

# TESTS - LICENCE SEPTEMBRE 2022

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

|    |  |     |  |
|----|--|-----|--|
| 1. | <p>*Le nerf grand palatin innerve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Les molaires supérieures</li> <li>B. La muqueuse de la voûte palatin, mézial de la canine</li> <li>C. le plancher buccal</li> <li>D. La muqueuse de 2/3 postérieures de la voûte palatin, distal de la canine jusqu'à la dernière molaire</li> <li>E. La muqueuse buccale</li> </ul>  | D   |  |
| 2. | <p>Les repères de l'anesthésie Veisbrem sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La plique ptérygoïde-mandibulaire</li> <li>B. La crête temporale</li> <li>C. Le plan d'occlusion des molaires inférieures</li> <li>D. 0,5 cm sous le plan d'occlusion des molaires supérieures pour les patients dentés</li> <li>E. A 2,5 cm sous la crête alvéolaire maxillaire pour les patients dentés</li> </ul>  | ABD |  |
| 3. | <p>*Avec la technique d'anesthésie tronculaire périphérique a l'épine du Spix on va anesthésier les nerfs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Nerf alvéolaire inférieur et nerf buccal</li> <li>B. Nerf alvéolaire inférieur et nerf lingual</li> <li>C. Nerf alvéolaire supérieur et nerf lingual</li> <li>D. Nerf lingual et nerf buccal</li> <li>E. Nerf infra-orbitaire et nerf naso-palatine</li> </ul>  | B   |  |
| 4. | <p>Les repères pour anesthésie de la tubérosité sont suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La crête zygomatique-alvéolaire</li> <li>B. La crête temporale</li> <li>C. La racine mézio-vestibulaire de la deuxième molaire ;</li> <li>D. Les orifices d'entrée des nerfs alvéolaires supérieurs et postérieurs dans l'os maxillaire</li> <li>E. Le plan d'occlusion des molaires inférieures</li> </ul>   | ACD |  |
| 5. | <p>*L'anesthésie de la tubérosité a des contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Les patients avec diabète sucré</li> <li>B. Les patients avec hypertension artérielle</li> <li>C. Le absence du molaire 2 supérieure</li> <li>D. Le absence du molaire 1 supérieure</li> <li>E. La présence de certains processus inflammatoires ou tumeurs localisées dans la partie distale du vestibule supérieur ou retro tubérosité</li> </ul>                     | E   |  |
| 6. | <p>Les énoncés suivants sont corrects sur la technique d'anesthésie tronculaire périphérique au trou infra orbitaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Avec le pouce de la main gauche on lève la lèvre supérieure</li> <li>B. Avec l'index gauche est repéré le trou infra orbitaire</li> <li>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</li> </ul> | ABC |  |

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

## Thème 2.

### L'extraction dentaire

( pag. 43-77)

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

|     |  |     |         |
|-----|--|-----|---------|
|     | <ul style="list-style-type: none"> <li>C. Molaires intègres avec racines courtes</li> <li>D. Molaires avec anomalies de structure</li> <li>E. Molaires avec denticules intracanaux</li> </ul>  |     |         |
| 13. | <p>Dans l'extraction par alvéolectomie les indications sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La racine présente une portion dentaire suffisamment résistante</li> <li>B. Les racines avec ankylose dento-alvéolaire</li> <li>C. Les racines en baguettes de tambour</li> <li>D. Les racines qui ne sont pas situées sous des travaux prothétiques</li> <li>E. L'approche se fait toujours au niveau de la corticale vestibulaire</li> </ul>  | BCE | pag. 63 |
| 14. | <p>L'extraction des racines dentaires avec l'élévateur est indiquée dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La racine présente une portion dentaire suffisamment résistante qui permet l'application du levier</li> <li>B. La racine dentaire est située infra-osseuse et le levier ne peut pas s'appliquer</li> <li>C. Dents avec ankylose dento-alvéolaire</li> <li>D. Si l'insertion d'élévateur n'est pas possible on pratique un sillon avec une fraise sphérique</li> <li>E. Molaires intègres avec racines divergentes</li> </ul> | BD  | Pag.62  |
| 15. | <p>Les accidents dentaires de l'extraction dentaire sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La fracture de la dent antagoniste</li> <li>B. La luxation de la dent antagoniste</li> <li>C. La lésion des bourgeons des dents temporaires</li> <li>D. La luxation de la dent voisine</li> <li>E. L'extraction d'une autre dent</li> </ul>   | ADE | Pag 70  |
| 16. | <p>Les facteurs locaux de la hémorragie post-extractionnelle sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La période menstruelle</li> <li>B. L'agranulocytose</li> <li>C. Les fractures de la corticale</li> <li>D. Les restes de racines dentaires</li> <li>E. Les carences vitaminiques</li> </ul>   | CD  | Pag 75  |
| 17. | <p>*L'alvéolite post-extractionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Est un accident infectieux de l'extraction dentaire parfois très douloureux</li> <li>B. Est une complication infectieuse de l'extraction dentaire</li> <li>C. Est déterminée surtout par le traumatisme opératoire</li> <li>D. Est déterminée surtout par l'infection bactérienne</li> <li>E. Est déterminée surtout par les divers facteurs systémiques</li> </ul>   | B   | Pag.76  |
| 18. | <p>*Les lésions des parties molles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Sont le résultat de l'utilisation incorrecte de l'élévateur qui dérape en cas de forces contrôlées</li> <li>B. Elles nécessitent l'hémostase</li> <li>C. Elles nécessitent un contrôle postopératoire après 48 heures</li> <li>D. L'antibioprophylaxie n'est pas indiquée</li> <li>E. Sont des complications fréquentes</li> </ul>  | B   | Pag.71  |
| 19. | <p>*Les accidents sinusaux se divisent en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. L'ouverture accidentelle du sinus frontal</li> <li>B. L'ouverture accidentelle du sinus maxillaire</li> <li>C. La fracture radiculaire de la dent en rapport avec le maxillaire</li> <li>D. L'ouverture accidentelle du sinus sphénoïdal</li> </ul>   | 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> <p>A. Dents temporaires présentant une ostéite étendue qui affecte le germe de la dent successeur</p> <p>B. Dents avec fractures radiculaires obliques ou longitudinales</p> <p>C. Dents avec fractures coronaires</p> <p>D. Dents qui maintiennent les processus de suppuration sinusale</p> <p>E. Dents ayant subi des transformations kystiques</p> | B | Tema 2<br>p 567     |
| 21. | <p>*Voici les indications d'extraction en orthodontie et pédodontie pour les dents permanentes, à une exception près :</p> <p>A. Dans les configurations morphologiques anormales qui ne peuvent pas être corrigées orthodontiquement</p> <p>B. Afin d'obtenir l'espace nécessaire à l'alignement</p> <p>C. En situation de positions impossibles à récupérer orthodontiquement</p> <p>D. Pour l'équilibrage occlusal</p> <p>E. Édentation maxillaire sous-totale</p>                        | E | Tema 2<br>p 568     |
| 22. | <p>*Sélectionnez l'indication d'extraction lors du traitement pré-prothétique :</p> <p>A. Dans les configurations morphologiques anormales qui ne peuvent pas être corrigées orthodontiquement</p> <p>B. Dents extrudées, ou inclinées, qui désavantagent le traitement prothétique</p> <p>C. En situation de positions impossibles à récupérer orthodontiquement</p> <p>D. Pour l'équilibrage occlusal</p> <p>E. Afin d'obtenir l'espace nécessaire à l'alignement</p>                      | B | Tema 2<br>p 568     |
| 23. | <p>*Les contre-indications locales relatives à l'extraction dentaire sont :</p> <p>A. Lésions inflammatoires aiguës de la muqueuse buccale</p> <p>B. Leucémie aiguë</p> <p>C. Infarctus du myocarde récent</p> <p>D. Hypertension artérielle</p> <p>E. Vasculopathies</p>  | A | Tema 2<br>p 569     |
| 24. | <p>*Une contre-indication absolue à l'extraction dentaire est:</p> <p>A. Leucémie aiguë</p> <p>B. Séquelles après AVC</p> <p>C. Vasculopathies</p> <p>D. Hypertension artérielle</p> <p>E. Lésions inflammatoires aiguës de la muqueuse buccale</p>  | A | Tema 2<br>p 568-569 |
| 25. | <p>*Chez les patients traités par acénocoumarol, il est recommandé de l'arrêter avant l'extraction dentaire :</p> <p>A. Une jour en avant</p> <p>B. Trois jours avant</p> <p>C. 7 jours avant</p> <p>D. 10 jours avant</p> <p>E. Aucune interruption n'est nécessaire</p>  | B | Tema 2<br>p 571     |
| 26. | <p>*L'extraction dentaire avec séparation interradiculaire est indiquée lorsque :</p> <p>A. L'examen radiologique met en évidence la présence de racines divergentes</p> <p>B. L'examen radiologique révèle la présence de racines fusionnées</p>  | A | Tema 2<br>p 579     |

|     |  |   |                 |
|-----|--|---|-----------------|
|     | <p>C. L'examen radiologique révèle une molaire temporaire avec une risalise radiculaire accentuée</p> <p>D. L'examen radiologique révèle la présence d'une hyperkémentose des incisives inférieures</p> <p>E. L'examen radiologique révèle la présence d'une racine droite dans une molaire à portion coronaire intègre</p>  |   |                 |
| 27. | <p>*L'extraction dentaire avec séparation interradiculaire est indiquée lorsque :</p> <p>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</p> <p>B. Molaires permanentes à mobilité accentuée</p> <p>C. Incisives avec hypercémentose</p> <p>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</p> <p>E. Molaires permanentes à racines fusionnées</p> | D | Tema 2<br>p 579 |

### Thème 3.

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

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

|     |  |      |                 |
|-----|--|------|-----------------|
| 32. | <p>*L'accident infectieux le plus fréquent pendant l'éruption de la troisième molaire mandibulaire est:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La gingivostomatite</li> <li>B. L'abcès vestibulaire</li> <li>C. La péricoronarite</li> <li>D. L'adénophlegmon</li> <li>E. L'adénite</li> </ul>  | C    | Pag.11<br>2     |
| 33. | <p>*Les complications générales des accidents infectieux pendant l'éruption des dents permanentes, sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. L'ostéite sousaigüe</li> <li>B. La cellulite</li> <li>C. L'abcès buccinatomaxillaire</li> <li>D. L'infection focale</li> <li>E. Le kyste dentigères</li> </ul>  | D    | Pag.11<br>2     |
| 34. | <p>Les principales causes de l'inclusion dentaire sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Le manque d'espace d'éruption</li> <li>B. Les obstacles devant l'éruption</li> <li>C. Les anomalies de forme de la couronne ou des racines de la molaire</li> <li>D. Les anomalies de structure de la couronne ou des racines de la molaire</li> <li>E. Troubles généraux (maladies endocrines, carences alimentaires)</li> </ul>  | ABCE | Pag.<br>114     |
| 35. | <p>*La péricoronarite congestive est caractérisée par ce qui suit, sauf :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Gêne à la déglutition et trismus discret</li> <li>B. On l'appelle aussi un accident d'alarme</li> <li>C. Dans la région rétromolaire, il existe une muqueuse hyperémique, congestive et tuméfiée</li> <li>D. A la pression une sécrétion sérosanguine est extériorisée sous le capuchon de muqueuse</li> <li>E. Le patient a de la fièvre (38-39,5°C)</li> </ul> | E    | Tema 3<br>p 591 |
| 36. | <p>*Les complications mécaniques consécutives à l'éruption des dents de sagesse inférieures sont représentées par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Stomatite gingivale odontiasique</li> <li>B. Péricoronarite aiguë suppurée</li> <li>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</li> <li>D. Douleur cervico-faciale</li> <li>E. Paralysie faciale</li> </ul>                  | C    | Tema 3<br>p 592 |
| 37. | <p>*Les complications trophiques consécutives à l'éruption des dents de sagesse inférieures sont représentées par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Stomatite gingivale odontiasique</li> <li>B. Péricoronarite aiguë suppurée</li> <li>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</li> <li>D. Douleur cervico-faciale</li> <li>E. Paralysie faciale</li> </ul>                  | A    | Tema 3<br>p 592 |

#### Thème 4. La chirurgie endodontique

|     |   |    |         |
|-----|---|----|---------|
| 38. | <p>Quel énoncé est faux ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. la plupart des indications de la résection apicale sont données par les techniques iatrogènes.</li> <li>B. la résection apicale est recommandée en cas d'anomalies anatomiques.</li> <li>C. la résection apicale est indiquée pour la parodontite apicale chronique.</li> <li>D. la résection apicale est indiquée dans le cas de la fracture radiculaire verticale.</li> <li>E. la résection apicale est indiquée pour les dents à mobilité accentuée</li> </ul> | DE | Pag 81  |
| 39. | <p>*Les contre-indications locales de la résection apicale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. se réfèrent aux situations où s'impose garder la dent</li> <li>B. se réfèrent aux dents avec une valeur prothétique</li> <li>C. se réfèrent aux fausses routes</li> <li>D. se réfèrent aux courbures sévères</li> <li>E. aucune de ces réponses</li> </ul>   | E  | Pag 81  |
| 40. | <p>*Les contre-indications générales d'une résection apicale ne font pas référence</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. aux maladies cardiaques</li> <li>B. aux maladies hépatiques</li> <li>C. aux affections qui ne permettent pas une intervention chirurgicale</li> <li>D. aux affections hématologiques</li> <li>E. aucune de ces réponses</li> </ul>   | E  | Pag 81  |
| 41. | <p>Les principales techniques de la chirurgie endodontique sont</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. l'amputation coronaire</li> <li>B. l'amputation radiculaire</li> <li>C. le curetage parodontal</li> <li>D. la résection apicale</li> <li>E. toutes ces réponses</li> </ul>  | BD | Pag 81  |
| 42. | <p>La résection apicale se compose</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. de l'exposition de l'apex d'une dent</li> <li>B. de l'exposition entière de la racine</li> <li>C. du sectionnement chirurgical et l'enlèvement de l'apex d'une dent</li> <li>D. de la résection radiculaire</li> <li>E. toutes ces réponses</li> </ul>   | AC | Pag 81  |
| 43. | <p>Les indications de la résection apicale sont</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. les calcifications intra-canales</li> <li>B. les fausses routes</li> <li>C. la mobilité dentaire sévère</li> <li>D. les dents de sagesse avec ostéite périapicale</li> <li>E. toutes ces réponses</li> </ul>  | AB | Pag 81  |
| 44. | <p>Les accidents intra-opératoires d'une résection apicale sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. les saignements majeurs</li> <li>B. une septicémie</li> <li>C. les lésions nerveuses</li> <li>D. les lésions dentaires</li> <li>E. toutes ces réponses</li> </ul>  | CD | Pag 103 |
| 45. | <p>*Le curetage périapical</p>  | D  | Pag 105 |

|     |   |   |                 |
|-----|---|---|-----------------|
|     | <p>A. est la technique chirurgicale qui supprime l'apex de la dent avant le curetage proprement dite</p> <p>B. est une procédure chirurgicale majeure</p> <p>C. a pour but de réduire l'infection dans la région</p> <p>D. a pour but principal d'éliminer la douleur déterminée par le matériel d'obturation</p> <p>E. est indiqué pour un traitement endodontique incomplet</p> |   |                 |
| 46. | <p>*Le lambeau d'Ochsenbein-Luebke présente l'inconvénient suivant :</p> <p>A. Diminue le risque de rétraction gingivale</p> <p>B. Les déhiscences non pathologiques sont évitées</p> <p>C. Le patient peut maintenir une bonne hygiène buccale</p> <p>D. Les coins du lambeau peuvent se nécroser</p> <p>E. Le cortex osseux est bien mis en valeur</p>                          | D | Tema 4<br>p 598 |
| 47. | <p>*Le lambeau intrasulculaire trapézoïdal présente l'inconvénient suivant :</p> <p>A. La tension dans le lambeau est minimale</p> <p>B. La vascularisation du lambeau est déficiente</p> <p>C. Les racines dentaires sont entièrement visibles</p> <p>D. Il est indiqué pour l'approche de plusieurs dents</p> <p>E. Il existe des repères pour repositionner le lambeau</p>     | B | Tema 4<br>p 599 |
| 48. | <p>*L'affirmation suivante est vraie concernant le lambeau gingival "en enveloppe":</p> <p>A. Il n'est justifié que pour l'abord chirurgical palatin</p> <p>B. La tension dans le volet est minimale</p> <p>C. Le lambeau est facile à enlever</p> <p>D. La gingivectomie ne peut pas être réalisée en même temps</p> <p>E. L'hygiène bucco-dentaire est facile à entretenir</p>  | A | Tema 4<br>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. | <p>Le frein labial, supérieur ou inférieur</p> <p>A. pathologiquement, peut descendre jusqu'au niveau du torus et peut empêcher l'adaptation de la prothèse totale.</p> <p>B. est couvert par la muqueuse</p> <p>C. avec ulcération, est une indication pour la chirurgie préprothétique</p> <p>D. s'insère au niveau de la lèvre et du périoste du processus alvéolaire</p> <p>E. est formé du tissu fibreux</p> | BDE | Pag.135     |
| 50. | <p>*L'hyperplasie épithélio-conjonctive</p> <p>A. N'est pas une formation pseudo-tumorale ou inflammatoire</p> <p>B. est produite par l'irritation chronique d'une prothèse correctement adaptée au niveau du fond du sac vestibulaire.</p> <p>C. s'appelle aussi papillome de prothèse</p> <p>D. existe seulement au maxillaire supérieur</p> <p>E. a besoin d'une intervention chirurgicale préprothétique</p>  | E   | Pag.13<br>9 |



