la salive inhibe adhésion bactérienne par la capacité:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. de stimuler la glycolise bactérienne B. à se lier à de surface des adhésines bactériennes C. pour neutraliser la charge négative de la surface bactérienne D. à neutraliser l'action des enzymes (GTF) E. pour stimuler la co-agrégation 	BCD	50

362.	Dans composés organiques salivaires qui jouent un rôle majeur dans la reminéralisation comprennent: A. statérine B. protéines riches en proline C. histamines D. cistatines E. amyloses	ABCD	41-45
363.	Anhydrases carbonique salivaire participe à: A. déshydratation de cytoplasme bactérien B. transformation de l'acide carbonique pour origine bactérienne d'acide lactique C. la production de bicarbonate dans la salive D. la dégradation enzymatique de la paroi bactérienne E. catalysant la conversion de bicarbonate salivaire et des ions d'hydrogène d'origine bactérienne dans oxyde de carbone et eau	DE	38
364.	La capacité tampon salivaire: A. est plus faible chez les hommes que chez les femmes B. augmente au cours des derniers mois de la grossesse C. diminue la ménopause D. augmente avec le débit salivaire E. peut être affectée par des altérations de la santé	CDE	24
365.	La pellicule acquise : A. est un biofilm organique acellulaire couvrant l'email des dents éclaté B. résulte dans la dégénérescence d'ameloblaste de la fin de processus de la minéralisation de l'email C. joue un rôle dans la réduction de solubilité hydroxyapatite dans l'acide D. est formé par adsorption sélective des protéines salivaires E. la médiation de la colonisation des tissus dentaires par des micro-organismes oraux	ACDE	91
366.	Les zones cariosusceptibles dentaire sont: A. sillons B. fossettes C. points cuspidiennes D. zones situées sous convexité accentuées E. tous des zones mentionnés ci-dessus	ABD	48
367.	Dans l` étape de maturé pre-éruptive: A. la teneur en matière organique de la dent augmenté B. des cristaux déjà formé croissent en taille C. apporte de fluorure est pas pertinent D. le rapport optimal de calcium / phosphore est important E. échange d'ions entre l'email et les liquides des tissus environnants ne peut pas influencer la cario-résistance	BD	53
368.	La perméabilité de la dentine varie en fonction de: A. position d'arcade B. d'âge de dent C. l'emplacement dans divers zones de la dentine coronaire D. rapport tubules/espace intertubulaire E. tous les facteurs énumérés ci-dessus	BCD	79
369.	*La dentine secondaire est:	B	80

	A. dentine formée comme un réponse à un stimulus environnemental par odontoblaste primaire B. dentine physiologique formé par odontoblaste après l'éruption des dents C. dentine réparatrices formé par une cellule nouvelle « odontoblaste-like » D. dentine avec tubules obtures, sclérosé E. dentine veste, situé à la jonction d`émail		
370.	Selon la classification de l'OMS, du point de vue de la profondeur et du tissu endommagé, D3 représente: A. lésion dans l`émail détectable clinique avec des surfaces intacte B. lésion dans l`émail détectable clinique avec des surfaces cavitaire C. lésion dans la dentine détectable clinique D. lésion avec affection pulpaire E. lésion secondaire	C	172
371.	*pH salivaire: A. est normalement maintenue à des valeurs proches de la neutralité B. est identique au pH de la plaque bactérienne C. n`est pas affectée par la nourriture D. est 5,5 en repos chez les patients ayant une carioactivité réduit E. ne varie pas en fonction de l`âge et la santé générale	A	slide 24
372.	*La plupart de la capacité tampon salivaire est fourni par : A. système peroxydase-tiocianate B. lysozyme C. glycoprotéines salivaire D. ions de calcium E. système bicarbonate	E	slide 24
373.	*La dentine secondaire est: A. dentine formée comme un réponse à un stimulus environnemental par odontoblaste primaire B. dentine réparatrices formé par une cellule nouvelle « odontoblaste-like » C. dentine avec tubules obtures, sclérosé D. dentine physiologique formé par odontoblaste après l'éruption des dents E. dentine veste, situé à la jonction d`émail	D	slide 80
374.	*Selon la classification de l'OMS, du point de vue de la profondeur et du tissu endommagé, D3 représente: A. lésion dans l`émail détectable clinique avec des surfaces intacte B. lésion dans l`émail détectable clinique avec des surfaces cavitaire C. lésion avec affection pulpaire D. lésion secondaire E. lésion dans la dentine détectable clinique	E	slide 172

ENDODONTIE FR

Bibliographie:

1. Anca Melian, Mihaela Salceanu, Endodontie Clinique, Maison d'édition "Gr.T.Popă", U.M.F. Iași, 2014

2. J.C.Hess. Enseignement d'Odontologie Conservatrice. Clinique Endodontique,tome 3. Pathologie et Therapeutique Pulpo-Dentinaires. Maloine s.a.Editeur Paris, 1985
3. Cours Endodontie - support de cours disponible sur la plateforme de e-learning de l'Université

Thème 36.
Formes anatomo-cliniques: pulpites réversibles et irréversibles

375.	Les suivantes affirmations sont vraies dans les pulpite ulcéreuse chronique: A. la pulpe présente une surface ulcérée B. la pulpe est ouverte dans la cavité buccale C. elle évolue plutôt chez l'adulte âgé D. le plafond de la chambre pulpaire est ouvert partiellement (une ou deux cornes) E. elle évolue chez le jeune	ABC	54(2)
376.	Selon Hess les pulpites aigues sont divisé: A. pulpite primaire partielle B. pulpite ouverte C. pulpite secondaire D. pulpite fermée simple E. pulpite primaire totale	ACE	31(2)
377.	Du point de vue physiopathologique dans une pulpite chronique fermée: A. la pulpite chronique fermée s'accompagne de dégénérescences au niveau de l'ensemble pulpo-dentinaire B. la pulpite chronique fermée s'accompagne de dégénérescences au niveau du parodonte C. les modifications calciques peuvent s'étendre au-delà de l'apex, dans l'os alvéolaire D. Il peut exister des énostoses périapicales d'origine pulpaire E. Les réponses aux tests de vitalité sont normale	ABCD	53(2)
378.	Dans une pulpite chronique fermée aux niveau de la tissu pulpaire nous pouvons rencontrer: A. la dégénérescence vacuolaire des odontoblastes et l'oedème cellulaire B. un début de passage de sérum et de cellules sanguines vers les espaces intervasculaires C. une infiltration leucocytaire (diapédèse,phagocytose) D. une congestion avec une abces pulpaire E. dans le protoplasme de nombreuses vacuoles, volumineuses ou petites	AE	51(2)
379.	Les pulpites chroniques sont de deux ordres: A. pulpites chroniques partieles ouvertes B. pulpites chroniques indirectes ouvertes C. pulpites chroniques fermées D. pulpites chroniques partielles fermées E. e. pulpites chroniques ouvertes	ABD	49(2)
380.	*Les conditions de conservation vivante de la pulpe dépendent de cinq facteurs essentiels : A. l'âge de la pulpe	C	49(2)

	B. l'origine de la pulpite (coronaire ou apicale) C. les particularité de l'espace endodontic et les nombre des racines D. la durée de l'action de l'agent pathogène E. e. le siège et le niveau clinique de la lésion causale		
381.	*Comme localisation la douleur peut être: A. le malade peut être capable de localiser la douleur et de désigner exactement la dent en cause B. la douleur est irradiée ou projetée aux dents contiguës, aux antagonistes ou aux régions voisines C. Les irradiations ont lieu vers le menton (incisives inférieures), l'oreille (prémolaires et molaires inférieures) D. Les irradiations ont lieu vers le nez (incisives supérieures), l'oeil (canines supérieures), la tempe (prémolaires et molaires supérieures) E. La pulpite ne peut pas déclencher une véritable névralgie faciale	E	41(2)
382.	*Comme intensité la douleur c'est caractérisé: A. le malade peut seulement prendre conscience d'une dent qu'habituellement il ne sent pas B. la douleur peut être variable : subaiguë, aiguë, suraiguë ou paroxystique C. dans les pulrites subaigues, elle peut revêtir une intensité telle qu'elle arrache des cris au patient D. dans les pulrites suraigues il existe un aspect plus aigu de la douleur E. contrairement à la douleur desmodontique ou osseuse, la douleur de pulpite c'est réagit aux antalgiques	C	40(2)
383.	*Du point de vue morphopathologique, dans la pulpite chronique ouverte ulcéreuse, les fibres nerveuses du parenchyme pulpaire sont en nombre réduit et l'on observe sur une section axiale leur présence à commencer avec : A. la première couche; B. la deuxième couche; C. la troisième couche; D. la quatrième couche; E. la cinquième couche.	C	83(3)
384.	*A l'inspection, dans la pulpite chronique ulcéreuse ouverte, on observe: A. la présence de tissu de granulation bourgeonnant dans la cavité B. palpation superficielle avec la sonde est indolore C. la présence d'une cavité carieuse profonde, avec ouverture large de la chambre pulpaire D. le sondage en profondeur provoque douleurs et saignements E. percussions axiale et transversale sont négatives	C	
385.	*Le granulome interne de Palazzi. Choisissez la mauvaise réponse. A. est une pulpite chronique ouverte de type polype B. peut évoluer en fracture coronaire ou coronaire C. est une pulpite chronique fermée hyperplasique D. peut être localisé coronaire et/ou radiculaire E. le diagnostic peut être basé sur la radiographie	A	
386.	*Les caractéristiques communes des pulrites chroniques fermées sont, à une exception près:	C	

	<p>A. elles se développent dans les conditions d'une chambre pulpaire fermée</p> <p>B. le processus inflammatoire est lent</p> <p>C. montre des images radiographique bien délimitées</p> <p>D. la plupart ont une évolution cliniquement asymptomatique</p> <p>E. les modifications de la pulpe sont caractérisées par la présence de tissu de granulation</p>		
--	---	--	--

Thème 37.

Nécrose pulpaire aseptique et septique (gangrène)

387.	<p>*Dans la pulpe de gangrène, sur le RX on peut parfois voir :</p> <p>A. un élargissement de l'espace péri apical</p> <p>B. une image radio-transparente diffuse apical</p> <p>C. une image radio-transparente circonscrite apical</p> <p>D. transparence accrue du canal radiculaire et une éventuelle rétrécissement du lumen radiculaire</p> <p>E. une rhizalyse dentaire</p>	D	55(3)
388.	<p>L'etiology de la nécrose pulpaire est :</p> <p>A. une température qui dépasse les limites de tolérance tissulaire</p> <p>B. maladies du parodonte (poche très profonde)</p> <p>C. grosse carie (profonde)</p> <p>D. les traumatismes sévère ou faibles mais répétés</p> <p>E. certains produits dentaires qui ne sont pas biocompatible</p>	ADE	7-9 (3)
389.	<p>*Dans une gangrene les produits intermédiaires de la dégradation des protéines sont :</p> <p>A. on trouve quelques lacunes de Howship</p> <p>B. un substrat endocanalaire, comportant des éléments nutritionnels (carbone, sels minéraux, diverses enzymes)</p> <p>C. la putrescine et la cadvérine, qui sont responsables de l'odeur nauséabonde qui se dégage du canal lors de l'ouverture.</p> <p>D. un tissu conjonctif épais, avec des vaisseaux sanguins très dilatés</p> <p>E. une couche de tissu de granulation</p>	C	46
390.	<p>Les phrases suivantes sont vraies en ce qui concerne la flore bactérienne dans une gangrène ouverte pulpaire:</p> <p>A. dans la flore on retrouve les streptocoques (hémolytiques, viridans) les entérocoques (faecalis et liquefaciens).</p> <p>B. les anaérobies constituent l'essentiel de la flore (près de 50 %)</p> <p>C. est sensiblement la même que la flore buccale</p> <p>D. on retrouve le peptostreptococci,les microcoques,les bactéries Gram+, les bactéries Gram-</p> <p>E. e. la flore, principalement aérobie vers la chambre pulpaire, devient anaérobie facultative dans la profondeur des canaux</p>	ACE	35,36 (3)
391.	<p>Les phrases suivantes sont vraies dans une gangrène pulpaire:</p> <p>A. la gangrène pulpaire peut être primaire ou secondaire</p> <p>B. sous le tissu granuleux on trouve un tissu inflammatoire souvent atteint de dégénérescence graisseuse, fibreuse et calcique</p> <p>C. la pulpe apparaît sous l'aspect d'un putrillage noir très nauséabond</p>	ACE	25-31(3)

	D. le pouls pulpaire est peu modifié E. e. peut être partielle ou totale sur les dents multiradiculaires		
392.	Dans la nécrose pulpaire provoquée par des facteurs mécaniques, elle se produit initialement: A. dépolymérisation active avec interruption de la continuité des vaisseaux sanguins B. dégénérescence des fibres nerveuses C. stockage massif de fibrinogène dans les vaisseaux D. une fragmentation cellulaire E. suppression du dessin structurel de la pâte	BD	8 (3)
393.	*Dans une gangrène fermée l'aspect de la pulpe : A. une surface plus ou moins profondément ulcérée B. putrillage noir très nauséabond C. mou, saignant facilement, rose foncé D. bien plus clair, ferme, lisse et saignant peu E. e. une masse grisâtre peu humide ou sèche	E	49(3)
394.	*Selon HESS, la dyschromie dans une gangrène est due : A. transformation de l'hémoglobine en hématoïdine lors de la putréfaction B. thyroxine qui en présence d'oxydase va s'oxyder et colorer la dentine C. l'imprégnation dentinaire par les produits de décomposition des pigments sanguins D. percolation d'une ancienne obturation E. l'ammoniac qui agit sur le fer de l'hémoglobine	C	53(3)
395.	*Le diagnostic différentiel de la nécrose septique ne peut être fait avec: A. Nécrose aseptique B. gangrène compliquée C. Pulpite chronique ouverte ulcéruse D. Parodontite apicale chronique E. Parodontite apicale hyperémique	E	
396.	*Le diagnostic différentiel dans la nécrose pulpaire aseptique ne se fait pas avec : A. La gangrène pulpaire simple; B. La pulpite chronique ouverte; C. La pulpite chronique fermée; D. La fracture dentaire; E. La parodontite apicale chronique.	D	
397.	*Les signes de gangrène simple sont : A. Test de vitalité négative ; B. La sensibilité et du saignement sur le canal ; C. La chambre pulpaire fermée ; D. Dent dont la couleur n'est pas modifiée ; E. Modifications périapicales sur la radiographie.	A	

Thème 38

Parodontites apicales aiguë et chroniques

398.	Quelles informations faisant référence à l'inflammation du tissus périapicaux , sont vraies : A. il a un aspect aigu ou chronique B. il peut être causé par des facteurs locaux et généraux d'une inflammation de la pulpe C. c .il s'agit principalement d'une complication d'une inflammation pulpaire cantonne au niveau périapicaux D. il a les caractéristiques d'une ostéite E. e.il ne montre qu'un aspect aigu	ABCD	4-6 (3)
399.	Les phrases suivantes sont vraies en ce qui concerne la parodontite apicale aiguë primaire abcédée : A. elle correspond à une suppuration localisée du périapex B. la douleur est provoquée par des stimulus termique et de sucré C. une réponse négative aux tests de sensibilité pulpaire D. c'est le stade le plus douloureux E. Le contact de la dent est intolérable et la percussion doit être évitée	ACDE	56(3)
400.	*La deuxième phase dans l'évolution de l'inflammation du parodonte dans la parodontite apicale aiguë au stade d'hyperémie : A. est nommée „le temps muet“ ; B. est caractéristique par les manifestations vasculaires ; C. est la phase d'altération tissulaire primaire cliniques ; D. est une hypérémie de type passif ; E. dure entre quelques heures et quelques jours.	B	106(3)
401.	*Parmi les parodontites apicales chroniques à image contournée peuvent être énumérées les suivantes à l'exception de : A. la parodontite apicale chronique fibreuse ; B. granulome simple conjonctif : C. granulome épithélial ; D. granulome de type kystique ; E. la parodontite apicale chronique condensante.	E	114(3)
402.	*Le trait essentiel de la parodontite apicale chronique condensante est : A. image radiologique diffuse, aux espaces intertrabéculaires étroits ; B. image radiologique d'ostéite circonscrite, radiotransparente ; C. rétrécissement de l'espace périapical ; D. la réponse faible positive aux tests de vitalité ; E. e. la percussion dans l'axe est positive.	C	124(3)
403.	*La zone périphérique du granulome périapical a aussi la dénomination de : A. la zone de stimulation ou encapsulation (fibrose périphérique) ; B. la zone exsudative ; C. la zone d'irritation ; D. la zone de nécrose ; E. la zone de guérison.	A	119(3)
404.	À propos du granulome simple conjonctif on peut affirmer : A. c'est une ostéite apicale chronique ; B. c'est une parodontite apicale chronique ; C. c'est aussi nommé granulome interne de Palazzi ; D. morphopathologiquement présente 4 zones ; E. le plus concluent est l'examen radiologique.	ABDE	117(3)
405.	*Parmi les parodontites apicales chroniques à image contournée peuvent être énumérées les suivantes à l'exception de :	E	

	A. La parodontite apicale chronique fibreuse ; B. Granulome simple conjonctif : C. Granulome épithéial ; D. Granulome de type kystique ; E. La parodontite apicale chronique condensante.		
406.	*Les signes objectifs dans le granulome simple conjonctif ne sont pas représentés par : A. La douleur est exacerbée au chaud dans les phases d'acutisation; B. À l'inspection la dent présente une obturation vieille; C. La présence d'un processus carieux qui intéresse aussi la chambre pulpaire; D. Parfois, au niveau coronaire on n'observe pas de lésions; E. Tests de vitalités négatives.	A	
407.	*L'examen radiologique initial dans les parodontites apicales chroniques ne donne pas des renseignements sur : A. La forme, les dimensions et la structure de la lésion périapicale ; B. Des traitements endodontiques et l'appréciation de leur qualité ; C. Des fractures radiculaires ; D. Des voies fausses ; E. Le caractère de la douleur.	E	

Thème 39. Traitement des dents avec nécrose aseptique et septique (gangrène)

408.	*Le miroir dentaire plan c'est le meilleur pour: A. La visibilité en profondeur de la chambre pulpaire; B. Pouvoir saisir les pointes de papier; C. Repérer la position des orifices d'ouverture des canaux radiculaires D. L'évaluation des lésions carieuses et de l'état parodontal; E. Etablir la longueur du canal radiculaire.	A	43
409.	*Lime K-flex- la forme sur section est: A. Ovale; B. Sphérique; C. Trapezoidale; D. Rond; E. Rhombique.	E	51
410.	Les plus communes standardisations sont selon: A. Le diamètre et la conicité de chaque instrument et cone de gutta-percha (d'obturation) B. L'augmentation progressive comme taille d'un instrument à un autre; C. Un système de numérotation basé sur le diamètre de l'instrument; D. La forme et la conicité de chaque instrument; E. Un système de numérotation basé sur la conicité de l'instrument.	ABC	48
411.	Lime Kerr (K-file) est: A. Confectionnée en acier inoxydable; B. A section carrée ou triangulaire;	ABCD	51

	C. Caracterisee de spires au moindre pas que les limes en ayant 0,9-1,9 sur 1 mm de longueur; D. L'instrument de choix du catheterisme; E. Confectionne en acier inoxydable tres flexible et i lest resistant an cassage.		
412.	L'écran de l'apex locateur est grade en trois couleurs: A. Bleu (la zone avant la constriction apicale); B. Vert (la zone de la constriction apicale, le repere qui doit être atteint); C. Rouge (la zone du parodonte apical, repere qu'on doit éviter d'atteindre); D. Noire; E. Blanc.	ABC	71
413.	A la base de la thérapie endodontique reste la triade: A. Préparation biomécanique; B. Le contrôle bactérien; C. Obturation complète de l'espace endodontique; D. Irrigation très abondante; E. Utilisation de lubrifiants.	ABC	73
414.	*Lois de Krasner et Rankow- loi de la centralité: A. La chambre pulpaire de chaque dent est au centre de la dent au niveau de la jonction amelocementaire et elle n'est pas absolument corrélée à la morphologie de la face occlusale de la dent; B. Les parois de la chambre pulpaire sont concentriques par rapport au contour externe de la dent au niveau de jonction amelocementaire; C. Jonction email cement est le plus conséquent, répétitive pour la localisation de la position de la chambre pulpaire D. La couleur du plancher est toujours plus sombre que celle des parois: cette différence de couleur crée une démarcation nette entre le plancher et les parois; E. Les orifices sont localisés dans les angles de la chambre pulpaire.	A	74
415.	*Lois du changement de couleur: A. Les orifices sont localisés dans les angles de la chambre pulpaire. B. La couleur du plancher est toujours plus sombre que celle des parois: cette différence de couleur crée une démarcation nette entre le plancher et les parois; C. La chambre pulpaire de chaque dent est au centre de la dent au niveau de la jonction amelocementaire et elle n'est pas absolument corrélée à la morphologie de la face occlusale de la dent; D. Les parois de la chambre pulpaire sont concentriques par rapport au contour externe de la dent au niveau de jonction amelocementaire; E. Jonction email cement est le plus conséquent, répétitive pour la localisation de la position de la chambre pulpaire	B	75
416.	*Le traitement mécanique dans la gangrène pulpaire s'effectue : A. Jusqu'au foramen apical ; B. Jusqu'à la constriction apicale ; C. Jusqu'à la jointure des 2 /3 coronaire avec 1/3 apicale du canal ; D. Jusqu'à 1/2 du canal.	B	

	E. Avec un léger dépassement de la constriction apicale.		
417.	*Si la sécrétion se maintient aussi dans le canal après l'utilisation des pansements médicamenteux, on peut recourir à l'obturation provisoire du canal avec : A. Dontisolon ; B. Hydroxyd de calcium ; C. Cément zinc oxyde eugénol ; D. Endométhasone ; E. Cément phosphate de zinc.	B	
418.	*L'hypochlorite de sodium : A. Représente la solution d'irrigation endodontique de choix est présente une action solvante sur les matières organiques; B. Est indiqué dans le traitement de carie; C. A une action solvante sur les matières organiques et minérales; D. Est contreindiqué dans les traitements canalaire; E. Représente la solution d'irrigation endodontique de choix est présente une action solvante sur les matières minérales	A	

Thème 40. Obturation des canaux radiculaires

419.	Matériaux utilisés pour l'obturation du canal radiculaire: A. Cônes en argent; B. Gutta percha; C. Resilon; D. K-file; E. GT Rotary.	ABC	142
420.	Le rôle du scellant canalaire: A. Agent antimicrobien; B. Agent d'adhesion; C. Agent lubrifiant; D. Radio opacite; E. Radiolucent.	ABCD	148
421.	L'objectif final de la thérapie du canal radiculaire est l'obturation tridimensionnelle de l'espace endodontique après qu'il ait été complètement: A. Nettoye; B. Prépare; C. Desinfecte; D. Infecte; E. Obstruee.	ABC	135
422.	*La gutta-percha en forme brute a pour composition: A. Gutta 75-82%; B. Matrice organique –gutta percha 20% C. Le remplissage anorganiques- oxyde de zinc 66%; D. Radio-opacifiants anorganiques- sulfates métalliques 11%; E. Plastifiants organiques- résines 3%	A	138
423.	*Formes de gutta-percha –Alpha est: A. Rigide et solide à 42-44 °C;	C	141

	B. Disponible sous la forme de cones et batons; C. Malleable et visqueux a 56-64 C; D. Etat fondu; E. La forme instable.		
424.	*La dentine primaire: A. Forme la masse dentinaire, a commencer avec les premières couches, jusqu'a la fin de l'edification radiculaire; B. Se forme toute de la vie, mais dans un rythme plus lent; C. Correspondent a une hypermineralisation de la dentine primaire par l'obliteration des canalicules; D. Peut etre tubulaire ou amorphe; E. Elle s'appelle dentine tertiaire ou de reaction.	A	10
425.	L'espace pulpaire peut etre divise en deux parties: A. La chambre pulpaire qui est habituellement decrite comme etant la portion coronaire; B. Le canal radiculaire qui est dans la racine de la dent; C. Elle s'appelle denticule; D. Elle s'appelle pulpolithes; E. Elle a seulement des parois laterales.	AB	11
426.	*Sur une incidence retrodentoalveolaire ne peut pas etre interprete la dimension: A. Mesial B. Distale C. Mezio-distale D. Disto-mesiale E. Vestibulo-orale.	E	13
427.	*L'obturation radiculaire definitive (scellant et gutta-percha) devrait contenir: A. Une quantité plus importante de scellant B. Une quantité plus importante de gutta-percha C. Scellant et gutta-percha en quantités égales D. Des antibiotiques et des substances anti-inflammatoires E. Du sulfate de calcium ou d'autres substances similaires	B	
428.	*Les conditions pour obturer definitivement un canal radiculaire sont les suivantes, trouvez la mauvaise réponse : A. Le canal a une forme cylindrique, se terminant par un rétrécissement B. Le canal préparé en continuité du canal d'origine se terminant par un rétrécissement C. Absence de sécrétions, absence de fétidité D. Le canal doit présente une conicité progressive, de la coronaire vers apical E. il ne doit pas y avoir de symptôme douloureux au niveau de la dent	A	
429.	*L'obturation radiculaire par la condensation verticale à chaud presuppose : A. Obturation avec un cône maître parfaitement adapté avec la même longueur que la longueur de travail; B. Remplir le canal avec du scellant en utilisant un Lentulo jusqu'à ce que la pâte reflué, indiquant que le canal est complètement rempli. C. Injecter le guttapercha thermoplastique à l'aide d'une seringue dans le canal.	D	

	<p>D. Compactage initial du gutta percha avec un plugger dans le 1/3 coronaire de la racine, suivi de l'utilisation du plugger dans le 1/3 moyen du canal et enfin dans le 1/3 apical du canal.</p> <p>E. Compactage initial du gutta percha avec un plugger dans le 1/3 apical de la racine, suivi de l'utilisation du plugger dans le 1/3 moyen du canal et enfin dans le 1/3 coronaire du canal.</p>		
--	---	--	--

Thème 41. Traitement des parodontites apicales aiguë et chroniques

430.	<p>Ojectives mecaniques de la preparation canalaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. La preparation canalaire doit mettre en conicite continue; B. Realisation de la preparation en plans multiples, ce qui introduit le concept de “flow”: cet objectif garde la courbure originale du canal; C. Forme tronconique, avec la section plus mince apicale et plus large coronaire.Cette forme permet le nettoyage optime, vu le contact optime entre les instruments endodontiques et les parois et de la preparation optime des solutions d'irrigation.La forme tronconique cree une forme de resistnce qui maintient la gutta-percha dans le canal. D. Previent le transport du foramen apical qui ne doit etre transporte. Celui-ci doit etre facilement modele, mais avec la conservation de la position et de la forme original; E. La preparation canalaire doit mettre en conicite discontinue; 	ABCD	99
431.	<p>Sont consideres techniques apical vers coronaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Conventionel; B. Step back; C. Step back modifie; D. Step back passif; E. Step down. 	ABCD	107
432.	<p>Sont consideres techniques coronaire vers apicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Step down; B. Crow down; C. Hibride; D. Conventionel; E. Step back. 	ABC	107
433.	<p>*Constriction apicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. A.Point de restriction tres apical qui permet de definir deux structures triangulaires opposees par leur sommet, un triangle foraminant dont la base est formee par le foramen apical et un triangle endodontique; B. La distance entre un point de refence occlusale et la constriction apicale; C. C'est le point plus apical de la dent apparaissant sur le cliché radiographique, selon la technique des plans paralleles; D. Le dome apical ou vertex de la dent , c'est une structure anatomique; 	A	108

	E. L'ouverture de la pulpe dentaire au bout d'une racine, c'est par cette ouverture que passent les terminaisons nerveuses ainsi que le vaisseaux sanguins qui alimentent la pulpe.		
434.	*Le MAF c'est: A. L'ouverture de la pulpe dentaire au bout d'une racine, c'est par cette ouverture que passent les terminaisons nerveuses ainsi que le vaisseaux sanguins qui alimentent la pulpe. B. Le derniere instrument qui a ete utilisee jusqu'a la constriction apicale et donne la taille du maître-cone de gutta-percha; C. Le dome apical ou vertex de la dent , c'est une structure anatomique; D. Point de restriction tres apical qui permet de definer deux structures triangulaires opposees par leur sommet, un triangle foraminant don't la base est formee par le foramen apical et un triangle endodontique; E. La distance entre un point de refence occlusale et la constriction apicale.	B	108
435.	Les facteurs cles d'une disinfection optimale: A. Preparation de la dent au traitement: suppression de caries puis restauration pre-endodontique; B. Mise en forme canalaire par le biais d'une instrumentation; C. Irrigation avec une solution antiseptique et solvante; D. Obturation du reseau endodontique lorsque les conditions optimales sont reunites; E. Radiographie retrodentoalveolaire.	ABCD	123
436.	Solutions d'irrigation sont considerees: A. EDTA B. CHX C. NaClO D. Resilon E. MTA	ABC	126
437.	*Les propriétés antiseptiques de l'hydroxyde de calcium sont basées sur : A. La solubilité très réduite dans l'eau, qui détermine la libération graduelle de l'ion de Ca^{2+} ; B. Le ph alcalin, dont est responsable l'ion OH^- , compris entre 11-12 ; C. Le ph alcalin, dont est responsable l'ion Ca^{2+} , compris entre 11-12 ; D. La capacité de diffusion de l'ion P, dans les canalicules dentinaires infectés ; E. La solubilité accrue dans l'eau, qui détermine la libération graduelle de l'ion OH^- .	B	
438.	*Le schéma de traitement dans les parodontites apicales aiguës purulentes dans les stades endo-osseux comprend les étapes suivantes, à l'exception : A. Drainage endodontique associé aux antibiotiques ; B. Drainage combinée, endodontique et par ostéotomie transmaxillaire ; C. Drainage alvéolaire par l'extraction de la dent ; D. Médication analgétique, tranquillisants ; E. Extraction et replantation.	E	
439.	*Au cas de la sécrétion sèreuse abondante sur le canal de la parodontite apicale chronique on n'indique pas :	E	

	<p>A. Drainage endodontique ;</p> <p>B. Laisser l'ouverture de la dent ;</p> <p>C. La création d'une fistule artificielle médicamenteuse ;</p> <p>D. L'obturation provisoire avec la pâte à base d'hydroxyde de calcium ;</p> <p>E. La cautérisation chimique avec acide trichloracétique.</p>		
--	--	--	--

Thème 42

La morphophysiologie du parodonte marginal (18, pp. 4-13)

440.	<p>*La gencive marginale présente les caractéristiques suivantes avec une exception:</p> <p>A. Le rebord cervical de la gencive libre recouvre l'émail</p> <p>B. Le contour de la gencive marginale est festonné</p> <p>C. La largeur de la gencive libre est variable, entre 0,5 et 2 mm</p> <p>D. La gencive marginale saine a un aspect aigu</p> <p>E. La gencive marginale saine a un aspect irrégulier</p>	E	18/Pg.8
441.	<p>*La gencive attachée présente les caractéristiques suivantes avec une exception:</p> <p>A. La gencive attachée est située apicalement par rapport à la gencive libre</p> <p>B. La gencive attachée est séparée de la gencive libre par un sillon peu profond</p> <p>C. La hauteur augmente avec l'âge</p> <p>D. La hauteur diminue avec l'âge</p> <p>E. La hauteur est variable</p>	D	18/ Pg.10
442.	<p>*La muqueuse gingivale-orale a les suivantes fonctions pour la santé de la cavité orale avec une exception:</p> <p>A. La fonction de résorption</p> <p>B. La fonction de protection</p> <p>C. La fonction émuctoriale</p> <p>D. La fonction d'apposition</p> <p>E. La fonction de lubrification et d'insalivation</p>	D	18 / Pg.16
443.	<p>La gencive marginale présente les caractéristiques suivantes:</p> <p>A. La gencive marginale est la partie cervicale du tissu gingival</p> <p>B. La gencive marginale est attachée mécaniquement à la dent</p> <p>C. La gencive marginale saine a un consistance ferme</p> <p>D. La gencive marginale a un aspect en lame de couteau</p> <p>E. La largeur de la gencive libre est entre 0,5 et 2mm</p>	ACDE	18/ Pg.8
444.	<p>La gencive inter-dentaire présente les caractéristiques suivantes:</p> <p>A. La gencive inter-dentaire est constituée de deux papilles</p> <p>B. La gencive inter-dentaire saine est rose pâle</p> <p>C. La gencive inter-dentaire saine est rouge</p> <p>D. Les papilles inter-dentaires ont une forme de pyramide dans la région frontale</p> <p>E. Les papilles inter-dentaires ont un aspect de pyramide dans la région latérale</p>	ABD	18/ Pg.10, 11