|     |  |     |             |
|-----|--|-----|-------------|
| 51. | <p>*C'est vrai que l'hyperplasie gingivale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. représente une croissance inflammatoire rapide en volume de la gencive</li> <li>B. d'étiologie infectieuse, mécanique, hormonale ou médicamenteuse, localisée à une dent, à un groupe de dents ou généralisée</li> <li>C. est plus fréquemment dans la zone molaire maxillaire</li> <li>D. l'excision se fait en même temps que l'extraction des dents avec grande mobilité, pas suivie par la suture</li> <li>E. représente une croissance en volume du tissu osseux de la muqueuse de la crête alvéolaire</li> </ul>  | B   | Pag.14<br>1 |
| 52. | <p>*C'est n est pas vrai que la fibromatose au niveau des tubérosités</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. représente une croissance en volume du tissu conjonctif de la muqueuse de la crête alvéolaire dans la zone molaire maxillaire</li> <li>B. empêche le port de la prothèse</li> <li>C. réduit la distance inter - maxillaire, parfois avec contact direct avec les dents antagonistes</li> <li>D. impose une incision en tranche d'orange qui contient le versant vestibulaire et oral de la formation</li> <li>E. interdit, dans la technique d'opération, après la suture, d'appliquer la prothèse rebasée</li> </ul>  | E   | Pag<br>141  |
| 53. | <p>*C'est n est pas vrai que la crête flottante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. représente une zone mince d'hyperplasie</li> <li>B. est située au niveau d'une crête édentée chez un porteur de prothèse mobile, incorrectement adaptée</li> <li>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</li> <li>D. a besoin, après l'opération, d'une guérison per secundam</li> <li>E. après l'opération, impose de porter la prothèse rebasée</li> </ul>  | D   | Pag141      |
| 54. | <p>C'est vrai que la vestibuloplastie sous-muqueuse Obwegeser</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. est une technique d'extraction de deux ou de plusieurs dents voisines</li> <li>B. a comme but l'enlèvement du tissu sous-muqueux et le repositionnement de la muqueuse vestibulaire.</li> <li>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.</li> <li>D. appartient aux techniques de chirurgie preprotétique maxillaire</li> <li>E. dans la zone maxillaire, peut être parfois associée à la résection de l'épine nasale antérieure</li> </ul> | BCE | Pag<br>141  |
| 55. | <p>C'est vrai que la plastie des sillons péri-osseux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. a comme but la croissance de la dimension de la zone de muqueuse fixe</li> <li>B. est indiquée dans l'hyperplasie épithélio-conjonctive</li> <li>C. a comme but le déplacement des insertions muqueuses et musculaires dans le sens apical</li> <li>D. est indiquée dans l'hyperplasie gingivale</li> <li>E. n'a pas comme but l'approfondissement des sillons péri-maxillaires ou péri-mandibulaires</li> </ul>  | AC  | Pag<br>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:<br>A. Inflammation exsudative de type séreuse<br>B. Thrombocytose<br>C. “rubor”, “calor”, “tumeur”<br>D. Tuméfaction, rougeur, douleur, frissons, fièvre<br>E. Exsudat inflammatoire                                 | ACDE |  |
| 57. | Le traitement du syndrome toxique-septique inclut :<br>A. Rééquilibrer l'état général<br>B. L'incision<br>C. Le drainage<br>D. Chimiothérapie<br>E. L'élimination du facteur causal  | ABCE |  |
| 58. | *Quels sont des infections spécifiques?<br>A. Actinomyose<br>B. Fistules chroniques<br>C. Sinusite<br>D. Cellulites des loges superficielles<br>E. Ostéomyélite  | A    |  |
| 59. | Qui des infections suivantes est une infection périosseuse:<br>A. Abscess migrateur<br>B. Abscess vestibulaire<br>C. Abscess palatin<br>D. Abscess péri-basilaire<br>E. Abscess ”semi-lunaire”   | BCDE |  |
| 60. | *Lequel des suivantes sont infections des espaces fasciales:<br>A. L'abscess vestibulaire, l'abscess migrateur<br>B. Infection de l'espace maseterin et sous-mandibulaire<br>C. De l'espace parotidienne, l'abscess palatin<br>D. L'abscess ”semi-lunaire”<br>E. Abscess palatin | B    |  |
| 61. | *Le traitement chirurgical des infections vise:<br>A. L'incision et le drainage de la collection et l'élimination de l'agent causal<br>B. Le drainage endodontique<br>C. Seulement l'extraction de dent causale<br>D. Hydratation, nutrition<br>E. Des sédatifs, AINS            | A    |  |
| 62. | *La parodontite apicale aiguë purulente stade périapicale est caractérisée par :<br>A. Dent mobile<br>B. Tuméfaction, fluctuation, une douleur atroce<br>C. Cellulite vestibulaire<br>D. Douleur spontanée ou à la percussion dans l'axe de la dent                              | D    |  |

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

## Thème 7.

### Maladies d'origine dentaire du sinus maxillaire

|     |   |   |  |
|-----|---|---|--|
| 68. | <p>*Le diagnostic différentiel de la sinusite chronique maxillaire d'origine dentaire ne comprend pas:</p> <p>A. La sinusite maxillaire chronique d'origine rhinologique</p> <p>B. Abscesses buccales d'origine dentaire</p> <p>C. Sinusite maxillaire fongique</p> <p>D. Allergique sinusite maxillaire</p> <p>E. Tumeurs du sinus maxillaires</p> | B |  |
|-----|---|---|--|

|     |   |      |        |
|-----|---|------|--------|
| 69. | <p>*Le ortopantomography est utile dans l'examen radiologique d'une sinusite maxillaire d'origine dentaire à l'exception:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La relation entre les dents et le sinus maxillaire</li> <li>B. La présence de corps étrangers dans le sinus maxillaire</li> <li>C. La présence de lésions périapicales</li> <li>D. La présence de corps étrangers dans le sinus frontal</li> <li>E. La présence de kystes dans le sinus maxillaire</li> </ul>   | D    |        |
| 70. | <p>*Le traitement d'une grande taille (&gt; 7 mm) communication bucco-sinusienne immédiate après l'extractin dentaire est représentée par:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Suture directe de la muqueuse de l'alvéole</li> <li>B. Application d'une garde acrylique</li> <li>C. Application d'une gaze sur le dessus de l'alvéole à jour par utilisation d'un "8 ligature"</li> <li>D. Aucun traitement chirurgical est nécessaire</li> <li>E. Clôture de la fistule en une ou deux couches</li> </ul>  | E    |        |
| 71. | <p>*La déclaration suivante est vraie en ce qui concerne la sinusite fongique:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Le diagnostic est imagé</li> <li>B. Les antiviraux sont le traitement de choix</li> <li>C. Les antibiotiques sont un traitement efficace</li> <li>D. Le diagnostic est histopathologique</li> <li>E. La chimiothérapie est le traitement de choix</li> </ul>   | D    |        |
| 72. | <p>Les symptômes suivants sont présents dans le cas d'une communication orale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Les symptômes de la sinusite maxillaire chronique</li> <li>B. Un saignement abondant de l'alvéole</li> <li>C. Fistuleuse ouverture dans la crête alvéolaire maxillaire</li> <li>D. Valsalva manoeuvre positive</li> <li>E. Les perturbations phonétique</li> </ul>   | ACDE |        |
| 73. | <p>Les facteurs déterminants de la sinusite maxillaire d'origine dentaire peuvent être:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Pulpite séreuse</li> <li>B. La fistule oro-nasal</li> <li>C. Ostéite périapicale</li> <li>D. Kystes radiculaires infectée</li> <li>E. La maladie parodontale chronique</li> </ul>   | BCD  |        |
| 74. | <p>L'évaluation radiographique des sinus maxillaires peut montrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Radio opacité du sinus touchés qui est plus intense vers la périphérie de sinusite maxillaire chronique</li> <li>B. Le niveau air-liquide en présence de la sinusite maxillaire aiguë</li> <li>C. L'opacité Radio du sinus touchés qui est plus intense vers la périphérie dans les sinusites maxillaires aiguës</li> <li>D. Le niveau de l'air-liquide, en présence de la sinusite maxillaire chronique</li> <li>E. Présence de raréfaction accrue dans les sinusites maxillaires aiguës</li> </ul> | AB   |        |
| 75. | <p>*La sinusite maxillaire chronique d'origine dentaire se caractérise par l'énoncé suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Douleur intense dans la région du sinus maxillaire</li> <li>B. Douleur intense dans la région du sinus maxillaire surtout le matin</li> <li>C. Douleur modérée dans la région du sinus maxillaire surtout le matin</li> <li>D. Douleur modérée dans la région du sinus maxillaire surtout le soir</li> </ul>  | 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 :<br>A. La symphyse mandibulaire et le bord basilaire<br>B. La symphyse et l'angle mandibulaire<br>C. Foramen mentalis<br>D. Zone du canine- courbure maximale<br>E. La coronoïde  | BCDE |  |
| 77. | Qui sont les autres facteurs prédisposants des fractures mandibulaires ?<br>A. Nombre élevé d'accidents de la route<br>B. La malocclusion<br>C. Les bourgeons chez les enfants<br>D. Les inclusions dentaires<br>E. Le mode de vie du patient   | CD   |  |
| 78. | Selon la relation du foyer avec la cavité buccale, une fracture peut être :<br>A. Fermée - seulement la branche horizontale<br>B. Fermée<br>C. Ouverte<br>D. Complète<br>E. Incomplete  | BC   |  |
| 79. | Quels sont les facteurs prédisposants pour le déplacement de la fracture ?<br>A. Force du coup, direction du coup, contraction musculaire<br>B. Direction du coup<br>C. Contraction musculaire<br>D. Pathologie associée du patient<br>E. L'état général du patient   | ABC  |  |
| 80. | Les affirmations suivantes sont fausses en regard l'excoriation:<br>A. Interruption de la continuité des tissus ou une égratignure, abrasion<br>B. Abrasions superficielles<br>C. Il représente une plaie<br>D. Plaie profonde, interruption de la continuité des tissus ou une égratignure, abrasion<br>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:<br>A. Chémosis<br>B. Ecchymose du plancher bucale<br>C. Ecchymose intraorale<br>D. Ecchymose des paupières<br>E. Tout ce qui précède  | AD   |  |
| 82. | *Les affirmations suivantes représentent le traitement définitif des fractures mandibulaires:<br>A. Antibiothérapie<br>B. Corticothérapie   | C    |  |

|     |  |   |        |
|-----|--|---|--------|
|     | C. La réduction et l'immobilisation en position anatomique<br>D. C'est toujours chirurgical<br>E. C'est toujours orthopédique  |   |        |
| 83. | *Lesquel des énoncé suivants est vrai concernant les fractures mandibulaires partielles?<br>A. Le rebord alvéolaire fracturé est pas une fracture partielle<br>B. Le rebord alvéolaire fracturé est une fracture partielle<br>C. La fracture de l'angle mandibulaire est une fracture partielle<br>D. Les fractures mandibulaires médians sont des fractures partielles<br>E. Les fractures mandibulaires parasymphysaires sont des fractures partielles | B |        |
| 84. | *Une forme particulière d'ecchymose est:<br>A. Chémosis<br>B. Ecchymose du monocle ou de l'habitacle<br>C. Ecchymose intrabuccale<br>D. Epistaxis<br>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:<br>A. Il est formé par l'augmentation du volume des cellules du tissu locale<br>B. Il est originaire de toutes les couches germinatives<br>C. Dans la tête et du cou, il est souvent situé dans le plancher de la bouche<br>D. Il est fréquemment rencontré comme une tumeur de l'ovaire, généralement bénigne<br>E. Il est composé de tissus éloignés de la place du développement | A |  |
| 86. | *Kystes salivaires sont représentés par:<br>A. Kyste dermoïde<br>B. Keratocyst<br>C. Kyste branchial<br>D. Kyste sébacé<br>E. Grenouillette  | E |  |
| 87. | *Les kystes originaires des structures épidermiques sont représentés par:<br>A. Kyste dermoïde<br>B. Kyste sébacé<br>C. Kyste branchial<br>D. Keratocys<br>E. Keratocyst   | B |  |
| 88. | *Un des suivants est une tumeur bénigne mésenchymateuses:<br>A. L'hémangiome<br>B. Du papillome<br>C. Lipome<br>D. Scwhwannoma<br>E. Fibroma   | E |  |

|     |   |     |        |
|-----|---|-----|--------|
| 89. | Epulis fissuratum:<br>A. Chez les patients âgés port de prothèses dentaires amovibles<br>B. L'apparence de chou-fleur<br>C. Habituellement situé dans le pli vestibulaire maxillaire<br>D. Aspect fibreux, ferm cohérence)<br>E. Les tumeurs des glandes sublinguales   | ACD |        |
| 90. | Le diagnostic différentiel de la grenouillette sublinguale est réalisé avec:<br>A. Kyste tératoïde<br>B. Kyste sébacé<br>C. Les tumeurs des glandes sublinguales<br>D. Keratocyst<br>E. Kyste dermoïde  | ACE |        |
| 91. | Le sialocyst:<br>A. Ils ne sont jamais rencontrées dans les glandes salivaires principales<br>B. Elle est formée en raison de la dilatation du conduit salivaire due à l'obstruction et la salive accumulation<br>C. Il est formé du fait de la perforation du canal salivaire et de l'accumulation de salive<br>D. Il peut suivre l'évolution chronique d'une mucocèle<br>E. Il forme un nodule sous-muqueux | BDE |        |
| 92. | *Choisissez la vraie affirmation concernant le kyste branchial :<br>A. Il prend naissance dans les trois couches germinatives<br>B. Situé sur la ligne médiane<br>C. Il est situé en avant et sous le muscle sternocléidomastoïdien<br>D. Il est situé en arrière et sous le muscle sternocléidomastoïdien<br>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 odontogène lies au developpment:<br>A. Kyste folliculaire<br>B. Kyste naso-labial<br>C. Kyste radiculaire<br>D. Kyste du canal naso-palatin<br>E. Kyste résiduel                                     | A |  |
| 94. | *Un des suivants est un kyste inflammatoire:<br>A. Kyste primordial [kératokyste]<br>B. Kyste anévrisimal<br>C. Kyste dentigère<br>D. Kyste du canal naso-palatin<br>E. Kyste périapical  | E |  |
| 95. | *Le kyste du canal naso-palatin est:<br>A. Un kyste odontogène lies au developpment<br>B. Un kyste odontogène lies au developpment<br>C. Un kyste non- odontogène lies au developpment<br>D. Un pseudokyste<br>E. Un pseudokyste odontogene | C |  |

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

## Thème 11

### Tumeurs malignes bucco-maxillo-faciale

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



|      |  |   |         |
|------|--|---|---------|
| 102. | <p>*cTNM se réfère à:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La mise en scène clinique après examen clinique attentif</li> <li>B. Examen pathologique final de la pièce opératoire</li> <li>C. Mise en scène d'une tumeur récidivante</li> <li>D. Mise en scène d'une tumeur occulte</li> <li>E. Examen anatomopathologique de la biopsie</li> </ul>  | A |         |
| 103. | <p>*pTNM est déterminée par la:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Examen pathologique final de la pièce opératoire</li> <li>B. Des études imagé en dynamique</li> <li>C. Examen anatomopathologique de la biopsie</li> <li>D. Aucun repons vrai</li> <li>E. Tout les repons correct</li> </ul>   | A |         |
| 104. | <p>*La déclaration suivante concernant le lichen planus est vrai:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Il a deux formes: nodulaire et ulcéreuse</li> <li>B. Il a deux formes: réticulée et erosive</li> <li>C. Il est formé par des membranes détachables</li> <li>D. La forme réticulée a un potentiel malin</li> <li>E. Il est associé fréquemment avec la parodontite</li> </ul>                               | B |         |
| 105. | <p>*T2 du système de classification TNM se réfère à:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Une tumeur inférieure à 2 cm</li> <li>B. Une tumeur de plus de 2 cm mais superieure à 4 cm</li> <li>C. Une tumeur de plus de 2 cm mais inférieure à 4 cm</li> <li>D. Une tumeur de plus de 4 cm de dimension transversale, mais inférieure à 2 en dimension sagittale</li> <li>E. Une tumeur de plus de 6 cm</li> </ul> | C |         |
| 106. | <p>*L'un des facteurs suivants ne joue pas un rôle dans le développement du cancer palatine:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Fumant la pipe</li> <li>B. Betel</li> <li>C. Un traumatisme local en raison de la présence de prothèses dentaires</li> <li>D. L'alcool raffiné</li> <li>E. La présence de palatine tourus</li> </ul>  | E |         |
| 107. | <p>*Laquelle des informations suivantes concernent erithroplasia?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Rouge, veloutée lésion</li> <li>B. Blanc, lisse, veloutée lésion</li> <li>C. Le dépôt rouge qui est facilement éliminé</li> <li>D. Il est une lésion précancéreuse</li> <li>E. Des membranes amovibles jaunes</li> </ul>   | A |         |
| 108. | <p>*La pathologie du cancer palatin n'est pas représentée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Carcinome épidermoïde</li> <li>B. Leucoplasie</li> <li>C. Carcinome adénoïde kystique</li> <li>D. Sarcome</li> <li>E. Adénocarcinome</li> </ul>  | 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 :<br>A. Sons mélodiques<br>B. Craquements<br>C. Fissures<br>D. Claquer<br>E. Grincements   | BDE  |  |
| 110. | L'étude de l'occlusion en intercuspidation maximale :<br>A. Est obtenu avec la bouche ouverte<br>B. Est obtenu en position fermée normale<br>C. Le patient doit mâcher un bloc de paraffine 30 minutes avant<br>D. Est la position de départ et de retour tous les mouvements mandibulaires<br>E. Aucune de ces réponses   | BD   |  |
| 111. | Le traitement de l'arthrite septique se compose de :<br>A. Le drainage chirurgical<br>B. Une mobilisation légère et progressive de l'articulation<br>C. Médicament antibiotique<br>D. Alimentaire sialogogue<br>E. Aucune de ces réponses  | ABC  |  |
| 112. | Les signes cliniques de l'arthrite septique sont :<br>A. Douleur locale<br>B. Œdème traumatique<br>C. Limiter les mouvements<br>D. Lymphadénopathie latéro-cervical<br>E. Les tentatives de mobilisation active et passive ne sont pas douloureuses  | ACD  |  |
| 113. | Les énoncées suivantes à propos des luxations « bloquées » sont vrai :<br>A. Ils surviennent au cours d'un bâillement<br>B. Ils surviennent au cours d'une ouverture buccale forcée<br>C. Ils surviennent après des traumatismes avec la bouche fermée<br>D. Douleur et craquement avec impossibilité de refermer la bouche<br>E. Le traitement- Manœuvre de Nelaton | ABDE |  |
| 114. | *Dans le traitement du SADAM on peut utiliser les suivantes :<br>A. Toxine botulique<br>B. Antibiotiques<br>C. Décontractants musculaires<br>D. Infiltrations intra articulaires<br>E. Arthrocentese   | B    |  |
| 115. | *La motilité mandibulaire normale est représentée par :<br>A. Ouverture maximale de la bouche à 20 mm ( $\pm 5$ )<br>B. Ouverture maximale de la bouche à 70 mm ( $\pm 10$ )<br>C. Ouverture maximale de la bouche à 50 mm ( $\pm 6$ )<br>D. Propulsion à 27mm ( $\pm 2$ )<br>E. Propulsion à 37mm ( $\pm 2$ )   | C    |  |
| 116. | *Le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde nécessite les suivantes moins une:<br>A. Contexte clinique<br>B. Présence de HLA-B27  | B    |  |

|      |  |   |         |
|------|--|---|---------|
|      | C. Manifestations extra-articulaires<br>D. Signes radiologiques, IRM<br>E. Perturbations immunologiques  |   |         |
| 117. | *Un test supplémentaire nécessaire en cas de suspicion de troubles de l'ATM peut être :<br>A. Hémocultures<br>B. CA 125<br>C. Analyse du liquide synovial<br>D. Anticorps VHC<br>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 :<br>A. Nécrose salivaire<br>B. Abscess salivaire<br>C. La fistule salivaire<br>D. Une tumeur salivaire<br>E. Sialorrhée  | BD  |  |
| 119. | Les tumeurs suivantes sont des tumeurs bénignes des glandes salivaires :<br>A. Odontome<br>B. Carcinome mucoepidermoïde<br>C. Pleomorphe adénome<br>D. Le carcinome adénoïde kystique<br>E. Warthin tumeur   | CE  |  |
| 120. | Le carcinome adénoïde kystique :<br>A. Il ne donne jamais de métastases à distance<br>B. Il est associé à l'invasion nerveuse<br>C. Il ne comprend jamais le nerf facial<br>D. Il a augmenté de métastases à distance<br>E. Il est associé surtout avec l'invasion de l'os | BD  |  |
| 121. | La tumeur de Warthin :<br>A. Tumeur maligne<br>B. Toujours unilatérale<br>C. Peut-être bilatérale<br>D. Tumeur bénigne<br>E. Lié au tabagisme  | CDE |  |
| 122. | Les oreillons peuvent devenir compliqués par les suivants :<br>A. L'orchite<br>B. Encéphalite<br>C. La prostatite<br>D. La cécité<br>E. Surdité   | ABE |  |
| 123. | Le syndrome de Sjogren est caractérisé par :<br>A. La sécheresse des cheveux<br>B. Sécheresse nasale   | BDE |  |