445.	<p>Les affirmations suivantes sont vraies:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. La gencive attachée est séparée de la gencive libre par un sillon peu profond B. La ligne muco-gingivale est absente au niveau du palais C. La gencive inter-dentaire est placée dans l'embrasure cervicale D. Les papilles inter-dentaires ont une forme de tente dans la région frontale E. La gencive marginale saine a une surface lisse 	ABCE	18/ Pg.8-10
446.	<p>L'épithélium jonctionnel a les caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Il produit l'attache épithéliale B. Il réalise une attache avec la dent C. Il peut migrer en direction de l'apex de la racine D. Il est de type kératinisé E. L'épithélium jonctionnel est composé de trois couches 	ABC	18/ Pg.13
447.	<p>*La gencive attachée saine présente les caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. La gencive attachée est située plus coronaire par rapport à la gencive libre B. La gencive attachée est située plus apicale par rapport à la gencive libre C. La gencive attachée est séparée de la gencive libre par un sillon très profond D. Son hauteur augmente avec l'âge E. Son couleur est rouge bleuâtre 	B	18/ Pg.10
448.	<p>*La gencive marginale saine présente les caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Le rebord cervical de la gencive libre ne recouvre pas l'email B. Le contour de la gencive marginale saine est arrondi C. La largeur de la gencive libre est variable, entre 4 et 5 mm D. La gencive marginale saine a une couleur rouge foncé E. La gencive marginale saine a un aspect régulier 	E	18/Pg.8
449.	<p>*La gencive peut être divisée en trois zones voisines. Les zones sont les suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. La gencive marginale (libre ou non-attachée), d'environ 1.5mm B. La gencive attachée (qui adhère à l'os alvéolaire), d'environ 2 mm C. La gencive attachée (qui adhère à l'os alvéolaire), d'environ 7 mm D. La gencive marginale (libre ou non-attachée), d'environ 3.5mm E. La gencive inter-dentaire, formée par une papille vestibulo-orale 	A	p. 5
450.	<p>*Il y a plusieurs types distincts de cément. On peut distinguer :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Le cément cellulaire afibrillaire B. Le cément acellulaire à fibres extrinsèques C. Le cément acellulaire afibrillaire à fibres extrinsèques D. Le cément acellulaire à fibres intrinsèques E. Le cément acellulaire à fibres externes 	B	p. 11
451.	<p>*La jonction entre le cément et l'email au collet de la dent établit la limite entre la couronne et la racine. Les types de jonctions email cément suivantes sont corrects:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. L'email et le cément sont en contact (60% des cas) B. Le cément recouvre l'email (60% des cas) C. L'email et le cément ne sont pas en contact (60% des cas) D. L'email et le cément ne sont pas en contact (30% des cas) E. Le cément recouvre l'email (15% des cas) 	B	p. 9

Thème 43
L'etiopathogenie des parodontites marginales chroniques (18, pag. 14-29)

452.	*Les facteurs iatrogènes de risque pour la maladie parodontale sont : A. La plaque bactérienne B. Les lésions carieuses de classe II C. L'appareil orthodontique mal-placé D. Les lésions carieuses E. L'édentation	C	18/ Pg.34
453.	*Les caractéristiques de tartre dentaire sont : A. Se compose principalement de microorganismes calcifiés B. La quantité de tartre formée ne dépend pas de facteurs individuels C. Se compose principalement d'enzymes D. La quantité de tarte ne dépend pas de la composition de la salive E. Le patient peut nettoyer la tarte	A	18/ Pg.33
454.	*Principaux effets du tabac sur le système de défense : A. La réponse inflammatoire est réduite B. La réponse inflammatoire est augmentée C. Le nombre de polynucléaires neutrophiles est augmenté D. La production de métalloprotéases est réduite E. Le tabac n'influence pas la réponse inflammatoire	A	18/ Pg.36
455.	Le tabac: A. Constitue un facteur de risque majeur chez l'homme B. Le tabac entraîne une perturbation de la flore bactérienne C. Augmente la production de métalloprotéases D. Semble prédisposer aux maladies parodontales E. Augmente la réponse inflammatoire de la hôte	ABCD	18/ Pg.35- 36
456.	*L'affirmation suivante sur le tabac est FAUSSE : A. Le tabac entraîne une perturbation de la flore bactérienne B. Il représente un facteur de risque majeur chez l'homme C. Semble favoriser les maladies parodontales D. Augmente la production de métalloprotéases E. Il augmente la réponse inflammatoire de la hôte	E	18/ Pg.35- 36
457.	Les facteurs favorisants locaux de la maladie parodontale sont : A. Le tartre dentaire B. L'obésité C. Les facteurs iatrogènes D. Les lésions carieuses E. Le tabac	ACDE	18/ Pg.32- 35
458.	La lésion initiale parodontale est caractérisée par : A. Elle apparaît sur la gencive saine après 2 à 4 jours de dépôt de plaque B. Les leucocytes polynucléaires migrent des vaisseaux vers le sulcus C. Les lymphocytes restent confinés dans les tissus gingivaux D. La protection est assurée par l'immunité innée sécrétoire et les immunoglobulines B E. Certains fibroblastes commencent à dégénérer.	ABCE	18/ Pg.45

459.	<p>Les implications des hormones sexuelles féminines sur le parodonte sont représentées par :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Leurs fluctuations affectent les interactions bactéries/hôte au niveau de la cavité buccale B. L'augmentation est corrélée avec l'augmentation de la prévalence des gingivites C. Les carences sont facteurs de risque qui peuvent exacerber une parodontite existante D. N'influence pas les tissus parodontaux E. Les carences sont facteurs qui peuvent initier une parodontite 	ABC	18/ Pg.44
460.	<p>*Les facteurs favorisants systémiques de la maladie parodontale sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. L'obésité B. Les facteurs iatrogènes C. Le tartre dentaire D. Les lésions carieuses E. Le trauma occlusal 	A	18/ Pg.32- 35
461.	<p>*Le facteur déterminant dans la maladie parodontale est :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Le facteur bactérien B. Le tartre dentaire C. Les lésions carieuses D. L'hygiène bucco-dentaire E. Les malpositions dentaires 	A	p. 14
462.	<p>*D'après Socransky (Socransky et al, 1998), les bactéries sont classées en complexes, codées par couleur. Dans son classification, les bactéries du complexe rouge sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Porphyromonas gingivalis, Tannerella forsythia, Aggregatibacter actinomycetemcomitans et Treponema denticola B. Aggregatibacter actinomycetemcomitans C. Porphyromonas gingivalis, Aggregatibacter actinomycetemcomitans et Treponema denticola D. Porphyromonas gingivalis, Fusobacterium nucleatum et Treponema pallidum E. Porphyromonas gingivalis, Tannerella forsythia et Treponema denticola 	E	p. 16

Thème 44. Le diagnostic des maladies gingivales-parodontales (19, pag. 90-135)

463.	<p>*Pour l'indice des hypercroissances gingivales, le degré 3 a les caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Le contour gingival devient convexe B. Le contour gingival est concave C. Le contour gingival est étroit D. L'hypercroissance est modérée E. L'hypercroissance est sévère. 	A	18/ Pg.52
464.	<p>*Les buts du sondage parodontal sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. L'évaluation de la perte d'attache B. L'évaluation de la consistance du cément 	A	18/ Pg.67

	C. L'évaluation de la consistance de l'émail D. L'évaluation de mobilité dentaire E. La évaluation des bactéries		
465.	*Le degré 1 d'atteinte des furcations a les caractéristiques : A. La furcation peut être sondée horizontalement plus de 3 mm de profondeur, mais n'est pas encore traversée B. La furcation peut être sondée horizontalement jusqu'à 3mm de profondeur C. La furcation peut être sondée horizontalement jusqu'à 4 mm D. La furcation peut être sondée de part en part E. La furcation peut être sondée horizontalement jusqu'à 6mm.	B	18/ Pg.55
466.	Le diagnostic est établi sur la base des dates obtenu après : A. L'anamnèse B. Les examens cliniques C. Les examens paracliniques D. L'histoire médicale générale E. Seulement l'anamnèse	ABCD	19/ Pg.75
467.	Les critères d'évaluation de l'activité de la maladie parodontale sont : A. Microbiologiques B. Cliniques C. Biologiques D. Seulement cliniques et biologiques E. Les moyens d'hygiène du patient	ABC	19/ Pg.76- 77
468.	Les aspects pour établir le diagnostic parodontal sont: A. Le type de la maladie B. Les bactéries pathogènes C. L'état d'activité ou inactivité de la maladie D. Le degré de la perte d'attache E. Les bactéries commensales	ABCD	19/ Pg.75
469.	Les degrés d'atteinte pour l'indice de saignement des papilles PBI sont : A. Pour le degré 1 un point de saignement B. Pour le degré 2 une ligne de sang fine ou plusieurs points visibles C. Le triangle interdentaire se remplit plus ou moins de sang D. Pour le degré 2 un point de saignement E. Pour le degré 4 le sang coule dans la zone interdentaire	ABCD	18/ Pg.51
470.	*L'affirmation suivante est FAUSSE : Le diagnostic parodontal est établi sur la base des dates obtenu après : A. L'anamnèse B. L'histoire médicale générale C. L'examen clinique est suffisant D. Les examens radiologiques E. L'examen microbiologique	C	19/ Pg.75
471.	*Les aspects pour établir le diagnostic parodontal n'incluent pas : A. Les bactéries pathogènes B. Les bactéries commensales C. Le type de la maladie D. L'état d'activité ou inactivité de la maladie E. Le degré de la perte d'attache	B	19/ Pg.75
472.	*Les degrés d'atteinte pour l'indice de saignement des papilles PBI sont : A. Pour le degré 1 : une ligne de saignement	D	18/ Pg.51

	B. Pour le degré 2 : un point de saignement C. Pour le degré 4 : le triangle interdentaire se remplit plus ou moins de sang D. Pour le degré 0 : un point de saignement E. Pour le degré 3 : le sang coule dans la zone interdentaire		
473.	*Les signes cliniques des gingivites sont avec une exception: A. Couleur rouge-vif B. Œdème diffus, “mollesse” C. Hypercroissance gingivale D. Surface gingivale lisse, brillante E. Absence du saignement	E	p. 92
474.	*Le saignement gingival a les suivantes caractéristiques avec une exception : A. Il est un signe précoce d'inflammation gingivale B. Il peut varier en ce qui concerne la sévérité et la facilité d'être provoqué C. Il est difficile à détecter D. Il a une importance spéciale pour le diagnostic précoce E. Il peut être détecté par le patient	C	p. 93

Thème 45. La classification des maladies parodontales

475.	*D'après Armitage, la parodontite chronique peut être : A. Localisée et généralisée B. Seulement localisée C. Seulement généralisée D. Ulcéro-nécrotique E. Periapicale	A	19/ Pg.29
476.	*D'après Armitage, une maladie gingivale induite par la plaque est caractérisée par : A. La gingivite est associée à la formation de la plaque dentaire B. Est causée par une variété de virus C. Est liée à la réactivation des virus latents D. Est relativement rare E. Est causée par une infection avec <i>Candida albicans</i>	A	19/ Pg.22
477.	*D'après Armitage, lésions gingivales non induites par la plaque bactérienne sont : A. Les maladies gingivales d'origine virale B. La gingivite associée seulement à la plaque dentaire C. Les maladies gingivales modifiées par des facteurs systémiques D. La gingivite associée à la grossesse E. Le granulome pyogénique	A	19/ Pg.26
478.	Les maladies gingivales d'origine fongique ont les suivantes caractéristiques : A. L'infection buccale la plus fréquente est la candidose B. Se peut manifester par des plaques blanches sur la gencive C. Se peut manifester par des plaques blanches sur la langue D. Se peut manifester par des plaques blanches sur la muqueuse buccale	ABCD	19/ Pg.24

	E. Le diagnostic se fait par inspection		
479.	Les maladies gingivales d'origine bactérienne spécifique ont les suivantes caractéristiques : A. Les lésions buccales peuvent être secondaire à une infection locale B. Les lésions buccales peuvent être secondaire à une infection systémique C. Peuvent survenir par infection directe D. Sont traitées avec des médicaments antiviraux E. Sont traitées avec des stéroïdes	BC	19/ Pg.24
480.	D'après Armitage, les maladies gingivales d'origine virale sont : A. L'infection à Candida B. La gingivite associée à la carence en vitamine C C. Les infections herpétiques D. La gingivostomatite herpétique primaire E. Herpes orale récurrent	CDE	19/ Pg.24
481.	D'après Armitage, les maladies gingivales d'origine fongique sont : A. L'érythème gingival linéaire B. Histoplasmose C. La gingivite chronique D. La gingivite ulcéro-nécrotique E. La gingivite desquamative	AB	19/ Pg.24
482.	*La gingivite de puberté: A. Elle affecte seulement le sexe masculin B. Elle apparaît dans les zones d'irritation locale C. Elle est déterminée par les variations hormonales D. Elle est placée toujours lingual et inter-proximal E. Les papilles sont proéminentes, bourbeuses, plutôt linguales	B	p. 92
483.	*En point de vue clinique, les gingivites chroniques se manifestent par les suivantes avec une exception: A. Changements de forme B. Changements de couleur C. Tension gingivale D. Perte osseuse E. Un flux diminué de fluide crévicalaire	E	p. 93
484.	*L'hyperplasie induite par les médicaments: A. La lésion initiale débute au niveau du rebord gingival et la papille interdentaire sur une forme ronde B. La lésion initiale débute au niveau du rebord gingival et la papille interdentaire sur une forme irrégulière C. La lésion initiale débute au niveau de la gencive attachée D. D'habitude elle est localisée E. Elle est plus sévère dans la région du canin maxillaire	A	p. 96

Thème 46. Formes cliniques – symptomatologie des gingivites et parodontites

485.	*Les caractéristiques de la gingivite aigüe sont: A. La gingivite aigüe est douloureuse	A	19/ Pg.91
------	--	---	--------------

	B. La gencive est pale C. Le diagnostic de gingivite aigue implique la présence de perte d'attache D. La consistance de la gencive est ferme E. L'aspect est en lame de couteau		
486.	*Les caractéristiques physiologiques de la gencive saine sont : A. La couleur est rose-corail B. La couleur est rouge C. La consistance est très molle D. La forme est irrégulière E. La consistance est friable	A	19/ Pg.92
487.	*Les gingivites hypertrophiques sont : A. Les maladies gingivales d'origine fongique B. Les gingivites chroniques C. Les maladies gingivales d'origine virale D. Les fausses croissances E. Les gingivites de VIH	D	19 / Pg.94
488.	Les caractéristiques des gingivites hypertrophiques sont : A. Sont des croissances de volume de nature inflammatoire B. Sont provoquées par une exposition prolongée à la plaque bactérienne C. Peuvent être localisées ou généralisées D. Fréquemment ils peuvent apparaître chez les personnes qui fument E. Sont caractérisée par une agrégation familiale	ABC	19/ Pg.94
489.	Les caractéristiques de la gingivite ulcéro-nécrotique sont : A. Est précédé par une gingivite B. Il y a des facteurs locaux impliqués C. La perte d'attache est localisée aux incisives et premières molaires D. Il y a des facteurs généraux impliqués E. Le facteur déterminant est le facteur génétique	ABD	19/ Pg.100
490.	Les caractéristiques de la parodontite agressive localisée sont : A. Elle débute aux adultes B. Elle débute à l'adolescence C. Elle a une progression rapide D. Elle a une progression destructive E. Elle a une progression lente	BCD	19/ Pg.126
491.	Les caractéristiques de la parodontite agressive généralisée sont : A. On peut observer un arrêt complet de la maladie B. Elle débute aux patients âgés C. Elle va évoluer dans une succession des périodes de repos avec des phases d'activité D. Les lésions sont rapides et très profondes E. Les lésions sont lentes et très profondes	ACD	19/ Pg.127
492.	*Les caractéristiques de la gingivite ulcéro-nécrotique NE SONT PAS représentées par : A. La perte d'attache est localisée aux incisives et premières molaires B. Le facteur déterminant est le facteur bactérien C. Est accompagnée par une douleur sévère D. Le patient peut présenter de la fièvre E. Il y a des facteurs généraux impliqués	A	19/ Pg.100

493.	*Quelle des affirmations suivantes ne caractérise pas une parodontite marginale ? A. Il y a une inflammation tissulaire ; B. On peut trouver des poches parodontales ; C. Le processus inflammatoire est situé à l'apex de la racine ; D. La lyse osseuse peut apparaître ; E. Pour la parodontite modérée, la perte d'attache est environ $\frac{1}{2}$ de la longueur de la racine (RX)	C	p. 106
494.	*La parodontite légère est caractérisée par : A. Il n'y a pas de perte d'attache ; B. La perte d'attache est la $\frac{1}{2}$ de la longueur de la racine ; C. La perte d'attache est supérieure à la $\frac{1}{2}$ de la longueur de la racine ; D. Poches parodontales de 5-6mm ; E. Profondeur au sondage de 4-5mm.	E	p. 106

Thème 47

Evolution, pronostique et complications des maladies parodontales

495.	*Le diagnostic positif pour l'abcès parodontal se fait : A. Il nécessite une corrélation entre les dates d'anamnèses, examen clinique et radiologique B. Après l'examen clinique C. Après le sondage D. Après l'évaluation de la mobilité E. On observe les signes radiologiques	A	19/ Pg.139
496.	*Le pronostic individuel per dent se fait : A. Par évaluer la mobilité B. Par évaluer les caries occlusales C. Par évaluer l'état général du patient D. Par évaluer les encombrements E. Par évaluer l'occlusion	A	19/ Pg.146
497.	*L'évolution de la maladie parodontale peut déterminer des changements pathologiques, moins le suivant : A. Syndrome endo-parodontal B. La formation d'une nouvelle attache parodontale C. Mobilité D. Lésions inter-radiculaires E. Malocclusion	A	19/ Pg.137
498.	Les complications des maladies parodontales sont : A. L'abcès parodontal B. Les caries occlusales C. Les caries de surface radiculaire D. Les lésions cunéiformes E. L'hypersensibilité dentaire	ACDE	19/ Pg.137 -142
499.	Les caractéristiques du pronostic parodontal sont : A. On considère le pronostique global B. On considère le pronostic individuel per dent	ABCD	19/ Pg.145 -146