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

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

|      |  |    |  |
|------|--|----|--|
| 129. | L'ostéotomie Le Fort I est caractérisé par :<br>A. La baisse dans le secteur en incisive-canin proalveolar<br>B. Mobilise l'ensemble de l'arcade dentaire supérieure et le palais<br>C. Approche chirurgicale intra-orale<br>D. Impaction du secteur prémolaire-molaire dans bécance 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 :<br>A. Wasmund ostéotomie<br>B. Ostéotomie Le Fort I<br>C. Schuchardt ostéotomie<br>D. Obwegeser Dal Pont ostéotomie<br>E. Tous les ci-dessus   | AC  |  |
| 131. | L'ostéotomie Obwegeser Dal Pont est caractérisée par :<br>A. La séparation de la branche ascendante en deux parties<br>B. Approche chirurgicale intra-orale<br>C. Ostéotomie commençant horizontalement au-dessus de la lingula, après le bord avant puis à l'extérieur.<br>D. Ostéotomie dans la tige<br>E. Ostéotomie segmentaire du secteur inférieur incisive-canin  | ABC |  |
| 132. | Les relations anormales entre arcades dentaires dans le plan vertical sont :<br>A. Morsure profonde: occlusion couverte - sur-découverte d'une arcade avec son antagoniste<br>B. Béance: écart dentaire, - le manque de contact entre les arcades dentaires<br>C. Hypoplasie mandibulaire: petite mandibule, et en combinant rétrognathie rétromandibulaire<br>D. Hyperplasie mandibulaire: grande mandibule, combinant promandibular et macrognathie (hypertrophie mandibulaire)<br>E. L'ensemble des réponses ci-dessus  | AB  |  |
| 133. | Angle Classe II :<br>A. Les molaires six années inférieure - aube mésiales situé de moitié par rapport à la dent 6 ans plus tard.<br>B. La canine en bas avant une demi-dent par rapport à la canine supérieure.<br>C. La molaire inférieure de 6 ans - derrière un point de rebroussement (distale) de la molaire supérieure (rapport distale).<br>D. Division 1 : incisives supérieures sont labiale<br>E. Division 2 : incisives supérieures sont palatine basculement  | CDE |  |
| 134. | Les anomalies volumétriques des bases osseuses et le menton comprennent :<br>A. La carence maxillaire horizontale : développement transversal insuffisante du maxillaire<br>B. L'excès maxillaire horizontale : développement transversal excessive du maxillaire<br>C. Le développement latéral de maxillaire, mandibulaire et le menton : le développement asymétrique des structures osseuses<br>D. Hypoplasie mandibulaire : petite mandibule, et en combinant rétrognathie rétromandibulaire<br>E. Hyperplasie mandibulaire : grande mandibule, combinant promandibular et macrognathie (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 :<br>A. Excès maxillaire : trop tôt la position du maxillaire (très rare)<br>B. Excès mandibulaire : la position trop antérieure de la mandibule (prognathisme préférable)  | E   |  |

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

### Thème 15.

#### Les fentes labio-alvéolo-vélo-palatines

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

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

|      |  |      |  |
|------|--|------|--|
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Sangles musculaires interruption de lèvres</li> <li>B. Sangles musculaires interruption du palais dur</li> <li>C. Sangles musculaires interruption de l'oropharynx</li> <li>D. Problèmes d'alimentation après la naissance - reflux oronasale (avec tétines de biberons appropriés / plaque palatine)</li> <li>E. Troubles de la respiration - l'obstruction nasale (de déviation de la cloison nasale)</li> </ul>                         |      |  |
| 142. | <p>L'équipe interdisciplinaire pour les fentes labio-alvéolo-vélo-palatines est formé par les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Chirurgien maxillo-facial</li> <li>B. Généticien</li> <li>C. Cardiologue</li> <li>D. Orthophoniste</li> <li>E. Orthodontiste</li> </ul>  | ABDE |  |
| 143. | <p>*Le traitement primaire des fentes labio-alvéolo-vélo-palatines :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. De 1 à 5 ans</li> <li>B. Fermeture tardive, simultanée ou successive de la lèvre et du palais</li> <li>C. Généralement après la fin de la première année de vie de l'enfant</li> <li>D. Fermeture précoce, simultanée ou successive de la lèvre et du palais</li> <li>E. Correction des séquelles postopératoires fonctionnelles et esthétiques</li> </ul>        | D    |  |
| 144. | <p>Des signes fonctionnels des fentes labio –palatines font partie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Le reflux bucco-nasal, difficultés d'alimentation néonatale</li> <li>B. Désordre de l'éruption dentaire dans le secteur prémolaire</li> <li>C. Troubles de la croissance dentoalvéolaire et maxillo-faciale</li> <li>D. Troubles de la phonation et de la respiration</li> <li>E. Dysfonctionnement des trompes d'Eustaches</li> </ul>                            | ABCE |  |
| 145. | <p>*Le palais primaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Il se forme entre la 7eme et la 12eme semaine embryonnaire</li> <li>B. Commence par la papille incisive, d'avant en arrière jusqu'à la luette</li> <li>C. Il représente la région labio-narinaire et la partie périphérique du palais située derrière de la papille incisive</li> <li>D. Il se forme entre la 5eme et 7eme semaine embryonnaire</li> <li>E. Il se forme après le palais secondaire</li> </ul> | D    |  |
| 146. | <p>*L'étiologie des fentes labio-alvéolo-vélo-palatines :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Seulement des facteurs génétiques</li> <li>B. Il y a toujours des antécédents familiaux de fentes labio-alvéolo-vélo-palatines</li> <li>C. Implique des facteurs environnementaux et génétiques</li> <li>D. Parmi les facteurs environnementaux on ne trouve pas l'alcool</li> <li>E. Est monofactorielle</li> </ul>   | C    |  |
| 147. | <p>*Lequel des énoncés suivants est faux ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Les fentes peut intéresser le palais primaire, le palais secondaire ou les deux</li> <li>B. Les fentes du palais primaire peuvent être unilatérales/bilatérales</li> <li>C. Les fentes du palais primaire intéressent les éléments constitutifs en totalité ou en partie</li> <li>D. La bifidité de la luette fait partie des fentes du palais secondaire</li> </ul>                        | E    |  |

|      |  |   |         |
|------|--|---|---------|
|      | E. Les fentes du palais secondaire sont toujours paramédianes et asymétriques  |   |         |
| 148. | *Le diagnostic des fentes labio –palatines :<br>A. Peut être établi précoce pendant l'échographie prénatale du 5ème mois<br>B. Peut être établi précoce pendant l'échographie prénatale du premier mois<br>C. Peut être établi seulement en utilisant la tomодensitométrie<br>D. Peut être établi seulement à la naissance pour toutes les formes<br>E. Peut être établi seulement en utilisant le caryotype fœtal | A |         |
| 149. | *Classification de Veau – identifier la fausse réponse :<br>A. Groupe 1 – fente du palais mou<br>B. Groupe 2 – fente du palais dur et mou jusqu'au foramen incisif<br>C. Groupe 3 – fente labiale et palatine unilatérale complète<br>D. Groupe 4 – fente labiale et palatine unilatérale complète<br>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 :<br>A. La douleur est intense, constante et implacable<br>B. Décrit comme «brûlant» ou rampant sensation sous la peau en territoire intéressant une branche de facial<br>C. Zona infraorbitaire la plus fréquente<br>D. Pouvez associer une parésie faciale (inflammation)<br>E. Éruption caractéristique intéressante périphérique branche | ADE  |  |
| 151. | Caractéristiques cliniques de la maladie de Horton sont :<br>A. Douleur modérée, souvent bilatérale<br>B. Accentué par la toux, les mouvements de la tête<br>C. Situé dans la région pariétale ou frontale<br>D. L'artère temporale douloureux ou difficiles à la palpation<br>E. Participation de l'artère ophtalmique peut conduire à la cécité   | BDE  |  |
| 152. | Traitement de névralgie du trijumeau :<br>A. Propranolol<br>B. Baclofène<br>C. Carbamazépine<br>D. L'aspirine,<br>E. Diclofenac   | BC   |  |
| 153. | La névralgie du trijumeau est :<br>A. Femme > mâle<br>B. Habituellement > 50 ans, plus fréquentes 70 ans et plus<br>C. Il est secondaire à une pathologie spécifique<br>D. Femme < mâle   | ABCE |  |



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

**Dentisterie pediatrique (Cursuri postate pe platforma de e-learning în limba FR)**  
**(Stomatologie comportamentală pediatrică - pag. 43-57, 129-177; Elemente**  
**introductive în pedodonție - 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:<br>A. égocentrisme<br>B. affectivité<br>C. le manque de caractère imitatif dans l'action et le comportement<br>D. la première crise de négativisme émotionnel<br>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:<br>A. la 2ème élévation physiologique de l'occlusion<br>B. le 1er mésialisation physiologique de la mandibule<br>C. la 3ème élévation physiologique de l'occlusion<br>D. le 2ème mésialisation physiologique de la mandibule<br>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:<br>A. l'enfant pleure avec force<br>B. l'enfant accepte le traitement<br>C. l'enfant refuse le traitement<br>D. l'enfant respecte les séances de traitement (rendez-vous chez le dentiste)<br>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:<br>A. ne fait pas partie intégrante de la gestion comportementale<br>B. cela fait partie de la gestion comportementale<br>C. représenter une obligation légale<br>D. a de réelles valences psycho-sociales préventives<br>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:<br>A. trop petits enfants<br>B. jeunes enfants peu coopératifs (3-6 ans)<br>C. enfants handicapés<br>D. adultes<br>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:<br>A. la pointe de la cuspide perce la muqueuse<br>B. 2/3 de la couronne a éclaté<br>C. 1/4 de couronne a éclaté<br>D. la moitié de la couronne a éclaté<br>E. la dent a complètement éclaté  | B    | Elemente introductive în pedodonție, 69 Slide 7– Cours Éruption dentaire        |

|      |  |      |   |
|------|--|------|---|
| 167. | <p>L'éruption de ces dents temporaires mandibulaires est en avant de homologués maxilaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. incisives latérales</li> <li>B. incisives centrales</li> <li>C. canines</li> <li>D. 1ères prémolaires</li> <li>E. 2èmes molaires</li> </ul>  | BCDE | Practica Pedodontic ă, Pg.56<br>Slide 16 – Cours Éruption dentaire                  |
| 168. | <p>*La périodicité de l'éruption des dents permanentes est:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 2 ans</li> <li>B. 3 ans</li> <li>C. 6 mois</li> <li>D. 1 an</li> <li>E. 9 mois</li> </ul>  | D    | Slide 23 – Cours Éruption dentaire  |
| 169. | <p>Pour les dents temporaires, l'éruption retardée NE peut PAS être associée à:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. fièvres éruptives</li> <li>B. syndrome de Down</li> <li>C. syndrome de Turner</li> <li>D. rachitisme</li> <li>E. hyperthyroïdie</li> </ul>   | AE   | Slide 24-25 – Cours Éruption dentaire   |
| 170. | <p>Parmi les dents temporaires, les caractéristiques générales sont les suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. les cornes de la pulpe sont plus superficielles car la couche de dentine est plus grosse</li> <li>B. les cornes distales sont plus proches de la surface que celles mésiales</li> <li>C. la chambre pulpaire des molaires mandibulaires est plus grande que la chambre pulpaire des molaires maxillaires</li> <li>D. la racine des dents frontales est aplatie mésio-distale</li> <li>E. les racines sont relativement longues par rapport à la couronne</li> </ul> | CDE  | Slide 11-12 – Cours Morphologie   |
| 171. | <p>Parmi les facteurs généraux qui influencent l'éruption dentaire sont les suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. traumatisme dentaire temporaire</li> <li>B. extraction prématurée de dents temporaires</li> <li>C. hérédité</li> <li>D. type racial et régional</li> <li>E. système nerveux central</li> </ul>   | CDE  | Practica pedodontic ă pg.51<br>Slide 9-10 – Cours Éruption dentaire                 |
| 172. | <p>*Ne prenant pas en compte la variabilité normale des dents temporaires, 7.4 apparaîtra à:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 6 ans</li> <li>B. 18 mois</li> <li>C. 6 mois</li> <li>D. 10 années</li> <li>E. 24 mois</li> </ul>   | B    | Elemente introductiv e în pedodontie , pg. 56<br>Slide 15 – Cours Éruption dentaire |
| 173. | <p>*Normalement, 2.5 apparaîtra à:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 8 ans</li> <li>B. 10 ans</li> <li>C. 12 ans</li> <li>D. 7 ans</li> <li>E. 13 ans</li> </ul>   | B    | Elemente introductiv e în pedodontie , pg. 56<br>Slide 21 – Cours Éruption dentaire |
| 174. | <p>*Les principales bactéries isolées chez les enfants atteints de carie sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Streptococcus mutans</li> <li>B. Streptococcus salivarius</li> <li>C. Escherichia coli</li> </ul>   | A    | Slide 10 – Cours Carie_DT1  |

|      |  |     |  |
|------|--|-----|--|
|      | D. Streptococcus viridans<br>E. Porphyromonas aeruginosa   |     |  |
| 175. | Les suivants facteurs d'évaluation des risques de carie aux dents temporaires sont des facteurs comportementaux:<br>A. régime de l'enfant<br>B. état gingival et parodontal de l'enfant<br>C. appartenance ethnique de l'enfant<br>D. brossage des dents<br>E. statut socioéconomique  | AD  | Slide 13 – Cours Carie_DT2               |
| 176. | Le traitement de restauration atraumatique (ART) a les indications suivantes:<br>A. traitement des caries localisées sur deux surfaces dentaires<br>B. petits enfants non coopératifs<br>C. traitement des caries localisées sur trois surfaces dentaires ou plus<br>D. enfants anxieux<br>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):<br>A. absence de la douleur spontanée<br>B. absence de douleur en percussion axiale<br>C. absence de tissu mou ou de modifications osseuses<br>D. continuation de la formation des racines<br>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:<br>A. la 2ème élévation physiologique de l'occlusion<br>B. le 1er mésialisation physiologique de la mandibule<br>C. la 3ème mésialisation physiologique de l'occlusion<br>D. le 2ème mésialisation physiologique de la mandibule<br>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:<br>A. l'enfant pleure avec force<br>B. l'enfant accepte le traitement<br>C. l'enfant refuse le traitement<br>D. l'enfant ne respecte pas les séances de traitement (rendez-vous chez le dentiste)<br>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:<br>A. fièvres éruptives<br>B. syndrome de Down<br>C. syndrome de Turner<br>D. rachitisme<br>E. rubéole prénatale   | A   | Slide 24 – Cours Éruption dentaire       |
| 181. | *Parmi les caractéristiques générales des dents temporaires est la suivante:<br>A. les cornes de la pulpe sont plus superficielles car la couche de dentine est plus grosse<br>B. les cornes distales sont plus proches de la surface que celles mésiales<br>C. la chambre pulpaire des molaires mandibulaires est plus petite que la chambre pulpaire des molaires maxillaires<br>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. | <p>*Dans la préparation des cavités de classe I des dents temporaires pour la restauration avec amalgame, idéalement, la profondeur de la cavité est:</p> <p>A. 0.5mm dans l'émail<br/> B. 1,5 mm dans la dentine<br/> C. 0,5 mm dans la dentine<br/> D. 1 mm dans la dentine<br/> E. 2 mm dans la dentine</p>  | C | Slide 17 –<br>Cours<br>Carie DT3                    |
| 183. | <p>*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:</p> <p>A. 330<br/> B. cône inversé<br/> C. sphérique<br/> D. en forme de poire<br/> E. aucune réponse n'est correcte</p>  | B | Slide 18 –<br>Cours<br>Carie DT3                    |
| 184. | <p>*Parmi les signes subjectifs rencontrés dans le syndrome du sept des dents temporaires, il n'y a pas le suivant:</p> <p>A. douleur vive<br/> B. douleur exacerbée postprandiale<br/> C. douleur avec irradiation horizontale<br/> D. lésion carieuse proximale<br/> E. douleur localisée entre deux dents temporaires</p>  | D | Slide 22–<br>Cours<br>Pulpopathi<br>es DT1          |
| 185. | <p>*Le stade II de la carie précoce de la petite enfance est caractérisée par:</p> <p>A. intérêt toutes les dents temporaires<br/> B. les lésions des dents maxillaires antérieures peuvent affecter la dentine<br/> C. les molaires sont également touché<br/> D. débuts à l'âge de 6 ans<br/> E. débuts sur les molaires temporaires inférieures</p>  | B | Slide 10 –<br>Cours<br>Carie<br>Précoce             |
| 186. | <p>*Parmi les facteurs étiologiques de pulpopathie des dents temporaires, il n'y a pas le suivant:</p> <p>A. traumatismes dentaires<br/> B. bruxisme<br/> C. fraisage intermittent avec refroidissement<br/> D. mauvaise adaptation des appareils orthodontiques<br/> E. attrition</p>  | C | Slide 6, 7–<br>Cours<br>Pulpopathi<br>es DT1        |
| 187. | <p>*La périodicité de l'éruption des dents permanentes est:</p> <p>A. 2 ans<br/> B. 3 ans<br/> C. 6 mois<br/> D. 1 an<br/> E. 9 mois</p>  | D | Slide 23–<br>Cours<br>Eruption<br>dentaire          |
| 188. | <p>*En dentisterie pédiatrique, durant la période «enfance moyenne» (2eme enfance), du point de vue dentaire, auront lieu :</p> <p>A. la 3ème élévation physiologique de l'occlusion<br/> B. le 1er mésialisation physiologique de la mandibule<br/> C. le 3ème mésialisation physiologique de la mandibule<br/> D. le 2ème mouvement mésial physiologique de la mandibule<br/> E. la 1ère élévation physiologique de l'occlusion</p> | D | Slide 19 –<br>course<br>-<br>étapes de<br>l'enfance |

|      |  |   |  |
|------|--|---|--|
| 189. | <p>*Les mauvaises habitudes de soins dentaires pendant la période de dentition mixte ne peuvent PAS conduire à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. syndrome de Turner</li> <li>B. caries dentaires</li> <li>C. parodontite juvénile</li> <li>D. gingivite éruptive</li> <li>E. anomalies transitoires dentaires alvéolaires maxillaires</li> </ul>                             | A | Slide 27 –<br>course<br>étapes de<br>l'enfance   |
| 190. | <p>*HOME (hand-over-mouth exercise) représente une méthode qu'il est recommandé d'utiliser comme dernier recours aux:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. très jeunes enfants (1-2 ans)</li> <li>B. enfants non coopératifs (7-18 ans)</li> <li>C. enfants handicapés</li> <li>D. adultes</li> <li>E. jeunes enfants coopératifs</li> </ul>                                      | C | Stomatologi<br>e<br>comportame<br>ntală pg.163<br>Slide 31 –<br>course -<br>gestion du<br>comporteme<br>nt |
| 191. | <p>*Parmi les méthodes de prévention et de contrôle de la douleur en dentisterie pédiatrique, il n'y a PAS les suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. hypnodontie</li> <li>B. technique Tell Show Do</li> <li>C. infiltration locale</li> <li>D. analgésie relative</li> <li>E. sédation</li> </ul>  | B | Stomatologi<br>e<br>comportame<br>ntală pg.163<br>Slide 24 –<br>course -<br>gestion du<br>comporteme<br>nt |
| 192. | <p>*En dentisterie pédiatrique, le 4eme degré d'éruption clinique est considéré lorsque:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. la pointe cuspidienne/bord incisif perce (pénètre) la muqueuse</li> <li>B. 2/3 de la couronne est sortie</li> <li>C. 1/4 de la couronne est sortie</li> <li>D. 1/2 de la couronne est sortie</li> <li>E. la dent est complètement sortie</li> </ul> | E | Elemente<br>introductiv<br>în<br>pedodontie,<br>69<br>Slide 7 –<br>course -<br>eruption<br>dentaire        |
| 193. | <p>*L'éruption des suivantes dents temporaires maxillaires se fait avant les dents mandibulaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 5.1, 5.2</li> <li>B. 5.3, 6.3</li> <li>C. 1.4., 2.4</li> <li>D. 5.2, 6.2</li> <li>E. 5.5, 6.5</li> </ul>  | D | Practica<br>Pedodontică,<br>Pg.56<br>Slide 14 –<br>course -<br>eruption<br>dentaire                        |
| 194. | <p>*Pour les dents temporaires, l'éruption retardée ne peut PAS être associée à:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. syndrome de Down</li> <li>B. syndrome de Turner</li> <li>C. rachitisme</li> <li>D. hypothyroïdie</li> <li>E. hyperthyroïdie</li> </ul>  | E | Slide 25 –<br>course<br>eruption<br>dentaire   |
| 195. | <p>*Dans des conditions normales, la dentition temporaire humaine a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 18 dents</li> <li>B. 32 dents</li> <li>C. 20 dents</li> <li>D. 28 dents</li> <li>E. 30 dents</li> </ul>   | C | Slide 15 –<br>course<br>eruption<br>dentaire   |
| 196. | <p>*La séquence normale d'éruption des dents permanentes de l'arcade maxillaire est la suivante :</p>  | E | Slide 21 –<br>course<br>eruption<br>dentaire   |

|      |  |   |  |
|------|--|---|--|
|      | A. 6-1-2-4-3-5-7-8<br>B. 1-6-2-4-3-5-7-8<br>C. 6-1-2-3-4-5-7-8<br>D. 1-6-2-3-4-5-7-8<br>E. 6-1-2-4-5-3-7-8           |   |  |
| 197. | *Normalement, la canine permanente supérieure sort à :<br>A. 7 ans<br>B. 11 ans<br>C. 9 ans<br>D. 6 ans<br>E. 13 ans | B | Elemente introductive în pedodontie, pg. 56<br>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 :<br>A. lèvre supérieure<br>B. le palais primaire<br>C. septum nasal<br>D. la partie supérieure de l'orbite<br>E. os maxillaire                   | E    | Zegan_2013/14 |
| 199. | *L'ossification mandibulaire se réalise par :<br>A. deux points<br>B. un point<br>C. sept points<br>D. six points<br>E. huit points  | D    | Zegan_2013/19 |
| 200. | L'absence de coalescence entre les bourgeons maxillaires et nasaux internes détermine la fente:<br>A. médiane de la face<br>B. de la lèvre<br>C. de los alvéolaire<br>D. du palais<br>E. macrostomie | BCD  | Zegan_2013/17 |
| 201. | La croissance de la base du crane se fait par synchondrose :<br>A. sphéno - ethmoïdale<br>B. intra- sphénoïdale<br>C. sphéno-occipitale<br>D. intra-occipitale<br>E. aucune variante correcte        | ABCD | Zegan_2013/21 |
| 202. | La croissance mandibulaire se réalise par les centres de croissances :<br>A. symphysaire<br>B. angulaire<br>C. coronoïde<br>D. condylien<br>E. dentaire  | ABCD | Zegan_2013/22 |

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

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

## Thème 19. Le développement de l'occlusion dentaire

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



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

**Thème 20.**  
**L'étiopathogenie des anomalies dento-maxillaires**

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

|      |   |   |               |
|------|---|---|---------------|
|      | E. occlusion inversé  |   |               |
| 224. | *Nanisme hypophysaire est caractérisé par :<br>A. macroglosie<br>B. prognathie mandibulaire<br>C. prognathie maxillaire<br>D. micro-retrognathie maxillaire<br>E. exognathie mandibulaire   | D | Zegan_2013/43 |
| 225. | *Les facteurs locaux des anomalies dento-maxillaires sont :<br>A. interposition de la langue<br>B. respiration orale<br>C. perte prématurée des dents temporaires<br>D. déglutition anormale<br>E. mordre la lèvre supérieure   | C | Zegan_2013/49 |
| 226. | *Le SYNDROME DE LANGDON-DOWN est produit par lequel des chromosomes suivants:<br>A. 18<br>B. 21<br>C. 13<br>D. 13-15<br>E. 15.  | B | Pag. 45**     |
| 227. | *Le syndrome d'Edwards détermine l'apparition de:<br>A. hypoplasie du développement mandibulaire<br>B. hypoplasie du développement de la base crânienne et du maxillaire<br>C. hypoplasie du développement de la base crânienne et du développement mandibulaire<br>D. hypoplasie du développement des sites naso-septal-ethmoïdaux<br>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:<br>A. endognathie<br>B. prognathie<br>C. le syndrome d'occlusion croisée<br>D. le syndrome de compression du maxillaire<br>E. rétrogenie | CD | Dorobaț /79    |
| 229. | *La classification suivante appartient à l'école allemande:<br>A. le syndrome d'occlusion croisée<br>B. endognathie<br>C. prognathie<br>D. infragnathie<br>E. rétrogenie                                  | A  | Dorobaț /79    |
| 230. | La classe II, division 1 présente:<br>A. une vestibulo-version des incisives centrales supérieures<br>B. linguo-version des incisives centrales supérieures.  | AC | Bassig ny/pg36 |

|      |   |     |                        |
|------|---|-----|------------------------|
|      | C. distocclusion des dents de 6 ans inférieures<br>D. mésiocclusion des dents de 6 ans inférieures<br>E. aucune reponse corecte   |     |                        |
| 231. | Les modifications suivantes appartiennent au sens transversal:<br>A. exoalvéolie<br>B. proalvéolie<br>C. retrodentie<br>D. endognathia<br>E. progénie   | AD  | Dorobă<br>ț/81         |
| 232. | Les modifications suivantes appartiennent au sens antéro-postérieur:<br>A. endoalvéolie<br>B. proalvéolie<br>C. retrodentie<br>D. endognathia<br>E. progénie  | BCE | Dorobă<br>ț/81         |
| 233. | La classification suivante appartient à l'école allemande:<br>A. le syndrome d'occlusion croisée<br>B. le syndrome de compression maxillaire<br>C. retrognathie<br>D. malocclusion de classe III<br>E. prognathie | AB  | Dorobă<br>ț/79         |
| 234. | Les modifications suivantes appartiennent au sens antéro-postérieur:<br>A. endoalvéolie<br>B. retrodentie<br>C. infraalvéolie<br>D. prognathie<br>E. progénie   | BDE | Dorobă<br>ț/81         |
| 235. | *Le préfixe PRO dans le sens antéro-postérieur signifie:<br>A. trop en avant<br>B. trop en arrière<br>C. trop en haut<br>D. trop en bas<br>E. en dedans de la situation « normale »                               | A   | Bassig<br>ni/pg32      |
| 236. | *Le préfixe ENDO dans le sens transversal signifie:<br>A. trop en avant<br>B. trop en arrière<br>C. trop en bas<br>D. en dedans de la situation « normale »<br>E. en dehors de la situation « normale ».          | D   | Bassig<br>ny/pag<br>32 |
| 237. | *La classification d'Angle permet de décrire les relations d'arcades dans le sens:<br>A. transversal<br>B. antéro-postérieur<br>C. vertical<br>D. antéro-postérieur et vertical<br>E. tous les trois.             | B   | Bassig<br>ny/pag<br>35 |
| 238. | *Parmi les classifications des anomalies dento-maxillaires, on distingue les réponses suivantes sauf une :<br>A. Anomalies dentaires de « forme »<br>B. Anomalies dentaires de « position »                       | D   | p. 157,<br>168**       |

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

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

## Thème 22. L'examen radiologique dans l'orthodontie

|      |   |     |                   |
|------|---|-----|-------------------|
| 240. | *Le point A Down sur le processus alvéolaire maxillaire est:<br>A. le point le plus antérieur<br>B. le point le plus postérieur<br>C. le point le plus bas<br>D. le point le plus bas et le plus postérieur<br>E. le point le plus antérieur et le plus postérieur            | B   | Dorobăț /154      |
| 241. | *Le point B Down sur le processus alvéolaire mandibulaire est:<br>A. le point le plus antérieur<br>B. le point le plus postérieur<br>C. b. le point le plus bas<br>D. c. d. le point le plus bas et le plus postérieur<br>E. le point le plus antérieur et le plus postérieur | B   | Dorobăț /154      |
| 242. | Le triangle de Tweed est composée par:<br>A. plan de Frankfort<br>B. axe de l'incisive supérieure<br>C. axe de l'incisive inférieure<br>D. plan mandibulaire  | ACD | Dorobăț /163      |
| 243. | La radiographie "bite wing "est utilisé pour diagnostiquer:<br>A. dents incluses<br>B. dents ectopiques<br>C. dents en position vestibulaire<br>D. rotation dentaire<br>E. aucune réponse correcte  | ABC | Dorobăț / 145-146 |
| 244. | Les signes radiologiques de la rotation mandibulaire antérieure sont:<br>A. l'angle mandibulaire augmenté<br>B. la courbure préangulaire prononcée<br>C. branches montante descendantes<br>D. canal dentaire droite<br>E. canal dentaire angulé                               | AE  | Dorobăț /149      |
| 245. | *Le point Orbital, Or (1, o), également appelé point sous-orbitaire, c'est le point :<br>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<br>C. le plus postérieure de l'image du rebord orbitaire<br>D. le plus supérieure de l'image du rebord orbitaire<br>E. le plus inférieur et postérieure de l'image du rebord orbitaire |   |                        |
| 246. | *Le plan de Francfort céphalométrique unit les points :<br>A. Po-Or<br>B. S-N<br>C. S-Po<br>D. Or-N<br>E. N-Pog  | A | Bassig<br>ny/pag<br>57 |
| 247. | *Type de radiographie extra-oral utilisés dans l'orthodontie est:<br>A. périapical<br>B. bite-wing<br>C. orthopantomographie<br>D. téléradiographie lateral<br>E. occlusal.  | D | Pag.<br>118**          |
| 248. | *La radiographie dentaire intra-orales est:<br>A. Radiographie du poing<br>B. Tomographie de l'articulation temporo-mandibulaire<br>C. Téléradiographie lateral<br>D. Téléradiographie frontal<br>E. Orthopantomographie.                  | E | Pag.<br>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:<br>A. “Long face” syndrome<br>B. Typologie Dolichocephal<br>C. Convex profile<br>D. Concave profile<br>E. Hypertonicite de la levre superieure   | ABC  | 3, pag.<br>88  |
| 250. | Dans la classe II/1 malocclusion l'examen fonctionnel nous montre:<br>A. Hypotonicite du mentalis muscles<br>B. Hypertonicite du buccinators muscle<br>C. Hypotonicite de la levre superieure<br>D. Hypotonicite des narines nostrils<br>E. Hypertonicite du mentalis muscle | BCDE | 2, pag.<br>159 |
| 251. | Pour la malocclusion classe II1 Angle les suivantes cephalometric valeurs d'analyse Tweed sont augmentes:<br>A. SNA angle<br>B. SNB angle<br>C. ANB angle<br>D. AO-BO distance<br>E. L'angle forme par les longs axes des incisives  | ACD  | 3, pag.<br>88  |

|      |  |    |            |
|------|--|----|------------|
| 252. | <p>Pour la malocclusion classe II1 le traitement interceptif comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Identification des syndromes genetiques et endocrines</li> <li>B. Alimentation naturel de le nouveau-ne</li> <li>C. Elimination des habitudes vicieuses</li> <li>D. Mesures prophylactiques et hygiene orale</li> <li>E. Prophylaxie du deficit des vitamins D et Calcium</li> </ul> | AC | 3, pag. 89 |
| 253. | <p>*Quelles sont les traits cliniques qui ne sont pas rencontrees pour la malocclusion classe II1 ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Protruded upper incisors</li> <li>B. Profil concave</li> <li>C. Retrognathism mandibulaire</li> <li>D. Profil convexe</li> <li>E. Overjet augmente</li> </ul>  | B  | 3, pag. 88 |
| 254. | <p>*Quelle sont les valeurs cephalometriques qui correspond pas avec le diagnostic de la malocclusion classe II1?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. SNA angle augmente</li> <li>B. SNB angle diminue</li> <li>C. SNB angle augmente</li> <li>D. ANB angle augmente</li> <li>E. FMA angle augmente</li> </ul>   | C  | 3, pag. 88 |
| 255. | <p>*La plus frequente forme d'arcade pour la malocclusion classe II1 est is:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Forme du "V"</li> <li>B. Forme du "M"</li> <li>C. Forme du "trapeze"</li> <li>D. Forme du "W"</li> <li>E. Forme du rectangle</li> </ul>   | A  | 3, pag. 88 |
| 256. | <p>*Quelle sont les facteurs faibles pour l'etiopatogeny de la malocclusion classe II1?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Heredite</li> <li>B. Genetique</li> <li>C. Endocrine</li> <li>D. Dysfonction orale</li> <li>E. Fentes palatines</li> </ul>   | E  | 3, pag. 87 |
| 257. | <p>*Quelle sont les signes faibles pour la definition de la malocclusion classe II1?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Molar et cuspid distocclusion</li> <li>B. Molar et canine mesiocclusion</li> <li>C. Over jet positif</li> <li>D. Deep bite</li> <li>E. Discrepances des bases squellettiques et alveolaires</li> </ul>  | B  | 3, pag. 87 |
| 258. | <p>*Dans la classe II/1 malocclusion on trouve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Retroclination des incisives superieurs</li> <li>B. Profil concave</li> <li>C. Prognathic mandibule</li> <li>D. Marche labiale inverse</li> <li>E. Over jet positif</li> </ul>   | E  | 3, pag. 88 |
| 259. | <p>*Dans les malocclusions de classe 2 division 1, Le profil n'est pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. convexe</li> <li>B. rétrognathique</li> <li>C. l'escalier labial positif</li> <li>D. avec une prochéilie supérieure</li> </ul>  | E  | **         |