	C. On évalue le type de poche parodontale D. On évalue les problèmes muco-gingivaux E. On évalue le risque carieux		
500.	Les caractéristiques de l'abcès parodontal sont : A. Localisation sur la gencive B. Sensibilité latérale à la percussion C. Sensibilité verticale à la percussion D. C'est produit par traumatisme gingival E. Les tissus parodontaux sont sains	AB	19/ Pg.139 -140
501.	Les caractéristiques des caries de surface radiculaire sont : A. L'évolution est lente B. L'évolution est plutôt en surface C. L'évolution est rapide D. Peuvent déterminer douleur E. Le plus fréquent microorganisme au ce niveau est <i>A. actinomycetemcomitans</i>	ABD	19/ Pg.141
502.	*Quelle n'est pas une complication de la maladie parodontale: A. Le syndrome du septum B. L'abcès parodontal C. Les caries de surface radiculaire D. Le syndrome endo-parodontal E. L'hypersensibilité radiculaire	A	p. 137
503.	*Le facteur essentiel dans la production d'hypersensibilité de la racine est : A. Le contact avec un liquide ou des aliments solides, aigre ou doux B. Le contact avec des aliments chauds ou froids C. Le contact avec un instrument métallique D. La présence de la plaque et des autres stimuli qui activent le système nociceptif pulpaire E. Le contact avec la brosse à dents	D	p. 142

Thème 48. Le traitement des gingivites et parodontites

504.	*Le surfaçage sous-gingival est bénéfique pour la santé parodontale et détermine : A. Une réduction du sulcus. B. Une réduction de la profondeur des poches. C. Une augmentation de la perte d'attache. D. Une augmentation de la gencive marginale. E. Une hypercroissance de la gencive marginale.	B	18/ Pg.46
505.	*L'étape étiologique de la thérapie des maladies parodontales inclut : A. Mesures pour l'autocontrôle de la plaque B. Mesures de chirurgie parodontale C. Mesures d'hygiène dentaire et mesures de chirurgie parodontale D. Thérapie prothétique définitive E. Thérapie médicamenteuse et thérapie chirurgicale	A	19/ Pg.213
506.	*La cicatrisation après le surfaçage sous-gingival se fait par la formation : A. D'un épithélium de jonction long	A	18/ Pg.145

	B. Des récessions C. Des atteintes de la furcation D. Du sulcus E. De la gencive attachée		
507.	Les buts de la thérapie parodontale sont : A. Peut restaurer la santé de la gencive et peut réduire les poches parodontales B. Peut éliminer la douleur C. Peut éliminer l'inflammation D. Peut réduire la mobilité anormale E. Peut réduire la mobilité normale	ABCD	19/ Pg.261
508.	Les effets secondaires du rinçage oral avec chlorhexidine 0,2% peuvent être : A. Coloration des dents B. Coloration de la langue C. Modifications du goût D. Hyperplasie gingivale E. Desquamation des muqueuses	ABCE	19/ Pg.219 -220
509.	Les objectifs de la rééquilibration occlusale sont : A. Observer l'occlusion B. Eliminer mécaniquement les interférences occlusales C. Eliminer les forces occlusales nocives D. Stimuler la fonction nécessaire pour maintenir la santé parodontale E. Identifier les caries dentaires	BCD	19/ Pg.226
510.	Le traitement pour les lésions de furcation de classe II est : A. Détartrage B. Surfaçage C. Une diminution de la gencive marginale. D. Une diminution de la gencive attachée. E. Thérapie de régénération tissulaire	ABE	19/ Pg.255
511.	*Les effets secondaires du rinçage oral avec chlorhexidine 0,2% peuvent être les suivantes, MOINS : A. Desquamation des muqueuses B. Etat général affecté, fièvre C. Coloration de la langue D. Coloration des dents E. Modifications du goût	B	19/ Pg.219 -220
512.	*Le patient doit appliquer à la maison le révélateur de plaque: A. Après le dîner/le repas du soir B. Après le brossage C. Avant le brossage D. Après le brossage et le nettoyage interdentaire E. Il n'est pas indiqué d'appliquer le révélateur de plaque à la maison	D	p. 214
513.	*La technique de brossage BASS modifiée est indiquée: A. Dans toutes les situations cliniques B. Quand une autre technique ne peut pas être utilisée C. Aux enfants D. Quand les papilles interdentaires sont rétractées E. Aux personnes âgées	D	p. 216

Thème 49

La contention des dents parodontiques

514.	*La contention extra-coronaire se fait avec : A. Fil métallique et résine B. Prothèses mobiles C. Couronnes dentaires D. Dispositifs extra-coronaires E. Dispositifs coronaires	A	19/Pg.2 32
515.	*Les indications de la contention extra-coronaire : A. Dents frontales avec une mobilité moyenne B. Dents frontales avec une grande mobilité C. Lésions endodontique D. Gingivite E. Hyperplasie gingivale	A	19/Pg.2 33
516.	*La contention provisoire est indiqué a : A. Dents avec une alvéolyse importante B. Dents avec une alvéolyse moyenne C. Dents avec une petite alvéolyse D. Dents avec des racines longues E. Pendant le traitement systémique du patient	A	19/Pg.2 32
517.	Les résultats de la contention provisoire : A. Prévient la migration pathologique B. Facilite le détartrage est surfaçage C. Peut stabiliser les dents avant la chirurgie parodontale D. Stabiliser un traitement endodontique E. Prévient la migration physiologique	ABC	19/Pg.2 30
518.	Les caractéristiques des dispositifs intra-coronaires sont : A. Il faut préparer une cavité dans la surface palatine B. Il faut préparer une cavité dans la surface linguale C. Il faut préparer une cavité dans la surface occlusale des dents D. La préparation peut être continue E. Ne nécessite pas de préparation	ABCD	19/Pg.2 32
519.	Les principes généraux de la contention sont : A. Protection du parodonte B. Economie maximale de substance dentaire C. Respecter les rapports occlusaux optimaux D. Economie minimale de substance dentaire E. Respecter la pulpe dentaire	ABCE	19/Pg.2 31-232
520.	Les types des contentions provisoires sont : A. La contention intra-coronaire B. La contention extra-coronaire C. Les couronnes dentaires D. La contention intra-extra-coronaire E. La contention coronaire	AB	19/Pg.2 32
521.	*Les principes généraux de la contention NE SONT PAS représentés par le suivant : A. Respecter la pulpe dentaire B. La protection du parodonte	E	19/Pg.2 31-232

	C. Permettre l'hygiène orale par le patient D. Respecter les rapports occlusaux optimaux E. Economie minimale de substance dentaire		
522.	*L'angle d'utilisation pour les curettes Gracey est : A. 20° B. Entre 45 et 90° C. Il n'est pas un certain angle D. 10° E. 10°	B	p. 223
523.	*L'association métronidazole-amoxicilline ou métronidazole - Augmentin est indiquée pour la suivante situation : A. La parodontite chronique modérée B. La gingivite induite par la plaque bactérienne C. La gingivite gravidique D. La parodontite chronique superficielle E. La parodontite agressive	E	p. 240

Thème 50

Orientations thérapeutiques et schémas du traitement

524.	*Le détartrage supragingival manuel se fait avec : A. La feuille de myrte B. Les inserts ultrasoniques C. Les inserts soniques D. La lame du bistouri E. Les inserts avec laser	A	19/Pg.2 77
525.	*Le surfaçage se fait pour : A. Eliminer le sulcus B. Eliminer les débris sous-gingivales C. Diminuer le sulcus D. Eliminer la flore supra-gingivale libre E. Eliminer la flore supra-gingivale attachée	B	18/Pg.1 45
526.	*La gingivectomie : A. Est une manœuvre d'excision de la gencive B. Est une manœuvre d'excision du tartre C. Est une manœuvre d'augmentation de la gencive D. Est recommandé pour traiter les récessions E. Est recommandé pour traiter la douleur	A	19/Pg.2 50
527.	Les méthodes auxiliaires d'hygiène sont : A. Le fil dentaire B. Le brossage C. Les cure-dents inter-dentaires D. Les brossettes inter-dentaires E. Les stimulateurs gingivaux	ACDE	19/Pg.2 17-219
528.	Les indications pour la régénération tissulaire guidée avec membranes sont : A. Lésions infra-osseuses avec 2-3 parois B. Lésions inter-radiculaires degré II et III C. Lésions infra-osseuses avec 1 paroi	AB	19/Pg.2 53

	D. Lésions inter-radiculaires degré I E. Lésions infra-osseuses avec 4 parois		
529.	Les contre-indications pour le RTG avec membranes sont : A. Poche supra-osseux B. Alvéolyse horizontale C. Lésions infra-osseuses larges D. Etat général affecté E. Patients non-coopérants	CDE	19/Pg.2 53
530.	L'association des membranes avec les matériaux d'addition est indiquée dans : A. Lésions infra-osseuse avec 2 parois osseuses B. Lésions osseuses horizontales sévères C. Lésions inter-radiculaire avec alvéolyse verticale D. Lésions avec un potentiel réduit de régénération E. Lésions avec une paroi osseuse	ACD	19/Pg.2 54
531.	*Ce n'est pas une indication par le patient affecté par une GUN: A. Éviter le tabac, l'alcool et les condiments B. Rinçage oral avec une solution en parts égales d'eau oxygénée 3% et d'eau chaude chaque 2 heures C. Continuer les activités usuelles D. Faire de l'effort physique pour améliorer la circulation sanguine E. Limiter le brossage seulement pour les restes superficiels	D	p. 308
532.	*L'abcès gingival: A. Est la même situation clinique comme l'abcès parodontal chronique B. Est une lésion de la gencive marginale ou interdentaire, causée par un impact avec un corps étranger C. Représente la même situation clinique comme abcès parodontal aigu D. Est seulement une lésion de la gencive marginale E. Est une blessure de la papille inter dentaire	B	p. 311
533.	*Le traitement de la gingivite simple commence par: A. Réaliser un nettoyage professionnel B. Réaliser un détartrage supra gingival C. Réaliser un détartrage sous-gingival D. La motivation des patients sur l'importance de l'hygiène buccale E. Un rinçage avec bain de bouche	D	p. 312

Thème 51

Occlusion dentaire

534.	Les aires occlusales sont naturelles quand: A. Presente seulement une restauration plastique cervical au niveau de 3.1 B. Presente lesions odontales coronaires C. Presente obturation preventive occlusal fillings D. Presente une onlay 4/5 E. Presente une bridge	AB	21/73
535.	Les cuspides d'appui sont:	AB	21/76

	A. Palatines maxillaires, B. Vestibulaires mandibulaires, C. Linguaes mandibulaires D. Les bords incisales mandibulaires E. Vestibulaires maxillaires.		
536.	*Dans la deuxeme classe Angle le repere molaire est: A. mesialise B. distalise C. normal D. vestibularise E. lingualise	B	21/84
537.	Inocclusion sagittale positive est equivalent avec overjet de: A. 2 mm B. 2,5 mm C. 1,7 mm D. 3 mm E. 4 mm	BDE	21/82
538.	Les interferences occlusales sont crees par: A. Carie dentaire B. Migration dentaire C. Rotation dentaire D. Changer l axe dentaire E. Traitement prothetique incorrects.	BCDE	21/87
539.	La valeur normale de overbite (supraocclusion) est : A. 1/3 B. 2/3 C. ¾ D. 4/5 E. 1/5.	AE	21/85
540.	La position test correcte dans le mouvement lateral suppose: A. Contact entre les premolaires, B. Contact entre canins et incisives laterales, C. Contact entre canins, D. Contact entre canins, incisives laterales et molaires E. Aucun ci-dessus	AC	21/88
541.	*Idéalement le cuspide vestibulaire de 3,4 contacts: A. Embrasure 1.3-1.4 B. Embrasure 1.4-1.5 C. Embrasure 2.3-2.4 D. Embrasure 2.4-2.5 E. Aucun ci-dessus.	C	21/92
542.	*Les cuspides d'appui ne sont pas : A. Les cuspides du groupe I B. Les cuspides du groupe III C. Vestibulaires des prémolaires et des molaires maxillaires D. Linguaes mandibulaires E. Importants pour la dimension verticale de l'étage inferior	C	Pag. 21/76
543.	*Le repère incisif est equivalent avec : A. Une inocclusion sagittale de 2 mm B. Une surplombe d'une tiere	A	Pag. 21/82

	C. L'espace de l'articulation phonétique de 2-4 mm D. Une supraocclusion frontale de 2.5mm E. Le guidage antérieur		
544.	*Les aires occlusales sont naturelles quand: A. Une prothèse partielle amovible est présente sur l'arcade; B. Presente lesions odontales coronaries, C. Une prothèse totale amovible est présente sur l'arcade; D. Presente une onlay 4/5; E. Presente une bridge.	B	21/73

Thème 52

Syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur

545.	Pour l'examen paraclinique de l'ATM, il faut: A. profil téléradiographie du crane B. tomographie de l'ATM bouche fermée / bouche ouverte C. résonance magnétique nucléaire D. ultrason de l'ATM E. acun ci-dessus	ABCD	27/88
546.	Thérapie de rééducation neuromusculaire nécessite les étapes suivantes: A. éliminer l'hypercontraction et la douleur, B. corriger les problèmes structurel, C. rétablir la flexibilité et rééduquer les voies neurologiques, D. restaurer la force musculaire par des exercices spécifiques E. aucun ci-dessus	ABCD	27/94
547.	La thérapie éducative et comportementale dans le syndrome algodisfunctional a pour objectifs: A. éviter de mastiquer difficile B. l'utilisation de chewing-gum C. éviter une grande ouverture de la bouche D. éviter le bruxisme E. éviter les postures vicieuses pendant le sommeil	ACDE	27/95
548.	L'application locale de chaleur humide a pour effet: A. améliorer la circulation sanguine locale B. relaxation musculaire C. effet anti-inflammatoire D. effet analgésique E. augmente la contraction musculaire	ABD	27/95
549.	Les objectifs de guttierenz occlusaux sont: A. maintien les rapports occlusaux B. prévention de la mobilité dentaire C. diminuer la douleur D. modification de forces au niveaux d'ATM E. accentuation le bruxisme	BCD	27/100
550.	La thérapie occlusale inclure les éléments suivants: A. meulage sélectif B. thérapie réparatrice C. thérapie orthodontique	ABCD	27/102

	D. thérapie orthopédique E. aucun ci-dessus		
551.	Ce sont des types de bruxisme: A. diurne, B. nocturne, C. posturale D. centrique, E. excentrique	ABDE	27/105
552.	*Pour l'examen paraclinique de l'ATM, il faut: A. radiographies dentaires rétro alvéolaires; B. tomographie de l'ATM bouche fermée / bouche ouverte ; C. radiographies bite wings; D. modèles d'étude; E. électromyographie informatisée.	B	27/88
553.	*L'application locale de chaleur humide a pour effet: A. positionnement correct des condyles dans les cavités glénoïdiennes; B. positionnement correct du ménisque articulaire; C. effet anti-inflammatoire; D. effet analgésique; E. augmente la contraction musculaire.	D	27/95

Thème 53
Examens cliniques et paracliniques dans les lésions odontales coronaires et
l'édentation partielle réduite
(pag. 116-190)

554.	Sur la proportion des étages de la face, on peut dire : A. La dimension de l'étage inférieur est considérée comme référence pour les autres deux étages B. En posture, l'étage inférieur peut être augmenté par édentations latérales C. En relation centrique, l'étage inférieur peut être augmenté par restaurations prothétiques défectueuses des zones latérales D. En relation centrique, les étages doivent être égaux E. En relation de posture, les étages doivent être égaux	CD	Pag. 124
555.	La palpation profonde s'adresse : A. A l'humidité des téguments des mains B. A l'élasticité et quantité des tissus sous-cutanées C. Aux muscles de la mimique D. Aux muscles manducateurs E. Au plan osseux	CDE	Pag. 125,126
556.	*Examen clinique des muscles manducateurs : A. Mettre en évidence des asymétries faciales B. Diagnostiquer les changements de la relation de posture C. Nécessite l'utilisation d'un électromyographe D. Peut diagnostiquer des troubles occlusaux par palpation E. Nécessite l'utilisation d'un système Condylocomp	A	Pag. 125,126