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

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

### Thème 24. La malocclusion classe II/2

|      |  |      |            |
|------|--|------|------------|
| 261. | <p>La malocclusion Class II/2 est caractérisée par :</p> <p>A. Occlusion distalisée</p> <p>B. Encombrement dentaire</p> <p>C. Overbite augmenté</p> <p>D. Overjet augmenté</p> <p>E. Trémas et diastèmes</p>                                     | ABC  | 3, pag. 90 |
| 262. | <p>L'examen extraoral dans la malocclusion classe II2 montre :</p> <p>A. Le visage court</p> <p>B. Le visage long</p> <p>C. Le sillon du muscle mental profond</p> <p>D. Protrusion de la lèvre inférieure</p> <p>E. Incompétence labiale</p>    | AC   | 3, pag. 90 |
| 263. | <p>Quelles sont les valeurs céphalométriques diminuées pour la malocclusion classe II1?</p> <p>A. SNA angle</p> <p>B. SNB angle</p> <p>C. FMA angle</p> <p>D. ANB angle</p> <p>E. L'angle gonion</p>   | BCE  | 3, pag. 92 |
| 264. | <p>Les formes possibles pour l'arcade supérieure dans la malocclusion classe II2 sont:</p> <p>A. Trapèze</p> <p>B. Forme du "V" shape</p> <p>C. Rectangle</p> <p>D. Forme du "U"</p> <p>E. Forme du "M"</p>                                      | ACDE | 3, pag. 91 |
| 265. | <p>*On rencontre pas dans la malocclusion classe II2 :</p> <p>A. Occlusion couverte</p> <p>B. Occlusion distalisée</p> <p>C. Occlusion ouverte</p> <p>D. Inclinaison palatinale des incisives supérieures</p> <p>E. Courbe de Spee augmentée</p> | C    | 3, pag. 92 |



|      |  |   |            |
|------|--|---|------------|
| 266. | *Quelle des suivantes caracteristiques fonctionnelles du malocclusion classe II2 are false?<br>A. Hypertonicite du muscle mentalis<br>B. Hypertonicite du muscle masseter<br>C. Hypertonicite du muscle temporal<br>D. Hypotonicite du muscle orbicularis oris<br>E. Deglutition palatale  | D | 3, pag. 91 |
| 267. | *Quelle affirmation sur la definition de la malocclusion classe II2 est false?<br>A. Malocclusion classe II/2 est caracterisee par une discrepance sagitale des bases oseuses<br>B. Occlusion distalisee<br>C. Deep bite<br>D. Iclinaison labiale des incisives superieurs<br>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 :<br>A. Long face syndrome<br>B. Adenoid face<br>C. Visage court<br>D. Hypotonicite des levres<br>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:<br>A. Profile concave<br>B. Occlusion molaire et canine mesiale<br>C. Occlusion invere frontale<br>D. Over jet positif<br>E. Occlusion distalise  | ABC | 3, pag. 93 |
| 270. | Le prognathism mandibulaire anatomique est caraterise par :<br>A. Development excesif mandibulaire dans le plan sagittal, transversal et vertical<br>B. Court maxillaire, mandibule normale<br>C. Position avance de la mandibule normale<br>D. Court mandibule<br>E. Arcade inferieure espacee | AE  | 3, pag. 94 |
| 271. | Pour le prognathism mandibulaire anatomique on trouve les suivantes valeurs cephalometriques augmentees:<br>A. SNA angle<br>B. SNB angle<br>C. ANB angle<br>D. FMA angle<br>E. Goniac angle   | BDE | 3, pag. 94 |
| 272. | L'anomalie classe III scheletique a cause du retrognathism maxillaire est caraterisee par :<br>A. Profile convexe   | BCD | 3, pag. 97 |

|      |  |   |            |
|------|--|---|------------|
|      | B. Maxillaire sous-developpe dans le sense sagittal, transversal et vertical<br>C. Occlusion inverse laterale et frontale<br>D. Marche labiale inverse<br>E. Developement excesiv de la mandibule  |   |            |
| 273. | *L'etiopathogenie du prognatism mandibulaire fonctionel est:<br>A. Developement excesiv de la mandibule<br>B. Retrognatism maxillaire<br>C. Fentes labiales<br>D. L'absence d'atrition des canines temporaires ou malpositions dentaires<br>E. Developement excesif maxillaire | D | 3, pag. 99 |
| 274. | *Quel signe Clinique n'est pas trove pour les patients avec malocclusion classe III?<br>A. Occlusion inveres<br>B. Occlusion mesiale des molaires et canines<br>C. Overjet positif augmente<br>D. Profile concave<br>E. Face paye  | C | 3, pag. 97 |
| 275. | *Pour les patients avec malocclusion classe III on trouve :<br>A. Occlusion distale des molaires et canines<br>B. Occlusion normale<br>C. Hypertonicite du muscle mentalis<br>D. Mesioocclusion des molaires et canines<br>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:<br>A. Hauteur diminue du etage inferieur du visage<br>B. Hauteur augmente du etage inferieur du visage<br>C. Espace frontal et lateral entre les dents superieurs et inferieurs<br>D. Augmentation du labial-mental sulcus<br>E. Competence labiale ferme | BC  | 3, pag. 82 |
| 277. | L'occlusion ouverte fonctionelle est caracterise par:<br>A. Hauteur normale du etage inferieur du visage<br>B. Hauteur augmente du etage inferieur du visage<br>C. Normal labial-mental sulcus<br>D. Deglutition anormale<br>E. Rotation mandibulaire posterieure  | ACD | 3, pag. 82 |
| 278. | La difference entre la occlusion ouverte scheletique et fonctionelle est determine par :<br>A. La severite de la malocclusion<br>B. Les differences de croissance vertical du visage inferieur<br>C. Les valeurs d'angle FMA<br>D. Transposition dentaires<br>E. Anodontia   | ABC | 3, pag. 83 |

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

## Thème 27

### Anomalies du system dentaire

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

|      |  |     |               |
|------|--|-----|---------------|
|      | D. Transposition<br>E. Dent ectopique  |     |               |
| 286. | Quelles sont des anomalies dentaires de position?<br>A. Dent ectopique<br>B. Version (inclinaison)<br>C. Rotation<br>D. Egression<br>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?<br>A. Ectopie<br>B. Rotation<br>C. Impaction<br>D. Transposition<br>E. Ingression  | ACD | 3, pag. 63-75 |
| 288. | *Hypodontia signifie:<br>A. Absence totale de dents<br>B. L'absence de plus de 6 dents<br>C. Dents supplémentaires<br>D. L'absence de 1-6 dents<br>E. La présence de 1-6 dents   | D   | 3, pag. 64    |
| 289. | *Peridens est:<br>A. Une dent supplémentaire sur la ligne médiane<br>B. Une dent supplémentaire dans la zone latérale de l'arcade<br>C. Des tubercules supplémentaires<br>D. Synonyme avec l'anodontie<br>E. Dent en rotation  | B   | 3, pag. 63    |
| 290. | *Le dent inclus est:<br>A. Présent à l'extérieur de l'arcade<br>B. Absent<br>C. Présent à l'intérieur de l'arcade<br>D. Présent sur l'arcade, avec une forme anormale<br>E. La dent est présente au niveau de l'os   | E   | 3, pag. 63-75 |
| 291. | *Quelle affirmation est fautive?<br>A. Mesiodens est une dent supplémentaire<br>B. La dent ectopique est présente à l'extérieur de l'arcade<br>C. Inclinaison des dents signifie que deux dents ont changé leur place<br>D. En macrodontie les dents sont larges<br>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 :<br>A. Le développement général<br>B. Le profil<br>C. La face<br>D. Les teguments | A | p51 Zegan |
|------|--|---|-----------|

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

## Thème 29

### L'analyse d'étude modèle dans l'orthodontie

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

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

### Thème 30. Principes dans la thérapie orthodontique

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

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

### Thème 31. Les appareils orthodontiques amovibles

|      |  |   |               |
|------|--|---|---------------|
| 313. | *Les éléments composants des appareils orthodontiques amovibles sont :<br>A. Les éléments d'ancrage<br>B. Les bagues orthodontiques<br>C. Les élastiques intermaxillaires<br>D. Les élastiques intermaxillaires<br>E. Les braquets | A | p103<br>Zegan |
| 314. | *Les éléments composants des appareils orthodontiques amovibles sont :<br>A. Les chaînettes élastiques   | C | p103<br>Zegan |

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

## Thème 32.

### Les appareils orthodontiques fonctionnelles

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



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

### Thème 33.

#### La contention et la récidive dans l'orthodontie

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

|      |   |    |               |
|------|---|----|---------------|
| 329. | <p>*La recidive est :</p> <p>A. La tendance des dents de rester incluses</p> <p>B. La tendance des dents de revenir dans leurs positions initiales</p> <p>C. La tendance des dents de se déplacer pendant le traitement orthodontique</p> <p>D. La phase terminale du traitement orthodontique</p> <p>E. La phase active du traitement orthodontique</p>                | B  | p132<br>Zegan |
| 330. | <p>*La recidive est :</p> <p>A. La tendance des dents de rester incluses</p> <p>B. La tendance des dents de revenir dans leurs positions finales</p> <p>C. La tendance des dents de se déplacer pendant le traitement orthodontique</p> <p>D. La tendance des dents de revenir dans leurs positions initiales</p> <p>E. La phase active du traitement orthodontique</p> | D  | p132<br>Zegan |
| 331. | <p>*Parmi les causes de la recidive on peut enumere :</p> <p>A. Le traitement avec appareils amovibles</p> <p>B. Le traitement avec appareils fonctionnels</p> <p>C. Le traitement avec appareils fixes</p> <p>D. La carie dentaire</p> <p>E. La persistance des facteurs étiologiques</p>  | E  | p132<br>Zegan |
| 332. | <p>*Parmi les causes de la recidive on peut enumere :</p> <p>A. Les tissus parodontaux</p> <p>B. Le traitement avec appareils fonctionnels</p> <p>C. Le traitement avec appareils fixes</p> <p>D. La carie dentaire</p> <p>E. L'inflammation gingivale</p>  | A  | p132<br>Zegan |
| 333. | <p>Parmi les causes de la recidive on peut enumere :</p> <p>A. La croissance condylienne</p> <p>B. Le traitement avec appareils fonctionnels</p> <p>C. Le traitement avec appareils fixes</p> <p>D. La carie dentaire</p> <p>E. La persistance des facteurs étiologiques</p>  | AE | p132<br>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. | <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> <p>A. alimentation cariogène qui stimule une plus vigoureuse mastication</p> <p>B. fluorisation systémique</p> | CE | slide 15 |
|------|---|----|----------|

|      |   |      |    |
|------|---|------|----|
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>C. la gomme à mâcher sans sucre</li> <li>D. fluorisation locale,</li> <li>E. médication qui stimule le flux salivaire</li> </ul>   |      |    |
| 335. | <p>Dans les méthodes de traitement des caries par le modèle médical, la modification de plaque bactérienne a des raisons suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. réduire le nombre, l'intensité et la durée des attaques à l'acide</li> <li>B. augmenter la clearance de substances acides</li> <li>C. augmenter la résistance des tissus dure dentaire au déminéralisation</li> <li>D. diminue la quantité de plaque bactérienne</li> <li>E. fournit le tampon de la plaque bactérienne</li> </ul>  | DE   | 13 |
| 336. | <p>*Par brossage dentaire, la plaque bactérienne reste toujours jeune, avec un climax communauté qui se compose:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. S. sanguis et S.mutans</li> <li>B. S.mitis et lactobacili</li> <li>C. S. sanguis et S.mitis</li> <li>D. S. mitis et Actinomyces</li> <li>E. S.sanguis et Actinomyces</li> </ul>  | C    | 23 |
| 337. | <p>Chez les patients présentant un risque élevé de caries, l'élimination mécanique de la plaque doit être rigoureusement et fréquemment avec une attention particulière:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. surfaces linguo-proximales des molaires mandibulaires</li> <li>B. surfaces linguo-proximales des prémolaires mandibulaires</li> <li>C. faces vestibulaire des frontaux maxillaires</li> <li>D. surfaces vesibulo-proximales des molaires maxillaires</li> <li>E. surfaces vesibulo-proximales des prémolaires maxillaires</li> </ul>   | ABDE | 29 |
| 338. | <p>Dans les agents antimicrobiens utilisés dans l'hygiène buccale, hexétidine est actif contre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Streptococului mutans</li> <li>B. Lactobacililor</li> <li>C. Streptococului mitis</li> <li>D. Streptococului sobrinus</li> <li>E. Streptococului sanguis</li> </ul>   | ADE  | 35 |
| 339. | <p>Dans les agents antimicrobiens utilisés dans l'hygiène buccale, le xylitol agissant sur les Streptococcus mutans par les mécanismes suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. stimule la synthèse des polysaccharides</li> <li>B. inhiber la glycolyse</li> <li>C. réduire la capacité d'adhérence en diminuant la synthèse de polysaccharides</li> <li>D. stimule la glycolyse</li> <li>E. augmenter la capacité d'adhérence, mais diminue la synthèse de polysaccharides</li> </ul>  | BC   | 41 |
| 340. | <p>Dans la conduite thérapeutique de la carie fissure attente est indiquée dans les situations suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>B. dans le cas de sillon sain, dans tout groupe d'âge, sans carie active dans les dents en eruption, plus de deux ans</li> <li>C. un sillon colorée chez les patients moins de 20 ans sans signes radiologiques de carie dentinaire dans le dent respective</li> </ul> | BE   | 58 |

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

|      |   |     |           |
|------|---|-----|-----------|
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>C. phosphate de calcium</li> <li>D. xylitol</li> <li>E. nanohydroxiapatite</li> </ul>  |     |           |
| 346. | <p>Les propriétés caractéristiques de xylitol sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. contrôlé le Mutans Streptococci</li> <li>B. réduire la quantité de biofilm</li> <li>C. la consommation régulière augmente la consistance et l'adhérence de biofilm</li> <li>D. pendant longtemps est inhibé la développement de lactobacilles</li> <li>E. il est utilisé comme un substrat fermentescible de toutes les espèces microbiennes, ce qui entraîne dans les quantités accrues d'acide</li> </ul>   | ABD | 41        |
| 347. | <p>Un agent de scellement de sillon est indiqué dans les situations cliniques suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. sillon colorée et décalcifié, chez le patient de plus de 20 ans, sans caries actives, avec des signes radiologiques de carie dentinaire</li> <li>B. sillon colorée chez les patients de moins de 20 ans sans signes radiologiques de la carie dentinaire sur la dent respective</li> <li>C. fis sillon colorée et décalcifié, chez le patient de plus de 20 ans, sans caries actives sans signes radiologiques de la carie dentinaire</li> <li>D. sillon colorée chez les patients de moins de 20 ans, avec signes radiologiques de la carie dentinaire sur la dent respective</li> <li>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</li> </ul> | BCE | 67        |
| 348. | <p>*Les désavantages des systèmes adhésifs auto-mordance mono-composant comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. mordantage supérieure de l'émail</li> <li>B. tempe de travail prolongées</li> <li>C. hydrolyse très rapide (dans le récipient)</li> <li>D. le pH basique, ce qui conduit à la perméabilisation de l'eau</li> <li>E. pH neutre, ce qui conduit à la formation de infiltration entre l'adhésif et le composite</li> </ul>   | C   | 138       |
| 349. | <p>*Par la technique de mordantage sélectif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. est mordance seul le bord de l'émail par l'acide phosphorique pendant 15 secondes</li> <li>B. sont mordances l'émail et la dentine par l'acide phosphorique pendant 15 secondes</li> <li>C. sont mordances l'émail et la dentine par l'acide phosphorique pendant 30 secondes</li> <li>D. est mordance seul le bord de l'émail par l'acide phosphorique pendant 60 secondes</li> <li>E. un système adhésif auto-mordance est appliquée uniquement sur la dentine</li> </ul>  | A   | 141       |
| 350. | <p>*En clinique dentaire, l'agent d'élection indique dans le coiffage directe est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. eugénate de zinc</li> <li>B. ciment IRM</li> <li>C. tout matériau qui assure l'étanchéité la couronne dentaire pour un mois</li> <li>D. hydroxyde de calcium</li> <li>E. ciment EBA</li> </ul>  | 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"> <li>A. alimentation cariogène qui stimule une plus vigoureuse mastication</li> <li>B. la gomme à mâcher sans sucre</li> <li>C. fluorisation systémique</li> <li>D. fluorisation locale,</li> <li>E. médication qui diminuer le flux salivaire</li> </ul>  | 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"> <li>A. S. sanguis et S.mutans</li> <li>B. S.mitis et lactobacili</li> <li>C. S. mitis et Actinomyces</li> <li>D. S. sanguis et S.mitis</li> <li>E. S.sanguis et Actinomyces</li> </ul>   | D | slide 23  |
| 353. | <p>*Dans le cas de reset stratégique de biofilm orale, se recommandes des rinçages avec le digluconate de chlorhexidine, comme suit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 8 ml. pendant 1 minute, 6 semaines, après quoi la solution de NaF est utilisé pendant 3 semaines,</li> <li>B. 1 ml. pendant 1 minute, 10 semaines, puis utiliser la solution NaF pendant 5 semaines,</li> <li>C. 10 ml. pendant 1 minute, 1 semaine, puis utiliser la solution NaF pour 3semaine</li> <li>D. 5 ml. pendant 2 minute, 1 semaine, après quoi sont utilisées solutions avec NaF pour 2 semaines</li> <li>E. 1 ml. pendant 1 minute, 1 semaine, puis utiliser la solution NaF pour 1 semaine</li> </ul> | C | slide 35  |
| 354. | <p>*Les désavantages des systèmes adhésifs auto-mordance mono-composant comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. mordantage supérieure de l`émail</li> <li>B. hydrolyse très rapide (dans le récipient)</li> <li>C. tempe de travail prolongées</li> <li>D. le pH basique, ce qui conduit à la perméabilisation de l'eau</li> <li>E. pH neutre, ce qui conduit à la formation de infiltration entre l'adhésif et le composite</li> </ul>  | B | slide 138 |
| 355. | <p>*Par la technique de mordantage sélectif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. sont mordances l'émail et la dentine par l'acide phosphorique pendant 15 secondes</li> <li>B. sont mordances l'émail et la dentine par l'acide phosphorique pendant 30 secondes</li> <li>C. est mordance seul le bord de l'émail par l'acide phosphorique pendant 15 secondes</li> <li>D. est mordance seul le bord de l'émail par l'acide phosphorique pendant 60 secondes</li> <li>E. un système adhésif auto-mordance est appliquée uniquement sur la dentine</li> </ul>   | 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. | La maladie carieuse:<br>A. est considérée comme une maladie infectieuse<br>B. est irréversible même dans les premiers stades de lésions<br>C. affecter non spécifiquement toute surface dentaire exposée à l'environnement oral<br>D. est un processus dynamique<br>E. a toutes les caractéristiques énumérées ci-dessus  | AD  | slide 2 |
| 357. | pH salivaire:<br>A. est normalement maintenue à des valeurs proches de la neutralité<br>B. est identique au pH de la plaque bactérienne<br>C. n'est pas affectée par la nourriture<br>D. est 5,5 en repos chez les patients ayant une carioactivité réduit<br>E. varie en fonction de l'âge et la santé générale  | AE  | 24      |
| 358. | *La plupart de la capacité tampon salivaire est fourni par :<br>A. système peroxydase-tiocyanate<br>B. système bicarbonate<br>C. lysozyme<br>D. glycoprotéines salivaire<br>E. ions de calcium  | B   | 24      |
| 359. | Lysozyme salivaire:<br>A. inhiber la précipitation de phosphate de calcium dans l'émail et substituts dentaire<br>B. a été couplé avec divers anions salivaire pour former un complexe qui se lie à la paroi cellulaire bactérienne<br>C. activé auto -lysines qui détruire la paroi cellulaire bactérienne<br>D. peut provoquer une agrégation bactérienne<br>E. stimule le métabolisme intermédiaire glucidique bactérien | BCD | 47      |
| 360. | Dans les composés organiques salivaires avec une activité prépondérante antibactérienne sont:<br>A. lactoferrine<br>B. peroxydase<br>C. glycocalix<br>D. émolase<br>E. immunoglobulines A sécrétoire  | ABE | 46,48   |
| 361. | Immunoglobulines A- sécrétoire dans la salive inhibe adhésion bactérienne par la capacité:<br>A. de stimule la glycolise bactérienne<br>B. à se lier à de surface des adhésines bactériennes<br>C. pour neutraliser la charge négative de la surface bactérienne<br>D. à neutraliser l'action des enzymes (GTF)<br>E. pour stimuler la co-agrégation  | BCD | 50      |

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



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

## ENDODONTIE FR

### Bibliographie:

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

2. J.C.Hess. Enseignement d'Odontologie Conservatrice. Clinique Endodontique, tome 3. Pathologie et Therapeutique Pulpo-Dentaires. 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 pulpites ulcéreuses chroniques:<br>A. la pulpe présente une surface ulcérée<br>B. la pulpe est ouverte dans la cavité buccale<br>C. elle évolue plutôt chez l'adulte âgé<br>D. le plafond de la chambre pulpaire est ouvert partiellement (une ou deux cornes)<br>E. elle évolue chez le jeune   | ABC  | 54(2) |
| 376. | Selon Hess les pulpites aiguës sont divisées:<br>A. pulpite primaire partielle<br>B. pulpite ouverte<br>C. pulpite secondaire<br>D. pulpite fermée simple<br>E. pulpite primaire totale  | ACE  | 31(2) |
| 377. | Du point de vue physiopathologique dans une pulpite chronique fermée:<br>A. la pulpite chronique fermée s'accompagne de dégénérescences au niveau de l'ensemble pulpo-dentinaire<br>B. la pulpite chronique fermée s'accompagne de dégénérescences au niveau du parodonte<br>C. les modifications calciques peuvent s'étendre au-delà de l'apex, dans l'os alvéolaire<br>D. Il peut exister des érostoses périapicales d'origine pulpaire<br>E. Les réponses aux tests de vitalité sont normales | ABCD | 53(2) |
| 378. | Dans une pulpite chronique fermée au niveau du tissu pulpaire nous pouvons rencontrer:<br>A. la dégénérescence vacuolaire des odontoblastes et l'œdème cellulaire<br>B. un début de passage de sérum et de cellules sanguines vers les espaces intervasculaires<br>C. une infiltration leucocytaire (diapédèse, phagocytose)<br>D. une congestion avec une abcès pulpaire<br>E. dans le protoplasme de nombreuses vacuoles, volumineuses ou petites  | AE   | 51(2) |
| 379. | Les pulpites chroniques sont de deux ordres:<br>A. pulpites chroniques partielles ouvertes<br>B. pulpites chroniques indirectes ouvertes<br>C. pulpites chroniques fermées<br>D. pulpites chroniques partielles fermées<br>E. e. pulpites chroniques ouvertes  | ABD  | 49(2) |
| 380. | *Les conditions de conservation vivante de la pulpe dépendent de cinq facteurs essentiels :<br>A. l'âge de la pulpe  | C    | 49(2) |

|      |   |   |       |
|------|---|---|-------|
|      | <p>B. l'origine de la pulpite (coronaire ou apicale)</p> <p>C. les particularité de l'espace endodontic et les nombre des racines</p> <p>D. la durée de l'action de l'agent pathogène</p> <p>E. e. le siège et le niveau clinique de la lésion causale</p>  |   |       |
| 381. | <p>*Comme localisation la douleur peut être:</p> <p>A. le malade peut être capable de localiser la douleur et de désigner exactement la dent en cause</p> <p>B. la douleur est irradiée ou projetée aux dents contiguës, aux antagonistes ou aux régions voisines</p> <p>C. Les irradiations ont lieu vers le menton (incisives inférieures), l'oreille (prémolaires et molaires inférieures)</p> <p>D. Les irradiations ont lieu vers le nez (incisives supérieures), l'oeil (canines supérieures), la tempe (prémolaires et molaires supérieures)</p> <p>E. La pulpite ne peut pas déclencher une véritable névralgie faciale</p> | E | 41(2) |
| 382. | <p>*Comme intensité la douleur c'est caractérise:</p> <p>A. le malade peut seulement prendre conscience d'une dent qu'habituellement il ne sent pas</p> <p>B. la douleur peut être variable : subaiguë, aiguë, suraiguë ou paroxystique</p> <p>C. dans les pulpites subaigues, elle peut revêtir une intensité telle qu'elle arrache des cris au patient</p> <p>D. dans les pulpites suraigues il existe un aspect plus aigu de la douleur</p> <p>E. contrairement à la douleur desmodontique ou osseuse, la douleur de pulpite c'est reagit aux antalgiques</p>  | C | 40(2) |
| 383. | <p>*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 :</p> <p>A. la première couche;</p> <p>B. la deuxième couche;</p> <p>C. la troisième couche;</p> <p>D. la quatrième couche;</p> <p>E. la cinquième couche.</p>   | C | 83(3) |
| 384. | <p>*A l'inspection, dans la pulpite chronique ulcéreuse ouverte, on observe:</p> <p>A. la présence de tissu de granulation bourgeonnant dans la cavité</p> <p>B. palpation superficielle avec la sonde est indolore</p> <p>C. la présence d'une cavité carieuse profonde, avec ouverture large de la chambre pulpaire</p> <p>D. le sondage en profondeur provoque douleurs et saignements</p> <p>E. percussions axiale et transversale sont négatives</p>   | C |       |
| 385. | <p>*Le granulome interne de Palazzi. Choisissez la mauvaise réponse.</p> <p>A. est une pulpite chronique ouverte de type polype</p> <p>B. peut évoluer en fracture coronaire ou coronaire</p> <p>C. est une pulpite chronique fermée hyperplasique</p> <p>D. peut être localisé coronaire et/ou radiculaire</p> <p>E. le diagnostic peut être basé sur la radiographie</p>  | A |       |
| 386. | <p>*Les caractéristiques communes des pulpites chroniques fermées sont, à une exception près:</p>   | 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'étiologie 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. 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 endocanalair, 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 apparait sous l'aspect d'un putrillage noir très nauséabond</p>  | ACE | 25-31(3)  |

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

## Thème 38

### Parodontites apicales aiguë et chroniques

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

|      |  |   |  |
|------|--|---|--|
|      | A. La parodontite apicale chronique fibreuse ;<br>B. Granulome simple conjonctif ;<br>C. Granulome épithélial ;<br>D. Granulome de type kystique ;<br>E. La parodontite apicale chronique condensante.   |   |  |
| 406. | *Les signes objectifs dans le granulome simple conjonctif ne sont pas représentés par :<br>A. La douleur est exacerbée au chaud dans les phases d'acutisation;<br>B. À l'inspection la dent présente une obturation vieille;<br>C. La présence d'un processus carieux qui intéresse aussi la chambre pulpaire;<br>D. Parfois, au niveau coronaire on n'observe pas de lésions;<br>E. Tests de vitalités négatives. | A |  |
| 407. | *L'examen radiologique initial dans les parodontites apicales chroniques ne donne pas des renseignements sur :<br>A. La forme, les dimensions et la structure de la lésion périapicale ;<br>B. Des traitements endodontiques et l'appréciation de leur qualité ;<br>C. Des fractures radiculaires ;<br>D. Des voies fausses ;<br>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:<br>A. La visibilité en profondeur de la chambre pulpaire;<br>B. Pouvoir saisir les pointes de papier;<br>C. Reperer la position des orifices d'ouverture des canaux radiculaires<br>D. L'évaluation des lésions carieuses et de l'état parodontal;<br>E. Etablir la longueur du canal radiculaire.   | A    | 43 |
| 409. | *Lime K-flex- la forme sur section est:<br>A. Ovale;<br>B. Sphérique;<br>C. Trapezoidale;<br>D. Rond;<br>E. Rhombique.  | E    | 51 |
| 410. | Les plus communes standardisations sont selon:<br>A. Le diamètre et la conicité de chaque instrument et cône de gutta-percha (d'obturation)<br>B. L'augmentation progressive comme taille d'un instrument à un autre;<br>C. Un système de numérotation basé sur le diamètre de l'instrument;<br>D. La forme et la conicité de chaque instrument;<br>E. Un système de numérotation basé sur la conicité de l'instrument. | ABC  | 48 |
| 411. | Lime Kerr (K-file) est:<br>A. Confectionnée en acier inoxydable;<br>B. A section carrée ou triangulaire;  | ABCD | 51 |

|      |   |     |    |
|------|---|-----|----|
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>C. Caracterisee de spires au moindre pas que les limes en ayant 0,9-1,9 sur 1 mm de longueur;</li> <li>D. L'instrument de choix du catheterisme;</li> <li>E. Confectionne en acier inoxydable tres flexible et i lest resistant an cassage.</li> </ul>   |     |    |
| 412. | <p>L'ecran de l'apex locateur est grade en trois couleurs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Bleu (la zone avant la constriction apicale);</li> <li>B. Vert (la zone de la constriction apicale, le repere qui doit etre atteint);</li> <li>C. Rouge (la zone du parodonte apical, repere qu'on doit eviter d'atteindre);</li> <li>D. Noire;</li> <li>E. Blanc.</li> </ul>  | ABC | 71 |
| 413. | <p>A la base de la therapie endodontique reste la triade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Preparation biomecanique;</li> <li>B. Le controle bacteriene;</li> <li>C. Obturation complete de l'espace endodontique;</li> <li>D. Irrigation tres abondante;</li> <li>E. Utilisation de lubrifiants.</li> </ul>   | ABC | 73 |
| 414. | <p>*Lois de Krasner et Rankow- loi de la centralite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La chambre pulpaire de chaque dent est au centre de la dent au niveau de la junction amelocementaire et elle n'est pas absolument correlee a la morphologie de la face occlusale de la dent;</li> <li>B. Les parois de la chambre pulpaire sont concentriques par rapport au contour externe de la dent au niveau de junction amelo-cementaire;</li> <li>C. Jonction email cement est le plus consequent, repetitive pour la localization de la position de la chambre pulpaire</li> <li>D. La couleur du plancher est toujours plus sombre que celle des parois: cette difference de couleur cree une demarcation nette entre le plancher et les parois;</li> <li>E. Les orifices sont localizes dans les angles de la chambre pulpaire.</li> </ul> | A   | 74 |
| 415. | <p>*Lois du changement de couleur:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Les orifices sont localizes dans les angles de la chambre pulpaire.</li> <li>B. La couleur du plancher est toujours plus sombre que celle des parois: cette difference de couleur cree une demarcation nette entre le plancher et les parois;</li> <li>C. La chambre pulpaire de chaque dent est au centre de la dent au niveau de la junction amelocementaire et elle n'est pas absolument correlee a la morphologie de la face occlusale de la dent;</li> <li>D. Les parois de la chambre pulpaire sont concentriques par rapport au contour externe de la dent au niveau de junction amelo-cementaire;</li> <li>E. Jonction email cement est le plus consequent, repetitive pour la localization de la position de la chambre pulpaire</li> </ul>                   | B   | 75 |
| 416. | <p>*Le traitement mecanique dans la gangrene pulpaire s'effectue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Jusqu'au foramen apical ;</li> <li>B. Jusqu'à la constriction apicale ;</li> <li>C. Jusqu'à la jointure des 2 /3 coronaire avec 1/3 apicale du canal ;</li> <li>D. Jusqu'à 1/2 du canal.</li> </ul>  | B   |    |



|      |   |   |  |
|------|---|---|--|
|      | E. Avec un léger dépassement de la constriction apicale.  |   |  |
| 417. | <p>*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 :</p> <p>A. Dontisolon ;<br/> B. Hydroxyd de calcium ;<br/> C. Cément zinc oxyde eugénol ;<br/> D. Endométhasone ;<br/> E. Cément phosphate de zinc.</p>  | B |  |
| 418. | <p>*L'hypochlorite de sodium :</p> <p>A. Représente la solution d'irrigation endodontique de choix est présente une action solvante sur les matières organiques;<br/> B. Est indiqué dans le traitement de carie;<br/> C. A une action solvante sur les matières organiques et minérales;<br/> D. Est contreindiqué dans les traitements canalaire;<br/> E. Représente la solution d'irrigation endodontique de choix est présente une action solvante sur les matières minérales</p> | A |  |

### Thème 40. Obturation des canaux radiculaires

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

|      |   |    |    |
|------|---|----|----|
|      | <p>B. Disponible sous la forme de cones et batons;</p> <p>C. Malleable et visqueux a 56-64 C;</p> <p>D. Etat fondu;</p> <p>E. La forme instable.</p>  |    |    |
| 424. | <p>*La dentine primaire:</p> <p>A. Forme la masse dentinaire, a commencer avec les premieres couches, jusqu'a la fin de l'edification radiculaire;</p> <p>B. Se forme toute de la vie, mais dans un rythme plus lent;</p> <p>C. Correspondent a une hypermineralisation de la dentine primaire par l'obliteration des canalicules;</p> <p>D. Peut etre tubulaire ou amorphe;</p> <p>E. Elle s'appelle dentine tertiaire ou de reaction.</p>   | A  | 10 |
| 425. | <p>L'espace pulpaire peut etre divise en deux parties:</p> <p>A. La chambre pulpaire qui est habituellement decrite comme etant la portion coronaire;</p> <p>B. Le canal radiculaire qui est dans la racine de la dent;</p> <p>C. Elle s'appelle denticule;</p> <p>D. Elle s'appelle pulpolithes;</p> <p>E. Elle a seulement des parois laterales.</p>  | AB | 11 |
| 426. | <p>*Sur une incidence retrodentoalveolaire ne peut pas etre interprete la dimension:</p> <p>A. Mesial</p> <p>B. Distale</p> <p>C. Mezio-distale</p> <p>D. Disto-mesiale</p> <p>E. Vestibulo-orale.</p>  | E  | 13 |
| 427. | <p>*L'obturation radiculaire definitive (scellant et gutta-percha) devrait contenir:</p> <p>A. Une quantite plus importante de scellant</p> <p>B. Une quantite plus importante de gutta-percha</p> <p>C. Scellant et gutta-percha en quantites egales</p> <p>D. Des antibiotiques et des substances anti-inflammatoires</p> <p>E. Du sulfate de calcium ou d'autres substances similaires</p>   | B  |    |
| 428. | <p>*Les conditions pour obturer definitivement un canal radiculaire sont les suivantes, trouvez la mauvaise reponse :</p> <p>A. Le canal a une forme cylindrique, se terminant par un retrécissement</p> <p>B. Le canal prepare en continuite du canal d'origine se terminant par un retrécissement</p> <p>C. Absence de secrections, absence de fetidite</p> <p>D. Le canal doit presente une conicite progressive, de la coronaire vers apical</p> <p>E. il ne doit pas y avoir de symptome douloureux au niveau de la dent</p> | A  |    |
| 429. | <p>*L'obturation radiculaire par la condensation verticale a chaud presuppose :</p> <p>A. Obturation avec un cone maitre parfaitement adapte avec la meme longueur que la longueur de travail;</p> <p>B. Remplir le canal avec du scellant en utilisant un Lentulo jusqu'a ce que la pate reflue, indiquant que le canal est completement rempli.</p> <p>C. Injecter le guttapercha thermoplastique a l'aide d'une seringue dans le canal.</p>  | 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>Ojectifes mecaniques de la preparation canalaire:</p> <p>A. La preparation canalaire doit mettre en conicite continue;</p> <p>B. Realisation de la preparation en plans multiples, ce qui introduit le concept de “flow”: cet objectif garde la courbure originale du canal;</p> <p>C. Forme tronconique, avec la section plus mince apicale et plus large coronaire.Cette forme permet le nettoyage optimal, vu le contact optimal entre les instruments endodontiques et les parois et de la preparation optimale des solutions d’irrigation.La forme tronconique cree une forme de resistnce qui maintient la gutta-percha dans le canal.</p> <p>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;</p> <p>E. La preparation canalaire doit mettre en conicite discontinue;</p> | ABCD | 99  |
| 431. | <p>Sont consideres techniques apical vers coronaire:</p> <p>A. Conventionel;</p> <p>B. Step back;</p> <p>C. Step back modifie;</p> <p>D. Step back passif;</p> <p>E. Step down.</p>  | ABCD | 107 |
| 432. | <p>Sont consideres techniques coronaire vers apicale:</p> <p>A. Step down;</p> <p>B. Crow down;</p> <p>C. Hibride;</p> <p>D. Conventionel;</p> <p>E. Step back.</p>  | ABC  | 107 |
| 433. | <p>*Constriction apicale:</p> <p>A. A.Point de restriction tres apical qui permet de definir deux structures triangulaires opposees par leur sommet, un triangle foraminant don’t la base est formee par le foramen apical et un triangle endodontique;</p> <p>B. La distance entre un point de refence occlusale et la constriction apicale;</p> <p>C. C’est le point plus apical de la dent apparaissant sur le cliché radiographique, selon la technique des plans paralleles;</p> <p>D. Le dome apical ou vertex de la dent , c’est une structure anatomique;</p>  | 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. | <p>*Le MAF c'est:</p> <p>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.</p> <p>B. Le derniere instrument qui a ete utilisee jusqu'a la constriction apicale et donne la taille du maître-cone de gutta-percha;</p> <p>C. Le dome apical ou vertex de la dent , c'est une structure anatomique;</p> <p>D. Point de restriction tres apical qui permet de definir deux structures triangulaires opposees par leur sommet, un triangle foraminant don't la base est formee par le foramen apical et un triangle endodontique;</p> <p>E. La distance entre un point de refence occlusale et la constriction apicale.</p> | B    | 108 |
| 435. | <p>Les facteurs cles d'une disinfection optimale:</p> <p>A. Preparation de la dent au traitement: suppression de caries puis restauration pre-endodontique;</p> <p>B. Mise en forme canalaire par le biais d'une instrumentation;</p> <p>C. Irrigation avec une solution antiseptique et solvante;</p> <p>D. Obturation du reseau endodontique lorque les conditions optimales sont reunites;</p> <p>E. Radiographie retrodentoalveolaire.</p>  | ABCD | 123 |
| 436. | <p>Solutions d'irrigation sont considerees:</p> <p>A. EDTA</p> <p>B. CHX</p> <p>C. NaClO</p> <p>D. Resilon</p> <p>E. MTA</p>  | ABC  | 126 |
| 437. | <p>*Les propriétés antiseptiques de l'hydroxyde de calcium sont basées sur :</p> <p>A. La solubilité très réduite dans l'eau, qui détermine la libération graduelle de l'ion de <math>\text{Ca}^{2+}</math> ;</p> <p>B. Le ph alcalin, dont est responsable l'ion <math>\text{OH}^-</math>, compris entre 11-12 ;</p> <p>C. Le ph alcalin, dont est responsable l'ion <math>\text{Ca}^{2+}</math>, compris entre 11-12 ;</p> <p>D. La capacité de diffusion de l'ion P, dans les canalicules dentinaires infectés ;</p> <p>E. La solubilité accrue dans l'eau, qui détermine la libération graduelle de l'ion <math>\text{OH}^-</math>.</p>   | B    |     |
| 438. | <p>*Le schéma de traitement dans les parodontites apicales aiguës purulentes dans les stades endo-osseux comprend les étapes suivantes, à l'exception :</p> <p>A. Drainage endodontique associé aux antibiotiques ;</p> <p>B. Drainage combinée, endodontique et par ostéotomie transmaxillaire ;</p> <p>C. Drainage alvéolaire par l'extraction de la dent ;</p> <p>D. Médication analgétique, tranquillisants ;</p> <p>E. Extraction et replantation.</p>   | E    |     |
| 439. | <p>*Au cas de la sécrétion séreuse abondante sur le canal de la parodontite apicale chronique on n'indique pas :</p>  | E    |     |