557.	Parmi les modifications fréquentes d'espace prothétique sont : A. Hauteur augmentée par la résorption de la crête alvéolaire antagoniste B. Hauteur réduite par l'extrusion des dents antagonistes C. Amplitude réduite par l'existence des exostoses D. Amplitude augmentée par restaurations prothétiques incorrectes E. Largeur augmentée par inclinaisons des pluri-radiculées tibulo-orales des dents limitrophes	BE	Pag. 138
558.	La stabilité mécanique de la dent est améliorée : A. Quand le rapport entre la couronne clinique et la racine clinique est 1/2 B. Par les processus de hypercémentose C. Pour les dents pluriradiculées D. Quand le profil d'émergence est accentué E. Quand la résorption alvéolaire est accentuée	ABC	Pag. 166
559.	*Sur la radiographie rétro-alvéolaire on peut évaluer le profil d'émergence : A. Formé uniquement au niveau coronaire B. Représenté par l'angle d'émergence au niveau cervical alvéolaire C. Représenté par l'angle d'émergence coronaire et radiculaire, respectivement D. Seulement pour la dent, mais pas pour les couronnes des recouvrements E. Il ne peut pas être analysé car il est situé seulement vestibulaires et orale, respectivement	C	Pag. 167
560.	La tomographie d'articulation temporo-mandibulaire offre d'informations sur : A. La position des condyles en relation centrique B. Modifications morphologiques concernant la forme de la cavité glénoïde, des condyles mandibulaires et de la pente articulaire C. La position des condyles dans les cavités glénoïdes en repos D. La position des condyles dans les cavités glénoïdes en position bouche ouverte E. A et B	BCD	Pag. 172, 173
561.	Sur la radiographie rétro-alvéolaire on peut évaluer : F. L'intégrité coronaire G. Le degré d'inflammation pulpaire H. La forme en section du canal radiculaire I. L'épaisseur de l'os alvéolaire J. L'adaptation cervicale des couronnes radio-opaque	AE	Pag. 164
562.	Sur les modèles d'études on ne peut pas vérifier : A. L'occlusion dynamique B. Les paramètres dimensionnels des espaces prothétiques potentielles C. L'existence des lésions péri-apicales D. La continuité de l'arcade dentaire E. La position de la dent sur l'arcade	AC	Pag. 160
563.	*Le rapport vertical entre les étages du visage peut être : A. D'égalité dans toutes les relations fondamentales mandibulo-crâniennes B. De proportionnalité C. Modifié avec des prothèses maxillaires fixes qui augmentent la hauteur de l'étage milieu	B	Pag. 124

	D. Considérés comme normaux uniquement lorsqu'il n'y a pas de différences entre leurs dimensions verticales E. Égales en relation de posture		
564.	*L'hémogramme habituel dans les traitements dentaires implique la détermination : A. Du nombre de globules rouges du sang B. De la concentration d'éosinophiles C. Du temps de saignement D. Du temp Quick E. De la concentration de globules rouges, leucocytes et plaquettes	E	Pag. 153
565.	*Sur la proportion des étages de la face, on peut dire : A. La dimension de l'étage inférieur est considérée comme référence pour les autres deux étages ; B. En posture, l'étage inférieur peut être augmenté par édentations latérales ; C. En relation centrique, l'étage inférieur peut être augmenté par restaurations prothétiques défectueuses des zones latérales ; D. En relation centrique, l'étage inférieur doivent être réduits de 2-4 mm à partir de l'étage intermédiaire ; E. En relation de posture, les étages doivent être égaux.	C	Pag. 124
566.	*Parmi les modifications fréquentes d'espace prothétique sont : A. Hauteur augmentée par la résorption de la crête alvéolaire antagoniste ; B. Hauteur réduite par l'extrusion des dents antagonistes ; C. Amplitude réduite par l'existence des exostoses ; D. Amplitude augmentée par restaurations prothétiques incorrectes ; E. Largeur augmentée par l'egression des dents antagonistes.	B	Pag. 138
567.	*La stabilité mécanique de la dent est améliorée : A. Quand le rapport entre la couronne clinique et la racine clinique est $\frac{1}{2}$; B. En cas de pathologie parodontale ; C. Pour les dents monoradiculaires ; D. Quand le profil d'émergence est accentué ; E. Quand la résorption alvéolaire est accentuée.	A	Pag. 166
568.	*La tomographie d'articulation temporo-mandibulaire offre d'informations sur : A. La position des condyles en relation centrique ; B. Modifications morphologiques concernant la forme de la cavité glénoïde, des condyles mandibulaires et de la pente articulaire ; C. La position du ménisque articulaire ; D. B et C ; E. A et B.	B	Pag. 172, 173
569.	*Sur les modèles d'études on ne peut pas vérifier : A. L'occlusion dynamique ; B. Les paramètres dimensionnels des espaces prothétiques potentielles ; C. L'occlusion statique ; D. La continuité de l'arcade dentaire ; E. La position de la dent sur l'arcade.	A	Pag. 160

Thème 54
Les principes de traitement par prothèse unitaire et prothèse fixées plurielle
(Page 202 - 266)

570.	<p>La prophylaxie locale dans le traitement de l'édentation partielle réduite doit se réaliser par :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Prophylaxie primaire – qui s'adresse aux dents indemnes B. Prophylaxie secondaire – qui s'adresse aux lésions carieuses et maladie parodontales et leurs complications C. Prophylaxie tertiaire – qui s'adresse aux édentations et leurs complications D. Prophylaxie gnathologique – qui s'adresse aux dysfonctions crâno-mandibulaires E. Toutes les réponses ci-dessus 	ABC	213
571.	<p>Les facteurs influençant la valeur biomécanique des dents sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Vitalité des dents B. Morphologie coronaire C. Morphologie dento-parodontale D. Position des dents sur l'arcade E. Existence d'une occlusion avec l'antagoniste 	ACDE	234-240
572.	<p>*La surface occlusale du pontique doit résister à la flexion par :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Aspect concave B. Aspect convexe C. Morphologie cuspidienne correcte D. Atténuation de la morphologie cuspidienne E. Reduction du pontique 	B	247
573.	<p>Quand la loi polynomiale ne peut pas être satisfait par une restauration prothétique fixe, il est nécessaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Que les dents antagonistes soient part d'une prothèse amovible B. De réduire la hauteur cuspidienne C. De faire un pontique linéaire D. De faire un pontique en sous-occlusion E. De faire un pontique étroit 	ABCE	251
574.	<p>L'axe idéal d'insertion d'une prothèse fixe doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Permettre la désinsertion facile de la restauration B. Coïncider avec la direction des forces masticatrices verticales C. Coïncider avec l'axe des dents pilier D. Nécessiter une préparation minimum des dents pilier E. Assurer la rétention de la restauration fixée 	BCDE	255
575.	<p>Le principe biologique a comme but :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. La récupération morphologique B. L'ergonomisation de l'activité médicale C. Sauvegarder les tissus dentaires D. La récupération fonctionnelle E. La protection parodontale 	CE	218, 219
576.	<p>La préparation des dents pilier en prothèse fixe est influencée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. L'état de vitalité des dents pilier 	ABCD E	255

	B. La position des dents piliers sur l'arcade C. Le volume dentaire des dents piliers D. Le type d'élément d'agrégation choisi E. Le degré de destruction coronaire		
577.	*La valeur biomécanique des dents pilier peut être augmentée par : A. La divergence accrue des racines B. Des couronnes volumineuses C. La morphologie desmodontale D. Position des dents sur l'arcade E. Existence d'une occlusion avec l'antagoniste	A	Pag. 234- 235
578.	*Dans le principe prophylactique du traitement par bridges dentaires, la prophylaxie parodontale : A. Suivra toujours le placement des bords de la préparation supra- ou juxta-gingivale B. permet l'emplacement des bords de la préparation sous-gingivale, sans dépasser une profondeur de 0,5 mm C. Nécessite une atténuation des forces occlusales causées par des occlusions traumatiques D. Réduction dimensionnelle du pontique E. Placer les bords sous la gencive à une profondeur de la microprothèse de 1 mm	E	Pag. 247

Thème 55

Restaurations unitaires intra coronaires et extra coronaires

579.	Les éléments d'agrégations des prothèses fixes doivent respecter les conditions biologiques suivantes : A. Rétention maximum B. Aspect physionomique C. Prophylaxie pulinaire D. Prophylaxie parodontale E. Sacrifice amélo-dentinaire minimum	CDE	304-306
580.	Sur l'orientation des parois verticales de la préparation pour inlay classe II Black on peut dire : A. Ils doivent être toujours parallèles entre eux B. Ils peuvent être parallèles avec l'axe d'insertion de la restauration C. Ils peuvent être divergent vers occlusal D. Elle dépend du matériau de la restauration E. Elle dépend du degré de rétention nécessaire	BCDE	403
581.	La profondeur de la préparation pour les couronnes mixtes physionomique est : A. 2 mm occlusal, pour la couronne métallo-céramique B. 1 mm sur la face orale, au niveau du collet C. 1,5 mm occlusal, pour la couronne métallo-céramique D. 1,5 mm sur la face vestibulaire, pour la couronne métallo-céramique E. 2 mm sur la face vestibulaire, pour la couronne métallo-composite	AD	441,44 2

582.	<p>Parmi les indices clinique-biologiques fondamentaux dans la préparation pour les couronnes de recouvrement sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. L'indice vestibulo-orale, parce qu'il oriente sur la nécessité de dévitalisation des dents avec un diamètre réduit dans la zone cervicale B. La courbe sagittale de la couronne, parce qu'on évite la préparation planaire de la face vestibulaire C. La section du collet, parce qu'elle a une forme constante et permette la standardisation de la préparation D. L'indice mezio-distale, parce qu'il reflète la nécessité de dépouiller des faces proximales E. La longueur coronaire parce qu'elle constitue un repère pour réaliser la préparation en sens vestibulaire 	BD	395
583.	<p>Parmi les principes généraux de préparation clinique des dents pour les incrustations métalliques sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. L'axe d'insertion de l'incrustation doit coïncider ou bien être si près que possible de l'axe de la dent ou l'axe d'action de la force masticatrice B. Les parois verticales doivent être rigoureusement parallèles entre elles et perpendiculaires sur le fond de la cavité (on accepte une légère divergence vers le fond de la cavité de maximum 6°) C. La préparation doit être non-rétentive dans le sens de l'introduction de l'incrustation sur la dent et rétentive dans les autres sens (préparation rétentive - non-rétentive) D. La protection de la plaie dentinaire se réalise pour éviter les réactions pulpaires de la dent préparée E. Les limites de la préparation doivent être placées dans les zones auto nettoyables 	ACDE	403
584.	<p>Les limites de la préparation pour couronne partielles 4/5 ne sont pas à :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. 0,6 du collet sur les faces orales et proximales B. 0,5 mm des faces proximales des dents voisines C. 0,5 mm vestibulaire ou oral des contacts avec les dents voisines D. 0,5 du collet sur les faces orales et proximales E. 1 mm de la face vestibulaire sur la cuspide vestibulaire 	ABCE	418
585.	<p>La couronne de substitution ne peut pas être :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Double pièce prothétique, formée par inlay-onlay de substitution et couronne de recouvrement B. Double pièce prothétique, formée par un pivot radiculaire et un faux moignon C. Une seule pièce prothétique, formée par un pivot radiculaire et cassette D. Double pièce prothétique, avec une couronne Richmond E. Une seule pièce prothétique, ou la couronne à tenon radiculaire (couronne Richmond) 	BCD	450, 453
586.	<p>*Le congé :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Est un seuil en angle droit arrondi B. Peut-être en quart de rond ou en quart d'ellipse C. Assure une étanchéité marginale insuffisante D. Assure une épaisseur insuffisante des bords des restaurations E. N'assure pas le renflouage du ciment pendant le scellement 	B	431

587.	*Pour les couronnes mixtes physionomiques la profondeur de la préparation est A. 1,2 mm sur la face orale, au niveau du collet B. 2 mm occlusal, pour la couronne métallo-céramique C. 1,5 mm occlusal, pour la couronne métallo-céramique D. 1,5 mm sur la face vestibulaire, pour la couronne métallo-céramique E. 2 mm sur la face vestibulaire, pour la couronne métallo-composite	D	Pag. 441, 442
588.	*Les bridges adhésifs : A. Est une technologie "prepress" B. Ils n'utilisent que des couronnes partielles en composite ou entièrement en céramique comme éléments d'ancrage C. Peut utiliser comme éléments d'ancrage des facettes composites D. La préparation des dents est limitée à l'émail E. Exige un minimum de sacrifice amélo-dentinaire	D	Pag. 305
589.	*Les limites de la préparation pour couronne partielles 4/5 sont à : A. 0,6 du collet sur les faces orales et proximales B. 0,5 mm des faces proximales des dents voisines C. 0,5 mm vestibulaire ou oral des contacts avec les dents voisines D. 0,5 du collet sur les faces orales et proximales E. 1 mm de la face vestibulaire sur la cuspide vestibulaire	D	Pag. 418
590.	*Les éléments d'agrégations des prothèses fixes doivent respecter les conditions biologiques suivantes : A. Rétention maximum ; B. Aspect physionomique ; C. Effectuer un traitement endodontique correct au niveau des dents piliers ; D. Prophylaxie parodontale ; E. C et D.	D	304-306
591.	*La profondeur de la préparation pour les couronnes mixtes physionomique est : A. 2 mm occlusal, pour la couronne métallo-céramique ; B. 1 mm sur la face orale, au niveau du collet ; C. 1,5 mm occlusal, pour la couronne métallo-céramique ; D. 2,5 mm sur la face vestibulaire, pour la couronne métallo-céramique E. 2 mm sur la face vestibulaire, pour la couronne métallo-composite.	A	441,442

Thème 56
Eléments structurales des prothèses fixées
(pg. 303-340)

**(Vasile Burlui, Norina Forna, Gabriela Ifteni, Clinica si terapia edentatiei parțiale intercalate.
Ed. Apollonia, 2001)**

592.	Dans l'ordre décroissant, les plus biologiques éléments de rétention sont : A. bridges collés, couronnes métalliques, couronnes céramiques B. couronnes partielles, inlays, couronnes métalliques	ABD	pg.305
------	---	-----	--------

	C. couronnes partielles, bridges collés, couronnes mixtes métallo-acryliques, D. couronnes métalliques, couronnes mixtes, couronnes céramiques E. couronnes céramiques, couronnes mixtes métallo- céramiques couronnes de substitution		
593.	La rétention d'un bridge peut-être : A. partiellement coronaire intrinsèque B. partiellement extrinsèque C. couronne-radiculaire D. occlusal E. totalement coronaire extrinsèque	BCE	pg.311
594.	Le choix des éléments de rétention est fait selon ce qui suit: A. secteur frontale ou latérale B. l'axe d'insertion de la prothèse C. L'intégrité des dents piliers D. expérience clinique du médecin E. les possibilités du laboratoire dentaire	ABC	pg.320
595.	La forme de la section de pontique peut être: A. selle symétrique B. goutte C. linéaire D. cœur E. trèfle	ADE	pg.331
596.	Selon la façon technologique, le pontique peut-être: A. acrylique B. métallique C. physionomique D. coulé E. galvanisé	BC	pg.336
597.	Le pont semi physionomique peut être réalisé dans les versions suivantes: A. forme de Y B. forme du T C. type de boîte D. forme triangulaire E. forme avec rétentions supplémentaires	ABC	pg.338
598.	Le pontique suspendu: A. est établi à une distance de 5 mm du bord de la crête B. est établie à une distance de 2-3 mm du bord de la crête C. à des avantages biomécaniques D. à des avantages biologiques E. à des avantages hygiéniques	BDE	pg.333
599.	*Le choix des éléments d'ancre n'est pas fait selon ce qui suit : A. Secteur frontale ou latérale B. L'axe d'insertion de la prothèse C. L'intégrité des dents piliers D. Selon l'état du parodonte E. L'expérience du prothésiste	E	Pag. 320
600.	*Le pontique semi physionomique ne peut pas être réalisé dans les versions suivantes: A. Forme de Y	D	Pag. 337, 338

	B. Forme du T C. Type cassette D. Forme triangulaire E. Forme semi-cassette		
601.	*Le pont semi physionomique peut être réalisé dans les versions suivantes: A. forme de Y B. forme du Z ; C. forme du T D. forme triangulaire ; E. forme avec rétentions supplémentaires ;	A	pg.338
602.	*Le pontique suspendu: A. est établi à une distance de 5 mm du bord de la crête ; B. est établie à une distance de 2-3 mm du bord de la crête ; C. à des avantages biomécaniques ; D. à des avantages ergonomiques ; E. à des avantages morfologiques.	B	pg.333

Thème 57
Etape de la thérapie par prothèses fixées : L'empreinte
(pg.465-503)

**(Vasile Burlui, Norina Forna, Gabriela Ifteni, Clinica si terapia edentatiei parțiale intercalate.
Ed. Apollonia, 2001)**

603.	Les techniques de prise d'empreinte du champ prothétique sont classées par: A. matériaux d'empreintes B. la séquence de leur utilisation C. le degré de rigidité de l'empreinte obtenue D. le nombre de matériaux d'empreintes E. le temps de prise des matériaux utilisés	ABD	pg.466
604.	L'empreinte sectorielle du champ prothétique peut être à l'origine d'erreurs dues à: A. la reproduction imparfaite des contacts occlusaux B. L'impossibilité de rendre une occlusion dynamique C. l'absence de l'empreinte des dents voisines D. l'occlusion instable E. l'adaptation incorrecte de l'anneau métallique au niveau cervical, l'empreinte se réalisant seulement par la technique du guidage unitaire	ABD	pg.468/ pg.489/ pg.490
605.	Par rapport à l'empreinte sectorielle, les avantages de l'empreinte globale sont: A. elle ne nécessite pas l'utilisation de l'anneau pour l'empreinte de la région du sulcus gingival B. elle permet le repositionnement mandibulo-crânien C. elle reproduit avec fidélité tous les éléments du champ prothétique nécessaires à une restauration fixe correcte, quelle que soit l'amplitude de l'édentation D. elle permet d'obtenir facilement des modèles de travail fidèles E. l'intercuspidie maximale stable	BE	pg.467/ pg.491
606.	Les matériaux d'empreinte en alginates sont:	CDE	pg.486

	<ul style="list-style-type: none"> A. absolument contre-indiqué dans la prise d'empreinte des champs à édentation réduite, excepté les modèles d'étude B. moins couteux, car on peut en réaliser plusieurs modèles C. utilisés pour l'empreinte préliminaire, mixte ou composite et la prothèse fixe D. utilisés aussi dans des milieux humides E. très efficaces pour enregistrer des détails précis 		
607.	<p>L'empreinte globale à base de silicone sans guidage unitaire est employée dans:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. la prise d'empreinte sous-gingivale pour des incrustations intra- et extra-tissulaires B. reproduction des détails du sulcus pour les couronnes sus-équatoriales C. l'empreinte des préparations sous-gingivales pour des couronnes de recouvrement D. l'association avec des porte-empreintes en plastique vidé en raison d'économie du matériel E. des champs prothétiques retentissants, grâce à l'insertion et désinsertion faciles, autant pour le patient que pour le prothésiste 	AD	pg.489
608.	<p>A l'étape de vérification de l'adaptation marginale des couronnes, le praticien considère correctes les situations cliniques:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. un niveau réduit d'ischémie parodontale B. effondrement modéré de la gencive, qui revient à sa position initiale au bout de 3-5 minutes C. le déplacement tissulaire marginal minime D. l'absence du sous-contour E. l'absence du sus-contour 	DE	pg.493
609.	<p>Dans la prise en charge prothétique définitive, la thérapie temporisée est indiquée:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. en fonction des caractéristiques histologiques de l'espace biologique parodontal B. selon l'âge du patient C. prophylactique, pour 60 jours, jusqu'à la restauration complète des structures parodontales D. en fonction la santé parodontale E. à courte, moyenne et longue terme 	BDE	pg.494
610.	<p>*L'empreinte sectorielle du champ prothétique peut être à l'origine d'erreurs dues à:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. La reproduction imparfaite des contacts occlusaux B. L'impossibilité de rendre une occlusion dynamique C. Mauvais positionnement du modèle antagoniste en occlusion D. L'occlusion instable E. Toutes les réponses sont correctes 	E	Pag. 468, 489, 490
611.	<p>*Les matériaux d'empreinte en alginates ne sont pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Absolument contre-indiqué dans la prise d'empreinte des champs à édentation réduite, excepté les modèles d'étude B. Utilisés pour imprimer les loges des racines, même si elles sont parallèles C. Pour l'empreinte préliminaire, mixte ou composite et la prothèse fixe 	A	Pag. 486

	D. Utilisés dans des milieux humides E. Très efficaces pour enregistrer des détails précis		
612.	*A l'étape de vérification de l'adaptation marginale des couronnes, le praticien considère correctes les situations cliniques: A. un niveau réduit d'ischémie parodontale B. effondrement modéré de la gencive, qui revient à sa position initiale au bout de 3-5 minutes C. le déplacement tissulaire marginal minime D. la présence des points de contact interproximaux E. l'absence du sur-contour ou de sous-contour	E	Pag. 493
613.	*Par rapport à l'empreinte sectorielle, les avantages de l'empreinte globale sont: A. elle ne nécessite pas l'utilisation de l'anneau pour l'empreinte de la région du sulcus gingival ; B. elle reproduit avec fidélité tous les éléments du champ prothétique nécessaires à une restauration fixe correcte, quelle que soit l'amplitude de l'édentation C. elle permet d'obtenir facilement des modèles de travail fidèles D. l'intercuspidie maximale stable E. A et B.	D	pg.467/ pg.491
614.	*L'empreinte globale à base de silicone sans guidage unitaire est employée dans: A. la prise d'empreinte supra-gingivale pour des incrustations intra- et extra-tissulaires B. reproduction des détails du sulcus pour les couronnes sus-équatoriales C. l'empreinte des préparations sous-gingivales pour des couronnes de recouvrement D. l'association avec des porte-empreintes en plastique vidé en raison d'économie du matériel E. des champs prothétiques retentissants, grâce à l'insertion et désinsertion faciles, autant pour le patient que pour le prothésiste	D	pg.489

Thème 58

Etape de la thérapie par prothèses fixées : L'enregistrement des relations mandibule-crâniennes

(pg. 503-529)

**(Vasile Burlui, Norina Forna, Gabriela Ifteni, Clinica si terapia edentatiei parțiale intercalate.
Ed. Apollonia, 2001)**

615.	L'enregistrement des relations crano-mandibulaire pour les prothèses fixées peut être réalisé à partir de l'étape d'empreinte si : A. l'occlusion est stable avant les polissages dentaires B. la relation centrique (RC) est stable avant et après les polissages dentaires C. l'occlusion terminale est précise D. le patient n'a pas d'occlusion traumatique	BC	pg.504
------	---	----	--------

	E. les paramètres de l'occlusion sont stables avant les polissages dentaires		
616.	<p>La clé d'occlusion en cire:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. n'est pas utilisée pour enregistrer les relations crano-mandibulaires dans la thérapie par prothèses fixées B. n'est pas indiquée dans l'occlusion instable C. elle peut être complétée avec de la silicone fluide pour un meilleur enregistrement des aires occlusales D. elle peut être complétée avec inlay-wax pour un repositionnement précis sur les arcades dentaires E. il a la plus grande précision d'enregistrement à une épaisseur de 0.5mm 	BD	pg.504/ pg.505
617.	<p>Les prothèses provisoires du type masque de Scutan :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. sont indiquées pour l'enregistrement de l'occlusion dans les repositionnements crano-mandibulaires B. sont obligatoires pour monter les modèles de laboratoires dans l'articulateur C. sont faites avant l'empreinte pour les prothèses définitives, quand l'occlusion est instable D. sont utilisées pour obtenir la stabilité occlusale E. nécessitent des dispositifs métalliques pour transférer l'occlusion sur l'articulateur 	ACD	pg.506
618.	<p>La reproduction avec des articulateurs des mouvements mandibulaires implique l'utilisation d'éléments de références suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Le processus alvéolaire mandibulaire parallèle à la mâchoire B. La dimension verticale d'occlusion (DVO) C. La clé Angle D. Le plan maxillaire parallèle à la ligne bi-pupillaire E. Le plan maxillaire parallèle au plan Camper 	AD	pg.508/ pg.509
619.	<p>La partie clinique du système NOR, pour les enregistrements des relations crano-mandibulaire, est composée par:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. le système "mandifix" conçu pour reproduire les mouvements tridimensionnels des articulations temporo-mandibulaire B. arc facial, clé d'occlusion en silicone et clé d'occlusion en cire C. deux pantographes et un articulateur D. tiges pour l'enregistrement des chemins dynamiques mandibulaires E. deux pantographes 	DE	pg.509/ pg.510
620.	<p>Dans une édentation réduite, avec une occlusion instable, l'enregistrement des relations crano-mandibulaire, peut être fait avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. des capes métalliques B. des bordures en cire C. la clé d'occlusion en cire D. de la silicone solid E. des prothèses transitoires après stabilisation occlusale 	BE	pg.506
621.	<p>La pâte d'oxyde de zinc-eugénol (Z.O.E.) :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. elle n'est pas utilisé pour enregistrer les relations crano-mandibulaires dans une édentation réduite B. elle est une technique ancienne et imprécise C. elle n'indique pas si le nombre de contacts occlusaux est réduit D. elle est utilisée en combinaison avec des bordures en cire 	DE	pg.506

	E. elle peut également être utilisée pour enregistrer l'occlusion		
622.	*L'arc facial ARCUS fait partie de l'articulateur: A. Protar B. le system NOR C. SAM 2PX D. Kavo E. toutes les réponses sont correctes	A	pg.522
623.	*Le réglage et la programmation de l'articulateur Protar ne nécessitent pas : A. le réglage de la pente condylienne B. le réglage de l'angle Bennett C. contrôle du système "split-cast" D. réglage du repositionnement mandibulaire E. aucune réponse correcte	E	pg.525/ pg.528
624.	*Les prothèses provisoires du type masque de Scutan : A. Ne sont indiquées pour l'enregistrement de l'occlusion dans les repositionnements cranio-mandibulaires B. sont obligatoires pour monter les modèles de laboratoires dans l'articulateur C. sont faites sur la base des mêmes empreintes que pour les prothèses définitives, quand l'occlusion est instable D. sont utilisées pour obtenir la stabilité occlusale E. nécessitent des dispositifs métalliques pour transférer l'occlusion sur l'articulateur	D	Pag. 506
625.	*Le réglage et la programmation de l'articulateur Protar nécessitent: A. Le réglage de la pente condylienne B. Le réglage de l'angle Bennett C. Contrôle du système "split-cast" D. Réglage du repositionnement mandibulaire E. Toutes les réponses sont correctes	E	Pag. 525, 528
626.	*La partie clinique du système NOR, pour les enregistrements des relations cranio-mandibulaire, est composée par: A. le système "mandifix" conçu pour reproduire les mouvements tridimensionnels des articulations temporo-mandibulaire B. arc facial, clé d'occlusion en silicone et clé d'occlusion en cire C. deux pantographes et un articulateur D. tiges pour l'enregistrement des chemins dynamiques mandibulaires E. A et B.	D	pg.509/ pg.510
627.	*Dans une édentation réduite, avec une occlusion instable, l'enregistrement des relations cranio-mandibulaire, peut être fait avec : A. des capes métalliques ; B. de la silicon fluide ; C. la clé d'occlusion en cire ; D. de la silicone solid; E. des prothèses transitoires après stabilisation occlusale.	E	pg.506

Thème 59.

Des examens cliniques et paracliniques dans l'édentation partielle étendue

(pag. 78-170) bibl.26

628.	*Les raisons de la présentation du patient réunissent: A. Des troubles articulaires, musculaires, des lésions de la muqueuse B. La reoptimisation de restaurations prothétiques C. Des troubles de divers degrés générés par les disfonctions physiologiques et phonétiques D. Des troubles de divers degrés générés par les disfonctions masticatrices E. Tous les réponses sont correctes	E	pag.80
629.	La mandibulokinésiographie est réalisée par : A. nous donne des indications sur le tonus musculaire, en appréciant l'inégalité des tensions des groupes musculaires dans les phases de repos B. permet l'enregistrement tridimensionnel de la dynamique mandibulaire C. permet l'enregistrement du diagramme Posselt D. L'appareil enregistre électroniquement les mouvements d'un point à niveau molaire E. les réponses B et D sont bonnes	BC	pag.14 5
630.	L'arthroscopie à fibre optique est une méthode d'exploration qui : A. utilise la substance de contraste B. est utilisée pour obtenir des informations sur les parties molles, articulaires, en particulier le ménisque articulaire C. permettant une visualisation directe des éléments articulaires D. offre des données supplémentaires sur la structure des composantes radio-opaques de l'ATM E. renonce à l'irradiation du patient	CE	pag.13 9
631.	Dans la quantification des aspects de la crête édentée, dans le cas de l'édentement partiel, on va utiliser: A. La classification Atwood B. La classification Lejoyeux C. La classification Sanguinol D. La classification Kennedy E. La classification Wild	AB	pag.10 8
632.	*La tomographie sur l'ordinateur (CT) d'articulation offre des données supplémentaires sur: A. les tissus mous B. l'analyse Rykertz C. L'enregistrement du diagramme Posselt ; D. L'investigation de la relation centrale E. la structure des composantes radio-opaques de l'ATM.	E	pag.14 0
633.	*Dans la quantification des aspects de la crête édentée, dans le cas de l'édentement partiel, on va utiliser: A. La classification Angle ; B. La classification Lejoyeux ; C. La classification Sanguinol ; D. La classification Kennedy ; E. La classification Wild.	B	pag.10 8

Thème 59.
Des examens cliniques et paracliniques dans l'édentation totale
(pag. 32-83)

634.	*L'histoire personnelle générale: A. sera en corrélation avec l'âge, le sexe, l'état physiologique, etc. B. est utilisé pour étudier les relations mandibulo- crâniennes; C. est utilisé pour évaluer l'état des muscles; D. est utilisé dans l'étude de l'occlusion; E. sera en corrélation avec les maladies du système nerveux	A	p. 32
635.	*Les examens de laboratoire des relations mandibulo- crâniennes sont réalisée à l'aide: A. d'une simulation photoélectrique; B. des clés d'occlusion; C. Analyse occlusale informatisée; D. l'électromyograph; E. aucune réponse est correcte.	B	p. 74
636.	Les antécédents dentaires familiaux sont analyses pour détecter: A. des troubles métaboliques; B. maladies cardiaques; C. troubles neurologiques; D. anomalies dentaires maxillaires; E. multiples cavités.	DE	p.33
637.	L'examen cervico-faciel est effectué: A. par la palpation superficielle et profonde; B. l'inspection du visage et de profil; C. A et B sont les seules réponses correctes; D. l'auscultation; E. toutes les réponses sont corrects.	ABD	p.34
638.	La palpation: A. accompagne et complète l'inspection; B. est faite superficielle et profonde; C. suit de bruits articulaires; D. suit le développement de l'angle goniac; E. A et D sont des réponses correctes.	AB	p.36
639.	Les conditions de vie et de travail donne des dates sur: A. régime alimentaire B. stéréotype de mastication; C. s'il y a des tics professionnels; D. la forme des galgliones; E. changements dans les articulations.	ABC	p.34
640.	La poche d'Eisenring: A. est examinée par palpation superficielle; B. est examiné par l'inspection avec une miroir en supprimant les tissus mous; C. c'est une zone avec importance phisionomique;	BD	p.43

	D. la largeur est effectuée en inclinant la mandibule vers la face opposé à cette question; E. est examiné en tirant forte la lèvre vers l'extérieur pour avoir la visibilité maximum.		
641.	*L'histoire personnelle générale: A. sera en corrélation avec l'âge, le sexe, l'état physiologique, etc. B. est utilisé pour étudier les relations mandibulo-crâniennes; C. est utilisé pour évaluer l'état des muscles; D. est utilisé dans l'étude de l'occlusion; E. sera en corrélation avec les maladies du système nerveux.	A	p. 32
642.	*L'examen cervico-facial est effectué: A. par la palpation superficielle et profonde; B. en effectuant un historique minutieux; C. après l'enregistrement des relations mandibulo-crânienne; D. par la bonne interprétation des examens paracliniques; E. toutes les réponses sont corrects.	A	p.34

Thème 60.
La prothèse partielle amovible acrylique. Composants.
(pag. 240 -286) bibli.26

643.	Les selles représentent les principaux éléments des prothèses partielles en ayant : A. Le rôle de support des dents artificielles B. Le rôle de développement les forces de déplacement verticales C. Le rôle de développement les forces de déplacement horizontales D. Le rôle de transmission des forces masticatoires vers le support muco-osseux E. Le rôle de transmission des forces masticatoires vers le support dento-parodontal	ADE	pag.240
644.	*Le choix et le montage des dents artificielles, quand l'édentement est plus ample, sont faits: A. De la même façon que dans le cas de la prothèse totale B. On va refaire le guidage posterior C. On réalisera la desocclusion anterior D. La fonction groupe on transforme en fonction canine E. On respecte le principe de l'occlusion bilatéralement équilibrée de Gyssi	E	pag.24 3
645.	*Le crochet cervico-occlusal ouvert dentalement ou le crochet avec épaule: A. Indiqué dans la situation quand sur l'arcade sont restantes deux dents voisines ; B. Il est indiqué sur des dents avec des rétentivités modérées ; C. Il est indiqué sur les dents rétentives ; D. Présentent pas rôle anti-basculant ; E. A un diamètre de 0,2 à 0,3 mm.	B	pag.24 3
646.	Le connector principal acrylique se présente sous forme de : A. Plaque acrylique palatinale B. Bandeau acrylique palatinale	AE	pag.24 5