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

## Thème 42

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

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

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

### Thème 43

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

|      |   |      |                 |
|------|---|------|-----------------|
| 452. | <p>*Les facteurs iatrogènes de risque pour la maladie parodontale sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La plaque bactérienne</li> <li>B. Les lésions carieuses de classe II</li> <li>C. L'appareil orthodontique mal-placé</li> <li>D. Les lésions carieuses</li> <li>E. L'édentation</li> </ul>  | C    | 18/<br>Pg.34    |
| 453. | <p>*Les caractéristiques de tartre dentaire sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Se compose principalement de microorganismes calcifiés</li> <li>B. La quantité de tartre formée ne dépend pas de facteurs individuels</li> <li>C. Se compose principalement d'enzymes</li> <li>D. La quantité de tarte ne dépend pas de la composition de la salive</li> <li>E. Le patient peut nettoyer la tarte</li> </ul>   | A    | 18/<br>Pg.33    |
| 454. | <p>*Principaux effets du tabac sur le système de défense :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La réponse inflammatoire est réduite</li> <li>B. La réponse inflammatoire est augmentée</li> <li>C. Le nombre de polynucléaires neutrophiles est augmenté</li> <li>D. La production de métalloprotéases est réduite</li> <li>E. Le tabac n'influence pas la réponse inflammatoire</li> </ul>   | A    | 18/<br>Pg.36    |
| 455. | <p>Le tabac:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Constitue un facteur de risque majeur chez l'homme</li> <li>B. Le tabac entraîne une perturbation de la flore bactérienne</li> <li>C. Augmente la production de métalloprotéases</li> <li>D. Semble prédisposer aux maladies parodontales</li> <li>E. Augmente la réponse inflammatoire de la hôte</li> </ul>  | ABCD | 18/<br>Pg.35-36 |
| 456. | <p>*L'affirmation suivante sur le tabac est FAUSSE :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Le tabac entraîne une perturbation de la flore bactérienne</li> <li>B. Il représente un facteur de risque majeur chez l'homme</li> <li>C. Semble favoriser les maladies parodontales</li> <li>D. Augmente la production de métalloprotéases</li> <li>E. Il augmente la réponse inflammatoire de la hôte</li> </ul>   | E    | 18/<br>Pg.35-36 |
| 457. | <p>Les facteurs favorisants locaux de la maladie parodontale sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Le tartre dentaire</li> <li>B. L'obésité</li> <li>C. Les facteurs iatrogènes</li> <li>D. Les lésions carieuses</li> <li>E. Le tabac</li> </ul>  | ACDE | 18/<br>Pg.32-35 |
| 458. | <p>La lésion initiale parodontale est caractérisée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Elle apparaît sur la gencive saine après 2 à 4 jours de dépôt de plaque</li> <li>B. Les leucocytes polynucléaires migrent des vaisseaux vers le sulcus</li> <li>C. Les lymphocytes restent confinés dans les tissus gingivaux</li> <li>D. La protection est assurée par l'immunité innée sécrétoire et les immunoglobulines B</li> <li>E. Certains fibroblastes commencent à dégénérer.</li> </ul> | ABCE | 18/<br>Pg.45    |

|      |   |     |                 |
|------|---|-----|-----------------|
| 459. | <p>Les implications des hormones sexuelles féminines sur le parodonte sont représentées par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Leurs fluctuations affectent les interactions bactéries/hôte au niveau de la cavité buccale</li> <li>B. L'augmentation est corrélée avec l'augmentation de la prévalence des gingivites</li> <li>C. Les carences sont facteurs de risque qui peuvent exacerber une parodontite existante</li> <li>D. N'influence pas les tissus parodontaux</li> <li>E. Les carences sont facteurs qui peuvent initier une parodontite</li> </ul>   | ABC | 18/<br>Pg.44    |
| 460. | <p>*Les facteurs favorisants systémiques de la maladie parodontale sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. L'obésité</li> <li>B. Les facteurs iatrogènes</li> <li>C. Le tartre dentaire</li> <li>D. Les lésions carieuses</li> <li>E. Le trauma occlusal</li> </ul>  | A   | 18/<br>Pg.32-35 |
| 461. | <p>*Le facteur déterminant dans la maladie parodontale est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Le facteur bactérien</li> <li>B. Le tartre dentaire</li> <li>C. Les lésions carieuses</li> <li>D. L'hygiène bucco-dentaire</li> <li>E. Les malpositions dentaires</li> </ul>   | 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"> <li>A. Porphyromonas gingivalis, Tannerella forsythia, Aggregatibacter actinomycetemcomitans et Treponema denticola</li> <li>B. Aggregatibacter actinomycetemcomitans</li> <li>C. Porphyromonas gingivalis, Aggregatibacter actinomycetemcomitans et Treponema denticola</li> <li>D. Porphyromonas gingivalis, Fusobacterium nucleatum et Treponema pallidum</li> <li>E. Porphyromonas gingivalis, Tannerella forsythia et Treponema denticola</li> </ul> | 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"> <li>A. Le contour gingival devient convexe</li> <li>B. Le contour gingival est concave</li> <li>C. Le contour gingival est étroit</li> <li>D. L'hypercroissance est modérée</li> <li>E. L'hypercroissance est sévère.</li> </ul> | A | 18/<br>Pg.52 |
| 464. | <p>*Les buts du sondage parodontal sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. L'évaluation de la perte d'attache</li> <li>B. L'évaluation de la consistance du ciment</li> </ul>   | A | 18/<br>Pg.67 |



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

|      |   |   |       |
|------|---|---|-------|
|      | B. Pour le degré 2 : un point de saignement<br>C. Pour le degré 4 : le triangle interdentaire se remplit plus ou moins de sang<br>D. Pour le degré 0 : un point de saignement<br>E. Pour le degré 3 : le sang coule dans la zone interdentaire  |   |       |
| 473. | *Les signes cliniques des gingivites sont avec une exception:<br>A. Couleur rouge-vif<br>B. Œdème diffus, “mollesse”<br>C. Hypercroissance gingivale<br>D. Surface gingivale lisse, brillante<br>E. Absence du saignement   | E | p. 92 |
| 474. | *Le saignement gingival a les suivantes caractéristiques avec une exception :<br>A. Il est un signe précoce d’inflammation gingivale<br>B. Il peut varier en ce qui concerne la sévérité et la facilité d’être provoqué<br>C. Il est difficile à détecter<br>D. Il a une importance spéciale pour le diagnostic précoce<br>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 :<br>A. Localisée et généralisée<br>B. Seulement localisée<br>C. Seulement généralisée<br>D. Ulcéro-nécrotique<br>E. Periapicale  | A    | 19/<br>Pg.29 |
| 476. | *D’après Armitage, une maladie gingivale induite par la plaque est caractérisée par :<br>A. La gingivite est associée à la formation de la plaque dentaire<br>B. Est causée par une variété de virus<br>C. Est liée à la réactivation des virus latents<br>D. Est relativement rare<br>E. Est causée par une infection avec <i>Candida albicans</i>     | A    | 19/<br>Pg.22 |
| 477. | *D’après Armitage, lésions gingivales non induites par la plaque bactérienne sont :<br>A. Les maladies gingivales d’origine virale<br>B. La gingivite associée seulement à la plaque dentaire<br>C. Les maladies gingivales modifiées par des facteurs systémiques<br>D. La gingivite associée à la grossesse<br>E. Le granulome pyogénique             | A    | 19/<br>Pg.26 |
| 478. | Les maladies gingivales d’origine fongique ont les suivantes caractéristiques :<br>A. L’infection buccale la plus fréquente est la candidose<br>B. Se peut manifester par des plaques blanches sur la gencive<br>C. Se peut manifester par des plaques blanches sur la langue<br>D. Se peut manifester par des plaques blanches sur la muqueuse buccale | ABCD | 19/<br>Pg.24 |

|      |  |     |              |
|------|--|-----|--------------|
|      | E. Le diagnostic se fait par inspection  |     |              |
| 479. | Les maladies gingivales d'origine bactérienne spécifique ont les suivantes caractéristiques :<br>A. Les lésions buccales peuvent être secondaire a une infection locale<br>B. Les lésions buccales peuvent être secondaire a une infection systémique<br>C. Peuvent survenir par infection directe<br>D. Sont traitées avec des médicaments antiviraux<br>E. Sont traitées avec des stéroïdes  | BC  | 19/<br>Pg.24 |
| 480. | D'après Armitage, les maladies gingivales d'origine virale sont :<br>A. L'infection à Candida<br>B. La gingivite associée à la carence en vitamine C<br>C. Les infections herpétiques<br>D. La gingivostomatite herpétique primaire<br>E. Herpes orale récurrent   | CDE | 19/<br>Pg.24 |
| 481. | D'après Armitage, les maladies gingivales d'origine fongique sont :<br>A. L'érythème gingival linéaire<br>B. Histoplasmosse<br>C. La gingivite chronique<br>D. La gingivite ulcéro-nécrotique<br>E. La gingivite desquamative  | AB  | 19/<br>Pg.24 |
| 482. | *La gingivite de puberté:<br>A. Elle affecte seulement le sexe masculine<br>B. Elle apparait dans les zones d'irritation locale<br>C. Elle est déterminée par les variations hormonales<br>D. Elle est placée toujours lingual et inter-proximal<br>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:<br>A. Changements de forme<br>B. Changements de couleur<br>C. Tension gingivale<br>D. Perte osseuse<br>E. Un flux diminue de fluide créviculaire   | E   | p. 93        |
| 484. | *L'hyperplasie induite par les médicaments:<br>A. La lésion initiale débute au niveau du rebord gingival et la papille interdentaire sur une forme ronde<br>B. La lésion initiale débute au niveau du rebord gingival et la papille interdentaire sur une forme irrégulière<br>C. La lésion initiale débute au niveau de la gencive attachée<br>D. D'habitude elle est localisée<br>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 aigue sont:<br>A. La gingivite aigue est douloureuse | A | 19/<br>Pg.91 |
|------|--|---|--------------|

|      |  |     |               |
|------|--|-----|---------------|
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>B. La gencive est pale</li> <li>C. Le diagnostic de gingivite aigue implique la présence de perte d'attache</li> <li>D. La consistance de la gencive est ferme</li> <li>E. L'aspect est en lame de couteau</li> </ul>   |     |               |
| 486. | <p>*Les caractéristiques physiologiques de la gencive saine sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La couleur est rose-corail</li> <li>B. La couleur est rouge</li> <li>C. La consistance est très molle</li> <li>D. La forme est irrégulière</li> <li>E. La consistance est friable</li> </ul>  | A   | 19/<br>Pg.92  |
| 487. | <p>*Les gingivites hypertrophiques sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Les maladies gingivales d'origine fongique</li> <li>B. Les gingivites chroniques</li> <li>C. Les maladies gingivales d'origine virale</li> <li>D. Les fausses croissances</li> <li>E. Les gingivites de VIH</li> </ul>   | D   | 19 /<br>Pg.94 |
| 488. | <p>Les caractéristiques des gingivites hypertrophiques sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Sont des croissances de volume de nature inflammatoire</li> <li>B. Sont provoquées par une exposition prolongée à la plaque bactérienne</li> <li>C. Peuvent être localisées ou généralisées</li> <li>D. Fréquemment ils peuvent apparaître chez les personnes qui fument</li> <li>E. Sont caractérisée par une agrégation familiale</li> </ul> | ABC | 19/<br>Pg.94  |
| 489. | <p>Les caractéristiques de la gingivite ulcéro-nécrotique sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Est précédé par une gingivite</li> <li>B. Il y a des facteurs locaux impliqués</li> <li>C. La perte d'attache est localisée aux incisives et premières molaires</li> <li>D. Il y a des facteurs généraux impliqués</li> <li>E. Le facteur déterminant est le facteur génétique</li> </ul>   | ABD | 19/<br>Pg.100 |
| 490. | <p>Les caractéristiques de la parodontite agressive localisée sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Elle débute aux adultes</li> <li>B. Elle débute à l'adolescence</li> <li>C. Elle a une progression rapide</li> <li>D. Elle a une progression destructive</li> <li>E. Elle a une progression lente</li> </ul>  | BCD | 19/<br>Pg.126 |
| 491. | <p>Les caractéristiques de la parodontite agressive généralisée sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. On peut observer un arrêt complet de la maladie</li> <li>B. Elle débute aux patients âgés</li> <li>C. Elle va évoluer dans une succession des périodes de repos avec des phases d'activité</li> <li>D. Les lésions sont rapides et très profondes</li> <li>E. Les lésions sont lentes et très profondes</li> </ul>                    | ACD | 19/<br>Pg.127 |
| 492. | <p>*Les caractéristiques de la gingivite ulcéro-nécrotique NE SONT PAS représentées par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La perte d'attache est localisée aux incisives et premières molaires</li> <li>B. Le facteur déterminant est le facteur bactérien</li> <li>C. Est accompagnée par une douleur sévère</li> <li>D. Le patient peut présenter de la fièvre</li> <li>E. Il y a des facteurs généraux impliqués</li> </ul>               | A   | 19/<br>Pg.100 |

|      |   |   |        |
|------|---|---|--------|
| 493. | <p>*Quelle des affirmations suivantes ne caractérise pas une parodontite marginale ?</p> <p>A. Il y a une inflammation tissulaire ;</p> <p>B. On peut trouver des poches parodontales ;</p> <p>C. Le processus inflammatoire est situé à l'apex de la racine ;</p> <p>D. La lyse osseuse peut apparaître ;</p> <p>E. Pour la parodontite modérée, la perte d'attache est environ ½ de la longueur de la racine (RX)</p> | C | p. 106 |
| 494. | <p>*La parodontite légère est caractérisée par :</p> <p>A. Il n'y a pas de perte d'attache ;</p> <p>B. La perte d'attache est la ½ de la longueur de la racine ;</p> <p>C. La perte d'attache est supérieure à la ½ de la longueur de la racine ;</p> <p>D. Poches parodontales de 5-6mm ;</p> <p>E. Profondeur au sondage de 4-5mm.</p>  | E | p. 106 |

### Thème 47

#### Evolution, pronostique et complications des maladies parodontales

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

|      |  |     |                       |
|------|--|-----|-----------------------|
|      | C. On évalue le type de poche parodontale<br>D. On évalue les problèmes muco-gingivaux<br>E. On évalue le risque carieux   |     |                       |
| 500. | Les caractéristiques de l'abcès parodontal sont :<br>A. Localisation sur la gencive<br>B. Sensibilité latérale à la percussion<br>C. Sensibilité verticale à la percussion<br>D. C'est produit par traumatisme gingival<br>E. Les tissus parodontaux sont sains  | AB  | 19/<br>Pg.139<br>-140 |
| 501. | Les caractéristiques des caries de surface radiculaire sont :<br>A. L'évolution est lente<br>B. L'évolution est plutôt en surface<br>C. L'évolution est rapide<br>D. Peuvent déterminer douleur<br>E. Le plus fréquent microorganisme au ce niveau est A.<br><i>actinomycescomitans</i>  | ABD | 19/<br>Pg.141         |
| 502. | *Quelle n'est pas une complication de la maladie parodontale:<br>A. Le syndrome du septum<br>B. L'abcès parodontal<br>C. Les caries de surface radiculaire<br>D. Le syndrome endo-parodontal<br>E. L'hypersensibilité radiculaire  | A   | p. 137                |
| 503. | *Le facteur essentiel dans la production d'hypersensibilité de la racine est :<br>A. Le contact avec un liquide ou des aliments solides, aigre ou doux<br>B. Le contact avec des aliments chauds ou froids<br>C. Le contact avec un instrument métallique<br>D. La présence de la plaque et des autres stimuli qui activent le système nociceptif pulpaire<br>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 :<br>A. Une réduction du sulcus.<br>B. Une réduction de la profondeur des poches.<br>C. Une augmentation de la perte d'attache.<br>D. Une augmentation de la gencive marginale.<br>E. Une hypercroissance de la gencive marginale.            | B | 18/<br>Pg.46  |
| 505. | *L'étape étiologique de la thérapie des maladies parodontales inclut :<br>A. Mesures pour l'autocontrôle de la plaque<br>B. Mesures de chirurgie parodontale<br>C. Mesures d'hygiène dentaire et mesures de chirurgie parodontale<br>D. Thérapie prothétique définitive<br>E. Thérapie médicamenteuse et thérapie chirurgicale | A | 19/<br>Pg.213 |
| 506. | *La cicatrisation après le surfaçage sous-gingival se fait par la formation :<br>A. D'un épithélium de jonction long   | A | 18/<br>Pg.145 |

|      |   |      |                       |
|------|---|------|-----------------------|
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>B. Des récessions</li> <li>C. Des atteintes de la furcation</li> <li>D. Du sulcus</li> <li>E. De la gencive attachée</li> </ul>  |      |                       |
| 507. | <p>Les buts de la thérapie parodontale sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Peut restaurer la santé de la gencive et peut réduire les poches parodontales</li> <li>B. Peut éliminer la douleur</li> <li>C. Peut éliminer l'inflammation</li> <li>D. Peut réduire la mobilité anormale</li> <li>E. Peut réduire la mobilité normale</li> </ul>                       | ABCD | 19/<br>Pg.261         |
| 508. | <p>Les effets secondaires du rinçage oral avec chlorhexidine 0,2% peuvent être :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Coloration des dents</li> <li>B. Coloration de la langue</li> <li>C. Modifications du goût</li> <li>D. Hyperplasie gingivale</li> <li>E. Desquamation des muqueuses</li> </ul>   | ABCE | 19/<br>Pg.219<br>-220 |
| 509. | <p>Les objectifs de la rééquilibration occlusale sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Observer l'occlusion</li> <li>B. Eliminer mécaniquement les interférences occlusales</li> <li>C. Eliminer les forces occlusales nocives</li> <li>D. Stimuler la fonction nécessaire pour maintenir la sante parodontal</li> <li>E. Identifier les caries dentaires</li> </ul> | BCD  | 19/<br>Pg.226         |
| 510. | <p>Le traitement pour les lésions de furcation de classe II est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Détartrage</li> <li>B. Surfaçage</li> <li>C. Une diminution de la gencive marginale.</li> <li>D. Une diminution de la gencive attachée.</li> <li>E. Thérapie de régénération tissulaire</li> </ul>  | ABE  | 19/<br>Pg.255         |
| 511. | <p>*Les effets secondaires du rinçage oral avec chlorhexidine 0,2% peuvent être les suivantes, MOINS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Desquamation des muqueuses</li> <li>B. Etat général affecté, fièvre</li> <li>C. Coloration de la langue</li> <li>D. Coloration des dents</li> <li>E. Modifications du goût</li> </ul>  | B    | 19/<br>Pg.219<br>-220 |
| 512. | <p>*Le patient doit appliquer à la maison le révélateur de plaque:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Après le diner/le repas du soir</li> <li>B. Après le brossage</li> <li>C. Avant le brossage</li> <li>D. Après le brossage et le nettoyage interdentaire</li> <li>E. Il n'est pas indiqué d'appliquer le révélateur de plaque à la maison</li> </ul>                | D    | p. 214                |
| 513. | <p>*La technique de brossage BASS modifiée est indiquée:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Dans toutes les situations cliniques</li> <li>B. Quand une autre technique ne peut pas être utilisée</li> <li>C. Aux enfants</li> <li>D. Quand les papilles interdentaires sont rétractées</li> <li>E. Aux personnes âgées</li> </ul>  | D    | p. 216                |