	C. Bandeau acrylique linguale D. Plaque metalo-acrylique linguale E. Plaque acrylique linguale		
647.	Le connector principal acrylique palatinale a les caractéristiques suivantes : A. La face mucosale est polie B. La face externe est polie C. A une grosseur de 3 mm D. Est située à distance de zones qui ne supportent pas de pressions E. Couvre en totalité la voûte palatine	BDE	pag.24 5
648.	*En ce qui concerne les arcades artificielles: A. Quand l'édentement est plus ample, on respecte le principe de l'occlusion unilatéralement équilibrée de Gyssi; B. Quand l'édentement est plus ample, on respecte le principe de l'occlusion bilatéralement équilibrée de Gyssi. C. Dans le cas d'un édentement classe IV Kennedy réduite, avec l'absence des quatre incisives, on va refaire le guidage antérieur et on va garder le contact aussi du point de vue distal ; D. dans le cas d'un édentement partiel réduit, on ne respecte pas le type d'occlusion dynamique du patient. E. les reponses C et D sont corrects.	B	pag.24 5
649.	Le connecteur principal acrylique lingual a les caractéristiques suivantes : A. Plaque lingual semilunaire en « V » B. Est ouvert anterior C. A une grosseur de 3 mm D. La marge supérieure se place au niveau des dents restantes supracingulaire E. La marge supérieure se place au niveau des dents restantes équatorial	DE	pag. 247
650.	Les crochets simples acryliques alveolaires a les caractéristiques suivantes : A. Sont des prolongements des selle B. Ils sont sous forme de pelotes ou digitations C. Utilise les zones rétentives distale D. Grosseur de 3-4 mm E. Ils ont de désavantage de la rigidité	ABDE	pag.25 9
651.	*Le crochet cervico-alveolaire ouvert édentelement est recommandé dans : A. Les édentements anterior B. Les édentements encastrée C. Les édentements terminaux D. Les édentements biterminale E. Les édentements reduit	C	pag.26 1
652.	*La loi biomécanique de Conod qui guide la réalisation d'une arcade artificielle d'une PPAA parle de: A. changer l'ordre des dents artificielles; B. modifier la morphologie des dents artificielles par rapport aux dents naturelles; C. réduire le nombre des dents artificielles, notamment sur la selle terminale; D. placer les forces de sollicitation occlusales au milieu de la selle, au niveau du centre géométrique;	D	pag.24 0

	E. placer les forces de sollicitation occlusales au plus loin de la dent limitrophe à l'édentation.		
--	---	--	--

Thème 61.
Les éléments de structure des prothèses partielles squelettes.
(pag. 266 - 312) – bibli.26

653.	<p>Les selles mixte représentent les principaux éléments des prothèses partielles squelettes, en ayant :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Dans la zone orale frontale les éléments de rétention seront plus réduites B. Commencent avec le connecteur principal, a la base du versant oral de la crete édentée C. Au niveau de la crete, elles ne présentent pas des éléments de rétention pour les dents artificielles D. Commencent avec le connecteur principal, a la base du versant vestibular de la crete édentée E. Au niveau de la crete ,elles présentent des éléments de rétention pour les dents artificielles 	BE	pag.267
654.	<p>*Le crochet continu (Housset) :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. nommé aussi crochet à six bras ; B. nommé aussi crochet à quatre bras ; C. est un élément excellent d'appui et de stabilisation ; D. est appliqué sur la face orale des dents frontales ; E. les reponses C, D sont bonnes. 	E	pag.267
655.	<p>*Le crochet annulaire (le système Ney de crochets tournés) et s'applique :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Sur les dents avec la ligne guide 1; B. Sur les dents avec la ligne guide 2 ; C. Sur la molaire 2 qui délimite distalement l'édentement; D. Sur les canines; E. Sur les prémolaires. 	C	pag.29 1
656.	<p>*Le crochet circulaire Ackers :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. S'applique sur les prémolaires et molaires avec rétentivités vestibulaires et orales favorables ; B. Nommé aussi crochet avec action réciproque de Bonwill ; C. Il est un crochet à quatre bras ; D. Le corps, l'épaule, la portion rigide du bras élastique se situe dans le cône rétention; E. Aucune réponse correcte . 	A	pag.29 6
657.	<p>Les connectors principaux métalliques se présenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Sous forme de barre B. Sous forme de plaquettes C. Se réalisent d'alliages métalliques avec résistance grande D. Se réalisent d'alliages inoxydables de chrome nickel E. Les alliages nobles sont plus utilisés aujourd'hui 	ABCD	pag.27 3
658.	<p>*Le crochet en forme de flèche (flash)</p> <ul style="list-style-type: none"> A. présente un éperon libre situé dans une incrustation occluso-proximale 	E	pag.27 3

	B. Il est un crochet bi-actif avec appui et encerclement bon C. est appliqué sur la face orale des dents frontales D. en indiquant dans les édentements frontale Classe IVère Kennedy. E. Il présente un connecteur secondaire prolongé qui passe en bridge sur le processus alvéolaire, et la partie active qui s'appuie interdentairement sous le point de contact.		
659.	Le connecteur principal barres palatines peuvent être : A. Située antérieurement en rapport de premolaire 2 B. Située postérieurement en rapport de premolaire 2 C. Elle sera appliquée à la limite de réflexion D. La barre antérieure palatine transversale suit la courbure de l'arcade E. La barre moyenne est située au niveau de la molaire 1	DE	pag. 274
660.	Les connecteurs secondaires ont les caractéristiques suivantes: A. Seulement élastiques B. Seulement rigide C. Élastiques en forme de « S » D. Ils ont le rôle d'unir les selles au connecteur principale E. Peuvent être situés proximalement	CE	pag.28 1
661.	Le système Roach contient des crochets qui s'appellent : A. Crochets barre B. Crochets divisés C. Crochets circulaire D. Crochets continuu E. Crochets equi-poise	AB	pag.29 2
662.	*Le crochet equi-poise est un crochet décrit par Soyer : A. présente un éperon libre situé dans une incrustation occluso-proximale B. Il est indiqué sur les dents pilier visibles dans l'édentement de Classe I Kennedy. C. Il est un crochet bi-actif avec appui et encerclement bon D. est appliqué sur la face orale des dents frontales E. nommé aussi crochet à six bras	A	pag.29 6

Thème 62
Biodynamique des prothèses squelettes dans la cavité orale
(pag. 198 – 227/430-476) – bibl.26

663.	La caractéristique biomécanique dans le cas de l'édentation classe III Kennedy se concrétise par : A. Les trouble locaux ne perturbent pas l'homéostasie B. Non correspondance entre le polygone d'appui parodontal avec celui muco-osseux C. La brèche est circonscrite à un polygone de soutien parodontale D. Le rétablissement de l'ancien équilibre morphologique est extrêmement difficile E. Le rétablissement de l'ancien équilibre fonctionnel est extrêmement difficile	CDE	pag.452
------	--	-----	---------

664.	<p>Les causes du mésialisation du prothèse sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Les crêtes ascendantes vers le distal à la mandibule et descendantes vers le distal au maxillaire, dans le cas des édentements terminaux B. Les forces de mastication ou la déglutition C. Les parafonctions D. La dimension verticale de l'étage inférieur agrandie E. Les contacts prematures dans la relation centrique 	AE	pag.22 5
665.	<p>Les causes du distalisation du prothèse sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Les crêtes ascendantes vers le distal à la mandibule et descendantes vers le distal au maxillaire, dans le cas des édentements terminaux ; B. Favorisée par les crêtes descendantes vers le distal et mandibule et descendantes vers le distal au maxillaire (situation rarement rencontrée) C. Les parafonctions D. Des contacts dentaires non équilibrés E. Les contacts prématuress dans la relation centrique 	BD	pag.22 6
666.	<p>Les causes des déplacements latéraux du prothèse sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Favorisé par des atrophies de la crête alvéolaire B. Favorisé par les mouvement lateraux de la mandibule avec de contacts non équilibrés C. Les parafonctions D. Des contacts dentaires non équilibrés E. Les contacts prématuress dans la relation centrique 	AB	pag.22 6
667.	<p>La caractéristique biomécanique dans le cas de l'édentation classe I Kennedy se concrétise par :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. La correspondance entre le polygone d'appui parodontal avec celui muco-osseux B. Non correspondance entre le polygone d'appui parodontal avec celui muco-osseux C. La perte des unités odonto-parodontales à valeur élevée D. Diagramme dynamique qui indique localisation de la résistance dans la zone antérieure E. Diagramme dynamique qui indique le placement de la pression dans la zone antérieure 	BCD	pag. 446
668.	<p>Conception mécanique, adaptée en cas d'édentement sous-totale, se caractérise par :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Sur la mandibule, les unités odonto-parodontale restantes sont conservées seulement si les deux lois de la conception mécanique sont respectées B. Elle n'est pas différente pour maxillaire et la mandibule C. Sur le maxillaire, les unités odonto-parodontale restantes sont conservées seulement si les deux lois de la conception mécanique sont respectées D. Elle est différente pour maxillaire et la mandibule E. Ne doit pas respectée d'équilibre statique et dynamique 	CD	pag.46 9
669.	<p>Les forces horizontales peuvent apparaître à la suite :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Des déplacements de la prothèse produits par des constructions défectueuses B. La crête descendante 	ABCD	pag.22 1

	C. La crête ascendante D. La muqueuse gingivale avec mobilité horizontale E. La crête haute		
670.	*Contre le mouvement de basculation on utilise: A. Les éléments de rétention directe B. Les éléments de rétention indirecte C. Les éléments de rétention directe et indirecte D. Des bras élastiques des crochets; E. Le système Dolder.	B	pag.22 6
671.	*Contre l'action de mésialisation de prothèse stellite on utilise : A. une courbe d'occlusion sagittale inverse ; B. les connecteurs principaux dento-mucosaux; C. les éperons occlusaux des fossettes mésiales des molaires D. L'adhésion ; E. Toutes les variants sont vraies.	B	pag. 226

Thème 63
Etapes de la thérapie par des prothèses partiellement adjointes squelettisés:
l'empreinte
(pag. 370 -399) – bibli.25

672.	Les matériaux d'empreinte rigides incluent : A. Le plâtre B. Le polétile- métacrylate C. Les cirures D. Les matériaux thermoplastiques E. Les silicones	AB	pag.373
673.	L'empreinte préliminaire devra assurer les suivantes conditions : A. Assure les conditions d'appui, en totalité B. Assure les conditions de stabilité, en totalité C. Équilibre neuromusculaire s'obtenir dans cette étape D. L'empreinte préliminaire ne réussit pas rendre les conditions de la réalisation d'une succion optimale E. Surprendre toutes les surfaces planes et horizontales du champ prothétique	DE	pag.38 5
674.	En vue de l'enregistrement de l'empreinte préliminaire, on procédera : A. Les marges de celles-ci s'arrêtent à 4 mm de la ligne guirlandée B. Choix du porte-empreinte qui doit être suffisamment rigide C. Ne pas gêner le jeu des formations mobiles D. Contenir en totalité le champ prothétique E. Assurer une grosseur insuffisante du matériel d'empreinte	BCD	pag.38 4
675.	Les mouvements non-fonctionnels sont effectués par : A. Le médicin B. On utilise des déplacements de la langue C. On utilise le balancement de la mandibule D. N'utilise pas des déplacements de la langue E. On utilise la contraction de l'orbiculaire des lèvres	ABCE	pag.38 7

676.	*Après la prise du matériel d'empreinte, la désinsertion de l'empreinte sera faite : A. Par 2 mouvements B. Par stimulation les tensions internes C. Par 1 mouvement D. Les réponses a et b sont bonnes E. Les réponses c et b sont bonnes	C	pag.38 8
677.	La classification des empreintes fonctionnelles est : A. Par rapport au degré de la position de la mandibule pendant le processus d'empreinte B. Les nombres des dents C. Le nombre de matériaux utilisés D. Par rapport de porte-empreinte E. Par rapport au degré de mobilisation de la périphérie du champ prothétique	ACE	pag.38 9
678.	Les mouvements automatisés effectués par le patient sont représentés par : A. L'ouverture large de la bouche B. Siflement C. Des tests de déglutition D. Des tests de mastication E. La langue vers le nez	CD	pag.39 3
679.	*L'empreinte préliminaire devra assurer les suivantes conditions : A. Assure les conditions d'appui, en totalité B. Assure les conditions de stabilité, en totalité C. Équilibre neuromusculaire s'obtenir dans cette étape D. L'empreinte préliminaire réussit rendre les conditions de la réalisation d'une succion optimale E. Surprendre toutes les surfaces planes et horizontales du champ prothétique	E	pag.38 5

Thème 64
Etapes de la thérapie par des prothèses partiellement adjointes squelettisés:
l'enregistrement relation intermaxillaire
(pag. 400-419) – bibli.25

680.	L'enregistrement des relations intermaxillaire veut repositionner la mandibule en relation : A. Centrique correcte B. En respectant seul les repere articulatoire C. En respectant seul les repere labial D. En respectant seul les repere osseux E. Permettre a la musculature de realiser une relation de posture correspondante	AE	pag.401
681.	Dans le cadre de la thérapie par des prothèses partiellement mobilisables, les méthodes simples de détermination de la relation centrique sont : A. La méthode de test Valsalva B. La méthode d'homotropisme lingual-mandibulaire C. La méthode de la compression sur maxillaire	BD	pag.41 4

	D. La stimulation du reflexe d'occlusion molaire E. La méthode des tests Herbst		
682.	Les méthodes anthropométriques sans repères préextractionnels sont les suivantes : A. La méthode Boianov B. La méthode Kennedy; C. La méthode Willis D. La méthode Neil et Bowen E. La méthode du compas d'or Appenrodt	ACE	pag.41 0
683.	Les méthodes fonctionnelles utilisées pour déterminer la dimension verticale sont: A. La méthode Willis B. La méthode Boianov C. La méthode Swenson D. La méthode Silvermann E. Le critère du confort	DE	pag.41 1
684.	*La vérification intraorale des maquettes d'occlusion sera réalisée: A. S'exécute avec les maquettes sur le modèle fonctionnel B. S'exécute avec les maquettes sur le modèle préliminaire C. Sera pratiquée après la désinfection préalable de maquettes d'occlusion D. Les réponses a et c sont bonnes E. Les réponses b et c sont bonnes	C	pag.40 7
685.	La détermination du plan d'occlusion se réalisera: A. Dans la zone frontale le niveau du plan d'occlusion sera situé à 3 mm B. Dans la zone latérale le niveau du plan d'occlusion sera situé vers maxillaire C. En fonction du type d'édentement D. On va la faire de manière différenciée pour la zone frontale de l'arcade et pour la zone latérale E. Par rapport au degré de mobilisation de la périphérie du champ prothétique	CD	pag.40 7
686.	Dans la phase d'adaptation et d'individualisation des maquettes d'occlusion on a réalisé : A. L'établissement du niveau et de l'orientation du plan d'occlusion au niveau maxillaire B. Sifflement C. La détermination de la dimension verticale de l'étage inférieur dans relation centrique et de posture D. Des tests de mastication E. L'établissement du niveau et de l'orientation du plan d'occlusion en accord avec la hauteur des unités dentaires restantes	ACE	pag.41 3
687.	*Dans le cadre de la thérapie par des prothèses partiellement mobilisables, la méthode simple de détermination de la relation centrique est : A. La méthode de test Valsalva B. La méthode d'homotropisme lingual-mandibulaire C. La méthode de la compression sur maxillaire D. La méthode de test Leonardo da Vinci ; E. La méthode des tests Herbst.	B	pag.41 4

Thème 65.
Les étapes de thérapie de prothèses: L'empreinte
(p. 465-544)

688.	*La technique d'empreinte fonctionnelle ALL-ORAL: A. Est un procédé décrit de Lejoyeux; B. est un procédé d'empreintes combiné; C. est un procédé de prise d'empreintes qui nécessite les portempreintes ivotray SR; D. dans l'étape d'empreinte fonctionnelle utilisé les prot-empreintes métalliques; E. ne nécessite pas dispositifs d'enregistrement des relations intermaxillaires	B	p. 519
689.	*Le système Biofonctionnel Prosthetique-Ivoclar: A. Est un procédé de prise d'empreintes avec l'articulateur ergonomique complexe; B. Il a des por-empreintes individuels avec des bordures d'occlusion allongée; C. Il a des por-empreintes individuels de résine acrylique photopolymérisable ; D. L'impression finale est avec la bouche ouverte; E. aucune réponse est correcte.	A	p. 519
690.	Le choix du port-empreinte de série: A. est obligatoire avec le rapporteur; B. est faite par essais répété; C. A et B sont des réponses incorrectes; D. implique le choix d'un port-empreinte légèrement surdimensionné; E. implique la sélection d'un port-empreinte surdimensionné	CD	p. 474-475
691.	Pour l'empreinte avec des matériel thermoplastique: A. Il peut être utilisé des port-empreintes avec le profil moins évident B. Il peut être utilisé des port-empreintes fait en acrylate; C. Le matériau utilisé est déformée après le durcissement; D. A et C sont bonnes réponses; E. aucune réponse est correcte.	AB	p. 476
692.	Les repères anatomiques dans le champ prothétique maxillaire sont les suivants: A. Le frain de la langue; B. la suture médiane palatine; C. le frein buccale; D. les foyées du palais; E. aucune réponse est correcte.	BCD	p. 481
693.	Les repères anatomiques dans le champ prothétique mandibulaire sont: A. la zone vestibulaire antérieure; B. la ligne oblique interne; C. le pli sublinguale; D. le muscle génioglosse; E. le muscle mylo-hyoïdien.	CE	p. 481-482

694.	*Les mouvements non-fonctionnels sont effectués: A. Par le patient grâce à les tests Herbs; B. Par le médicin; C. Par le technicien dentaire; D. En cas de resorbtion osseuses accentuee; E. les réponses A et D sont correctes.	B	p. 481-482
695.	L'équipement nécessaire pour l'empreinte préliminaire: A. port-empreintes de plaque de base ; B. silicone fluide; C. L'eau à 24° C; D. spatule; E. cire.	CDE	p.482

Thème 66.

Les étapes de thérapie de prothèses totale: la détermination des relations intermaxillaires (p.550-564)

696.	La stimulation de réflexe molaire d'occlusion: A. A est une méthode simple de détermination la relation de posture; B. il produit la renaissance des vieux réflexes des muscles parodontales, de positionnement postural; C. est une méthode simple de détermination la relation centrique; D. vise à induire la relation de posture; E. il produit la renaissance des vieux réflexes des muscles parodontales, de positionnement centrale.	CE	p. 559
697.	*Le profil droit: A. Est le prototype normal, donc les plans de Camper et d'occlusion seront divergents vers distale; B. se produit chez les patients atteints de classe III Angle, donc les plans de Camper et d'occlusion seront divergents vers distale; C. se produit chez les patients atteints de classe II Angle donc les plans de Camper et d'occlusion seront divergents vers distale; D. Est le prototype normal, donc les plans de Camper et d'occlusion seront parallèle; A. aucune réponse est correcte.	D	p. 552
698.	Le contrôle extraorale des modèles d'occlusion: A. est fait en l'absence de patient; B. vérifier le respect des instructions données par les modèles et la fiche de laboratoire; C. A et B sont les réponses correctes; D. est une méthode simple qui utilise des repères pre-extractionnelles; E. toutes les variantes sont corrects.	ABC	p. 550
699.	*L'établissement d'orientation occlusal: A. dans les zones latérales est fait par rapport au plan de la Fox; B. à l'avant est fait par rapport au plan Camper; C. dans les zones latérales est fait par rapport au plan de Frankfurt; D. est fait avec la plaque Fox E. toutes les variantes sont corrects.	D	p. 550-552

700.	Les méthodes anthropométriques, sans des repères pre-extractionnelles , pour déterminer le DV de l'étage inférieur sont: A. Profileograph Sears; B. La méthode Wright; C. La méthode Boianov; D. La méthode Landa E. La méthode Swenson	CD	p. 554-555
701.	*Les affirmations suivantes concernant la méthode Boianov sont fausses : A. c'est une méthode anthropométrique sans repères préextractionales B. c'est une méthode complexe C. ne considère pas que le segment standard est la distance subnasale-gnathion D. considère le segment standard comme la distance intercomisurale E. n'est pas une méthode fonctionnelle de détermination la dimension verticale de l'étage inférieur	B	p.555
702.	Parmi le méthodes fonctionnel de déterminer le DV de l'étage inférieur sont: A. La méthode du plan de Frankfurt (La méthode Landa); B. La méthode Silvermann; C. La méthode Robinson; D. La méthode Willis; E. toutes les variantes sont corrects.	BC	p. 556
703.	Parmi le méthodes simples de déterminer la R.C. sont: A. la manœuvre temporale Green B. La méthode Willis ; C. La méthode Silvermann; D. m La méthode etoda Wild; E. la manœuvre masséterine Gysi.	AE	p. 558-559
704.	*Les repères nécessaires au choix des dents artificielles sont représentés par necesare alegerii dintilor artificiali sunt reprezentate de: A. le plan Frankfurt; B. ligne de sourire.; C. le plan du Camper; D. le plan d'occlusion; E. plan basal mandibulaire ;	B	p.563
705.	* La méthode homotropisme linguo-mandibulaire consiste en : A. positionnement de la mandibule dans la relation de posture en déglutition; B. positionnement de la mandibule dans la relation de posture par l'éveil des réflexes parodontale musculaires C. positionnement de la mandibule dans la relation centrique par la compression du menton; D. positionnement de la mandibule dans la relation centrique , en fermant la bouche avec le somet de la langue sur les perles Walchoff; E. aucune version correcte.	D	p. 558
706.	*La ligne de sourire: A. est la limitée de visibilité maximale du groupe central supérieure; B. est évaluée basée sur le filtre de la lèvre inférieure; C. est le niveau auquel est plassé le bord incisale des dents artificielles inférieure;	A	p. 563

	D. est parallèle à la ligne bipupillaire, dans la zone frontale et parallèle au plan Camper, dans les zones latérales ; E. aucune version correcte		
707.	*Méthode Wright : A. utilise des photos de la période dentée B. mesure la distance interpupillaire et la distance ophrion-gnathion C. recommande le tatouage dans la période dentée de tous les patients au niveau des repères fixes D. A et B sont vrais E. recommander l'utilisation de masques faciaux en polystyrène	A	p.554
708.	*Les situations exceptionnelles dans lesquelles l'orientation du plan d'occlusion n'est plus parallèle au plan de Camper sont toutes ci-dessous sauf: A. S'il y a une dysmorphie sévère B. S'il existe des malrelations mandibulo-crâniennes C. Les réponses A et B sont correctes D. En cas de relations mandibulo-crâniennes accentuées dans le sens mésio-distal E. La réponse B est correcte	D	p.551

Thème 67.

Les étapes de thérapie de prothèses totale: l'essai de la maquette (p. 568 -582)

709.	Les zones de rétention: A. ne peut pas créer des problèmes dans la prothèse; B. peut changer l'axe d'insertion de la prothèse; C. Lorsqu'il ont le substrat muqueuse soulève des problèmes dans l'insertion de prothèse. D. Les bords de la prothèse en dépassant rétentivitees Ils sont faits de matériaux résilient. E. aucune réponse est correcte.	BD	p. 582
710.	*Les dates transmises au laboratoire par la feuille couvre tous, sauf : A. l'emplacement des zones de foliation; B. l'épaisseur des zones de foliation; C. se réfère au matériau avec qui a été enregistrée l'empreinte fonctionnelle; D. le matériau duquel sera réalisé la base de la prothèse ; E. épaissement de la base de la prothèse dans certaines.	C	p. 582
711.	*Le contrôle d'arcades artificiels suit: A. ents latérales ont les cuspides souligné; B. la ligne mediane inter-incisive doivent être conformes à la direction de plie palatines; C. la courbure vestibulaire doit être concave; D. les dents latérales sont montées y compris sur les tubérosités et tubercules; E. les dents latérales inférieurs doit respecter la règle de Pound.	E	p. 569
712.	Le contrôle d'occluseur et des modèles, suit: . A. sur le modèle doit être tirées les lignes incisées; B. sur le modèle doit être tirées les lignes américains;	CD	p. 568-569

	C. sur le modèle doit être tirées la courbure sagittal de la crête mandibulaire; D. la contr-écrou doit être fixé; E. l'occluseur d'avoir ont un jeu facile dans la charnière pour une maniabilité facile.		
713.	Le contrôle de la maquette maxillaire en cire suit tous, sauf : A. au mouvements fonctionnels des lèvres et des joues la base de la maquette ne doit pas être déployé; B. la base doit contenir entièrement la région d'étanchéité palatine postérieure; C. la maquette doit avoir maximum de maintien; D. la maquette ne doit pas avoir des tendances de basculement; E. toutes les variantes sont correctes.	ABCD	p. 570
714.	La maquette mandibulaire en cire: A. le mantien est facile de vérifié; B. la position postérieure de la langue peut contribuer de manière significative à son mantien; C. les bords sont vérifié par inspection et palpation; D. son stabilité est vérifié par la pression alternatives au niveau des prémolaires inférieures E. toutes les variantes sont corrects.	CD	p. 570-571
715.	Le contrôle esthétique des maquettes implique : A. la vérification de rétablissement de la dimension verticale de posture; B. l'évaluation des fossés naso-labiales et paralabiales qui doit être plus effacé que au préalable de la prothèse; C. la levre supérieure être plus proéminente que la levre inférieure par le montage avec supra-occlusion (souvent); D. les pièces prothétiques amovibles être placer dans la cavité buccal; E. toutes les variantes sont corrects.	BC	p. 572-573
716.	*Le contrôle des arcades dentaires artificielles implique: A. La couleur et la forme des dents doivent être choisies par le technician dentaire B. 4 dents doivent entrer entre les deux lignes des canines C. Les réponses A et B sont correctes D. La courbure incisive doit être concave E. La hauteur des dents antérieur doit se situer entre la ligne du sourire et le plan d'occlusion	E	p.569

Thème 68.
Contrôle et réglage des prothèses dentaires
(583-593)

717.	Au stade de l'adaptation immédiate: A. porter des prothèses dentaires moins de 24 heures B. ne semble pas la sensation bouche pleine C. peut se produire des pointes douloureux dans la bouche	CD	p. 591
------	---	----	--------

	D. les gencives doivent être nettoyées et massent tous les jours avec une brosse à dents souple E. les prothèses doivent être nettoyées avec du dentifrice et une brosse à dents		
718.	Le contrôle phonétiques avec les prothèses dans la bouche: A. corriger les contacts prématûres B. est utilisé papier d'articulation simultanément sur les deux côtés C. chèque de couloir neutre par la prononciation du mot Mississippi D. réponses A et B sont fausses E. si phonèmes S a émis comme Zaza	DE	p. 591-592
719.	Pour le retouche des prothèses: A. nécessite le polissage S'il intéressé la face interne des prothèses B. Il est recommandé d'éliminer rigoureuse les traces d'aniline de la muqueuse avec l'alcool C. est recommandé le marquage de la lésion elle-même D. est recommandé le marquage de la zone autour de la lésion E. Il est recommandé d'éliminer rigoureuse les traces d'aniline de la muqueuse avec l'eau distillée	BD	p.583
720.	Pour le maxillaire supérieur les zones de décubitus se produit principalement: A. Au niveau de la ligne oblique interne B. vestibulaire, au niveau des tubérosités C. vers le palais, , au niveau des tubérosités D. au niveau du frein labiale supérieur E. au niveau de la crête édentée rétentive.	BDE	p. 583
721.	Le manque d'entretien de la prothèse peut être causée: A. DVO trop grand B. un corps étranger dessous de la prothèse C. fermeture périphérique insuffisante D. DVO trop faible E. base perforée	CE	p. 584
722.	Le manque d'entretien de la prothèse peut être causée: A. bords trop long B. bords trop court C. DVO augmenté D. DVO trop faible E. aucune réponse est correcte	BCD	p. 585
723.	Le traitement pour la xérostomie peut être fait avec: A. médicaments sialagogues; B. cholérétique comme le Sulfaren; C. adrénaline; D. pilocarpine; E. Salive artificielle.	ADE	p. 588
724.	*Au stade de l'adaptation immédiate: A. porter des prothèses dentaires moins de 24 heures ; B. ne semble pas la sensation bouche pleine ; C. peut se produire des pointes douloureux dans la bouche ; D. le patient peut parfaitement mastiquer ; E. les prothèses doivent être nettoyées avec du dentifrice et une brosse à dents ;	C	p. 591
725.	*Il est indiqué que le premier contrôle doit être effectué à	D	p.583

	<p>A. 1 semaine</p> <p>B. deux jours après la livraison des prothèses</p> <p>C. Les réponses A et B sont correctes</p> <p>D. 24 heures après la livraison des prothèses</p> <p>E. Toutes les réponses sont erronées</p>		
--	---	--	--

Thème 69.
Les Stomatopathies prothétiques chez l' ET
(593-601)

726.	Dans l'étiologie de stomatopathies prothétiques les facteurs locales suivants peuvent être incriminés: A. Une augmentation de la température locale dessous de la plaque acrylique B. le diabète C. pauses en alternance à porter des prothèses dentaires D. microporosité d'acrylate E. l'âge.	AD	p.593
727.	*Le traitement de l'hyperplasie épithélio-conjonctif se compose de: A. enlever le matériau agresseur B. équilibration occlusale correcte C. Polir les bords de la prothèse D. excision chirurgicale et reconstruction de la prothèse E. aucune réponse est correcte.	D	p.598
728.	La candidose orale: A. Il est une affection fréquente B. Son apparence est pas liée à la présence de facteurs locaux ou généraux sous-jacents C. est favorisée par l'irritation chronique locale des prothèses mal réglé D. est favorisé de l'âge E. aucune réponse est correcte.	CD	p.599
729.	*Les réactions marginales tardives: A. apparaissent dans les prothèses récentes; B. se manifeste cliniquement par une ulcération avec ou sans œdème; C. Ils ne peuvent pas être couverts par des fausses membranes; D. Les symptômes objectifs sont la douleur et des brûlures; E. ne nécessite pas le diagnostic différentiel avec les lésions malignes.	B	p.596
730.	Le traitement de la candidose chronique atrophique: A. est une intervention chirurgicale; B. exiger la toilette des prothèses; C. nécessite de retirer les prothèses pendant la nuit; D. constitué par rinçage de peroxyde d'hydrogène,; E. Il est de restaurer la prothèse.	CE	p.601
731.	Les érosions in situ: A. sont le résultat d'une erreur dans l'empreinte;	ABD	p.595

	B. se manifeste cliniquement par des zones congestive limité avec ou sans ulcération; C. sont des zones ulcérées; D. donner la douleur allant de l'inconfort à la douleur sévère; E. ne donne pas la douleur.		
732.	Les réactions immédiates basales: A. Leur traitement est le même que pour les réactions retardées; B. sont consécutives à une configuration irrégulière dans le champ prothétique; C. cliniquement se manifeste comme l'hyperplasie de la muqueuse D. A et C sont des réponses erronées; E. sont consécutives à une réalisation inadéquate de la face interne de la prothèse.	DE	p.596
733.	*Les facteurs locaux qui contribuent à l'apparition des stomatopathies peuvent être : A. Autonettoyant B. Hygiène inappropriée C. Les réponses A et B sont correctes D. Imperfections dans l'exécution de la prothèse E. Toutes les réponses sont correctes	E	p.593

Thème 70.
Réoptimisation des prothèse mobile
(693-703)

734.	*Au cas d'achèvement de la base lorsque les dents sont perdues distale: A. va changer le rapport de la prothèse ancienne avec le champ prothétique; B. les réparations seront effectuées lentement afin de ne pas provoquer l'exécution erronée C. Éviter l'application du monomère d'acrylate sur les dents acryliques D. Pendant la réparations appliquer le monomère d'acrylate sur les dents acryliques E. aucune réponse est correcte.	C	p.702-703
735.	Au cas de la réparation d'une fracture simple de la prothèse avec deux fragments. A. les deux fragments isolés dans l'eau sont colle étroitement B. les deux fragments sont colle à titre provisoire avec Repin C. les deux fragments sont colle goutte à goutte avec la cire au-dessus de la ligne de fracture D. zone où la réparation a été effectuée ne doit pas être traité et poli E. à l'intérieur de prothèses répandrai silicone fluide pour l'empreintes	CE	p.699
736.	*Les indications du revêtement sont, sauf : A. atrophie avancée de la zone d'appui B. l'amélioration du soutien à une prothèse déjà prorogé C. dans les lacunes de laboratoire et cliniques	B	p.693

	D. à la détérioration de modèle fonctionnel E. la prophylaxie des tissus sensibles à la pression masticatoire.		
737.	Les contre-indications du revêtement sont: A. la migration des dents antagonistes dans les espaces édentés B. l'extrusion des dents voisines dans l'espace édenté C. nouvelle prothèse D. prothèses avec plusieurs réparations E. réponse D est correcte.	DE	p.693
738.	Les objectifs de revêtement sont: A. augmentation de la succion; B. freinage des déplacements horizontaux C. l'obtention d'un appui équilibré sur les dents restantes et le support muco-osseux D. B et C sont les bonnes réponses. E. La prévention muco-osseux.	BCD	p.693-694
739.	Le revêtement directe: A. est faite dans le laboratoire et dans le cabinet dentaire; B. est faite directement sur la muqueuse, sans avoir le modèle; C. n'a pas le risque d'irritation de la muqueuse buccale; D. nécessite un nettoyage du champ de prothèse; E. est une méthode rapide.	CE	p.694
740.	Le revêtement indirecte: A. est faite dans le laboratoire; B. n'a pas le risque d'irritation de la muqueuse buccale; C. est rapide; D. est faite avec le minimum consommation de matières; E. aucune réponse est correcte.	AB	p.695
741.	*Au cas de la réparation d'une fracture simple de la prothèse avec deux fragments. A. les deux fragments isolés dans l'eau sont colle étroitement ; B. les deux fragments sont colle à titre provisoire avec Repin ; C. les deux fragments sont colle goutte à goutte avec la cire au-dessus de la ligne de fracture ; D. zone où la réparation a été effectuée ne doit pas être traité et poli ; E. à l'intérieur de prothèses répandrai Algynate pour l'empreintes.	C	p.699