## Thème 49

### La contention des dents parodontiques

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



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

### Thème 50

#### Orientations thérapeutiques et schémas du traitement

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

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

## Thème 51

### Occlusion dentaire

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

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

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

## Thème 52

### Syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur

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

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
|      | D. therapie orthopedique<br>E. aucun ci- dessus  |      |        |
| 551. | Ce sont des types de bruxisme:<br>A. diurne,<br>B. nocturne,<br>C. posturale<br>D. centrique,<br>E. excentrique  | ABDE | 27/105 |
| 552. | *Pour l'examen paraclinique de l'ATM, il faut:<br>A. radiographies dentaires rétro alvéolaires;<br>B. tomographie de l'ATM bouche fermée / bouche ouverte ;<br>C. radiographies byte wings;<br>D. modèles d'étude;<br>E. électromyographie informatisée.                                 | B    | 27/88  |
| 553. | *L'application locale de chaleur humide a pour effet:<br>A. positionnement correct des condyles dans les cavités glénoïdiennes;<br>B. positionnement correct du ménisque articulaire;<br>C. effet anti-inflammatoire;<br>D. effet analgésique;<br>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 :<br>A. La dimension de l'étage inférieur est considérée comme référence pour les autre deux étages<br>B. En posture, l'étage inférieur peut être augmenté par édentations latérales<br>C. En relation centrique, l'étage inférieur peut être augmenté par restaurations prothétiques défectueuses des zones latérales<br>D. En relation centrique, les étages doivent être égales<br>E. En relation de posture, les étages doivent être égales | CD  | Pag. 124     |
| 555. | La palpation profonde s'adresse :<br>A. A l'humidité des téguments des mains<br>B. A l'élasticité and quantité des tissus sous-cutanées<br>C. Aux muscles de la mimique<br>D. Aux muscles manducateurs<br>E. Au plan osseux   | CDE | Pag. 125,126 |
| 556. | *Examen clinique des muscles manducateurs :<br>A. Mettre en évidence des asymétries faciales<br>B. Diagnostique les changements de la relation de posture<br>C. Nécessite l'utilisation d'un électromyographe<br>D. Peut diagnostiquer des troubles occlusaux par palpation<br>E. Nécessite l'utilisation d'un système Condylcomp   | A   | Pag. 125,126 |

|      |   |     |               |
|------|---|-----|---------------|
| 557. | <p>Parmi les modifications fréquentes d'espace prothétique sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Hauteur augmentée par la résorption de la crête alvéolaire antagoniste</li> <li>B. Hauteur réduite par l'extrusion des dents antagonistes</li> <li>C. Amplitude réduite par l'existence des exostoses</li> <li>D. Amplitude augmentée par restaurations prothétiques incorrectes</li> <li>E. Largeur augmentée par inclinaisons vers <b>pluri-radiculées</b> tibulo-orales des dents limitrophes</li> </ul>                     | BE  | Pag. 138      |
| 558. | <p>La stabilité mécanique de la dent est améliorée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Quand le rapport entre la couronne clinique et la racine clinique est 1/2</li> <li>B. Par les processus de hypercémentose</li> <li>C. Pour les dents pluriradiculées</li> <li>D. Quand le profil d'émergence est accentué</li> <li>E. Quand la résorption alvéolaire est accentuée</li> </ul>  | ABC | Pag. 166      |
| 559. | <p>*Sur la radiographie rétro-alvéolaire on peut évaluer le profil d'émergence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Formé uniquement au niveau coronaire</li> <li>B. Représenté par l'angle d'émergence au niveau cervical alvéolaire</li> <li>C. Représenté par l'angle d'émergence coronaire et radiculaire, respectivement</li> <li>D. Seulement pour la dent, mais pas pour les couronnes des recouvrements</li> <li>E. Il ne peut pas être analysé car il est situé seulement vestibulaires et orale, respectivement</li> </ul> | C   | Pag. 167      |
| 560. | <p>La tomographie d'articulation temporo-mandibulaire offre d'informations sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La position des condyles en relation centrique</li> <li>B. Modifications morphologiques concernant la forme de la cavité glénoïde, des condyles mandibulaires et de la pente articulaire</li> <li>C. La position des condyles dans les cavités glénoïdes en repos</li> <li>D. La position des condyles dans les cavités glénoïdes en position buche ouverte</li> <li>E. A et B</li> </ul>                        | BCD | Pag. 172, 173 |
| 561. | <p>Sur la radiographie rétro-alvéolaire on peut évaluer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>F. L'intégrité coronaire</li> <li>G. Le degré d'inflammation pulpaire</li> <li>H. Le forme en section du canal radiculaire</li> <li>I. L'épaisseur de l'os alvéolaire</li> <li>J. L'adaptation cervicale des couronne radio-opaque</li> </ul>  | AE  | Pag. 164      |
| 562. | <p>Sur les modèles d'études on ne peut pas vérifier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. L'occlusion dynamique</li> <li>B. Les paramètres dimensionnels des espaces prothétiques potentielles</li> <li>C. L'existence des lésions péri-apicales</li> <li>D. La continuité de l'arcade dentaire</li> <li>E. La position de la dent sur l'arcade</li> </ul>  | AC  | Pag. 160      |
| 563. | <p>*Le rapport vertical entre les étages du visage peut être :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. D'égalité dans toutes les relations fondamentales mandibulo-crâniennes</li> <li>B. De proportionnalité</li> <li>C. Modifié avec des prothèses maxillaires fixes qui augmentent la hauteur de l'étage milieu</li> </ul>   | B   | Pag. 124      |

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

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

|      |  |           |          |
|------|--|-----------|----------|
| 570. | La prophylaxie locale dans le traitement de l'édentation partielle réduite doit se réaliser par :<br>A. Prophylaxie primaire – qui s'adresse aux dents indemnes<br>B. Prophylaxie secondaire – qui s'adresse aux lésions carieuses et maladie parodontales et leurs complications<br>C. Prophylaxie tertiaire – qui s'adresse aux édentations et leurs complications<br>D. Prophylaxie gnathologique – qui s'adresse aux dysfonctions crânio-mandibulaires<br>E. Toutes les réponses ci-dessus | ABC       | 213      |
| 571. | Les facteurs influençant la valeur biomécanique des dents sont les suivants :<br>A. Vitalité des dents<br>B. Morphologie coronaire<br>C. Morphologie dento-parodontale<br>D. Position des dents sur l'arcade<br>E. Existence d'une occlusion avec l'antagoniste  | ACDE      | 234-240  |
| 572. | *La surface occlusale du pontique doit résister à la flexion par :<br>A. Aspect concave<br>B. Aspect convexe<br>C. Morphologie cuspidienne correcte<br>D. Atténuation de la morphologie cuspidienne<br>E. Réduction du pontique  | B         | 247      |
| 573. | Quand la loi polynomiale ne peut pas être satisfaite par une restauration prothétique fixe, il est nécessaire :<br>A. Que les dents antagonistes soient part d'une prothèse amovible<br>B. De réduire la hauteur cuspidienne<br>C. De faire un pontique linéaire<br>D. De faire un pontique en sous-occlusion<br>E. De faire un pontique étroit  | ABCE      | 251      |
| 574. | L'axe idéal d'insertion d'une prothèse fixe doit :<br>A. Permettre la désinsertion facile de la restauration<br>B. Coïncider avec la direction des forces masticatrices verticales<br>C. Coïncider avec l'axe des dents piliers<br>D. Nécessiter une préparation minimum des dents piliers<br>E. Assurer la rétention de la restauration fixée   | BCDE      | 255      |
| 575. | Le principe biologique a comme but :<br>A. La récupération morphologique<br>B. L'ergonomisation de l'activité médicale<br>C. Sauvegarder les tissus dentaires<br>D. La récupération fonctionnelle<br>E. La protection parodontale  | CE        | 218, 219 |
| 576. | La préparation des dents piliers en prothèse fixe est influencée par :<br>A. L'état de vitalité des dents piliers  | ABCD<br>E | 255      |



|      |  |   |                     |
|------|--|---|---------------------|
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>B. La position des dents piliers sur l'arcade</li> <li>C. Le volume dentaire des dents piliers</li> <li>D. Le type d'élément d'agrégation choisi</li> <li>E. Le degré de destruction coronaire</li> </ul>   |   |                     |
| 577. | <p>*La valeur biomécanique des dents pilier peut être augmentée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La divergence accrue des racines</li> <li>B. Des couronnes volumineuses</li> <li>C. La morphologie desmodontale</li> <li>D. Position des dents sur l'arcade</li> <li>E. Existence d'une occlusion avec l'antagoniste</li> </ul>  | A | Pag.<br>234-<br>235 |
| 578. | <p>*Dans le principe prophylactique du traitement par bridges dentaires, la prophylaxie parodontale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Suivra toujours le placement des bords de la préparation supra- ou juxta-gingivale</li> <li>B. permet l'emplacement des bords de la préparation sous-gingivale, sans dépasser une profondeur de 0,5 mm</li> <li>C. Nécessite une atténuation des forces occlusales causées par des occlusions traumatiques</li> <li>D. Réduction dimensionnelle du pontique</li> <li>E. Placer les bords sous la gencive à une profondeur de la microprothèse de 1 mm</li> </ul> | E | Pag.<br>247         |

### Thème 55

#### Restaurations unitaires intra coronaires et extra coronaires

|      |  |      |             |
|------|--|------|-------------|
| 579. | <p>Les éléments d'agrégations des prothèses fixes doivent respecter les conditions biologiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Rétention maximum</li> <li>B. Aspect physiognomique</li> <li>C. Prophylaxie pulpaire</li> <li>D. Prophylaxie parodontale</li> <li>E. Sacrifice amélo-dentinaire minimum</li> </ul>  | CDE  | 304-306     |
| 580. | <p>Sur l'orientation des parois verticales de la préparation pour inlay classe II Black on peut dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Ils doivent être toujours parallèles entre eux</li> <li>B. Ils peuvent être parallèles avec l'axe d'insertion de la restauration</li> <li>C. Ils peuvent être divergent vers occlusal</li> <li>D. Elle dépend du matériau de la restauration</li> <li>E. Elle dépend du degré de rétention nécessaire</li> </ul>              | BCDE | 403         |
| 581. | <p>La profondeur de la préparation pour les couronnes mixtes physiognomique est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 2 mm occlusal, pour la couronne métallo-céramique</li> <li>B. 1 mm sur la face orale, au niveau du collet</li> <li>C. 1,5 mm occlusal, pour la couronne métallo-céramique</li> <li>D. 1,5 mm sur la face vestibulaire, pour la couronne métallo-céramique</li> <li>E. 2 mm sur la face vestibulaire, pour la couronne métallo-composite</li> </ul> | AD   | 441,44<br>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"> <li>A. L'indice vestibulo-orale, parce qu'il oriente sur la nécessité de dévitalisation des dents avec un diamètre réduit dans la zone cervicale</li> <li>B. La courbe sagittale de la couronne, parce qu'on évite la préparation planaire de la face vestibulaire</li> <li>C. La section du collet, parce qu'elle a une forme constante et permette la standardisation de la préparation</li> <li>D. L'indice mezio-distale, parce qu'il reflète la nécessité de dépouille des faces proximales</li> <li>E. La longueur coronaire parce qu'elle constitue un repère pour réaliser la préparation en sens vestibulaire</li> </ul>  | 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"> <li>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</li> <li>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°)</li> <li>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)</li> <li>D. La protection de la plaie dentinaire se réalise pour éviter les réactions pulpaires de la dent préparée</li> <li>E. Les limites de la préparation doivent être placées dans les zones auto nettoyables</li> </ul> | 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"> <li>A. 0,6 du collet sur les faces orales et proximales</li> <li>B. 0,5 mm des faces proximales des dents voisines</li> <li>C. 0,5 mm vestibulaire ou oral des contacts avec les dents voisines</li> <li>D. 0,5 du collet sur les faces orales et proximales</li> <li>E. 1 mm de la face vestibulaire sur la cuspide vestibulaire</li> </ul>  | ABCE | 418      |
| 585. | <p>La couronne de substitution ne peut pas être :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Double pièce prothétique, formée par inlay-onlay de substitution et couronne de recouvrement</li> <li>B. Double pièce prothétique, formée par un pivot radiculaire et un faux moignon</li> <li>C. Une seule pièce prothétique, formée par un pivot radiculaire et cassette</li> <li>D. Double pièce prothétique, avec une couronne Richmond</li> <li>E. Une seule pièce prothétique, ou la couronne à tenon radiculaire (couronne Richmond)</li> </ul>   | BCD  | 450, 453 |
| 586. | <p>*Le congé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Est un seuil en angle droit arrondi</li> <li>B. Peut-être en quart de rond ou en quart d'ellipse</li> <li>C. Assure une étanchéité marginale insuffisante</li> <li>D. Assure une épaisseur insuffisante des bords des restaurations</li> <li>E. N'assure pas le renflouage du ciment pendant le scellement</li> </ul>   | B    | 431      |

|      |  |   |               |
|------|--|---|---------------|
| 587. | <p>*Pour les couronnes mixtes physiologiques la profondeur de la préparation est</p> <p>A. 1,2 mm sur la face orale, au niveau du collet</p> <p>B. 2 mm occlusal, pour la couronne métallo-céramique</p> <p>C. 1,5 mm occlusal, pour la couronne métallo-céramique</p> <p>D. 1,5 mm sur la face vestibulaire, pour la couronne métallo-céramique</p> <p>E. 2 mm sur la face vestibulaire, pour la couronne métallo-composite</p>       | D | Pag. 441, 442 |
| 588. | <p>*Les bridges adhésifs :</p> <p>A. Est une technologie "prepress"</p> <p>B. Ils n'utilisent que des couronnes partielles en composite ou entièrement en céramique comme éléments d'ancrage</p> <p>C. Peut utiliser comme éléments d'ancrage des facettes composites</p> <p>D. La préparation des dents est limitée à l'émail</p> <p>E. Exige un minimum de sacrifice amélo-dentinaire</p>  | D | Pag. 305      |
| 589. | <p>*Les limites de la préparation pour couronne partielles 4/5 sont à :</p> <p>A. 0,6 du collet sur les faces orales et proximales</p> <p>B. 0,5 mm des faces proximales des dents voisines</p> <p>C. 0,5 mm vestibulaire ou oral des contacts avec les dents voisines</p> <p>D. 0,5 du collet sur les faces orales et proximales</p> <p>E. 1 mm de la face vestibulaire sur la cuspide vestibulaire</p>                               | D | Pag. 418      |
| 590. | <p>*Les éléments d'aggrégations des prothèses fixes doivent respecter les conditions biologiques suivantes :</p> <p>A. Rétention maximum ;</p> <p>B. Aspect physiologique ;</p> <p>C. Effectuer un traitement endodontique correct au niveau des dents piliers ;</p> <p>D. Prophylaxie parodontale ;</p> <p>E. C et D.</p>   | D | 304-306       |
| 591. | <p>*La profondeur de la préparation pour les couronnes mixtes physiologique est :</p> <p>A. 2 mm occlusal, pour la couronne métallo-céramique ;</p> <p>B. 1 mm sur la face orale, au niveau du collet ;</p> <p>C. 1,5 mm occlusal, pour la couronne métallo-céramique ;</p> <p>D. 2,5 mm sur la face vestibulaire, pour la couronne métallo-céramique</p> <p>E. 2 mm sur la face vestibulaire, pour la couronne métallo-composite.</p> | A | 441,44<br>2   |

### Thème 56

#### Eléments structuraux des prothèses fixées

(pg. 303-340)

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

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

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

|      |  |   |        |
|------|--|---|--------|
|      | B. Forme du T<br>C. Type cassette<br>D. Forme triangulaire<br>E. Forme semi-cassette   |   |        |
| 601. | *Le pont semi physiologique peut être réalisé dans les versions suivantes:<br>A. forme de Y<br>B. forme du Z ;<br>C. forme du T<br>D. forme triangulaire ;<br>E. forme avec rétentions supplémentaires ;   | A | pg.338 |
| 602. | *Le pontique suspendu:<br>A. est établi à une distance de 5 mm du bord de la crête ;<br>B. est établie à une distance de 2-3 mm du bord de la crête ;<br>C. à des avantages biomécaniques ;<br>D. à des avantages ergonomiques ;<br>E. à des avantages morphologiques. | 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 partiala intercalate.  
Ed. Apollonia, 2001)

|      |   |     |                              |
|------|---|-----|------------------------------|
| 603. | Les techniques de prise d'empreinte du champ prothétique sont classées par:<br>A. matériaux d'empreintes<br>B. la séquence de leur utilisation<br>C. le degré de rigidité de l'empreinte obtenue<br>D. le nombre de matériaux d'empreintes<br>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:<br>A. la reproduction imparfaite des contacts occlusaux<br>B. L'impossibilité de rendre une occlusion dynamique<br>C. l'absence de l'empreinte des dents voisines<br>D. l'occlusion instable<br>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/<br>pg.489/<br>pg.490 |
| 605. | Par rapport à l'empreinte sectorielle, les avantages de l'empreinte globale sont:<br>A. elle ne nécessite pas l'utilisation de l'anneau pour l'empreinte de la région du sulcus gingival<br>B. elle permet le repositionnement mandibulo- crânien<br>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<br>D. elle permet d'obtenir facilement des modèles de travail fidèles<br>E. l'intercuspidie maximale stable | BE  | pg.467/<br>pg.491            |
| 606. | Les matériaux d'empreinte en alginates sont:  | CDE | pg.486                       |

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

|      |   |   |                   |
|------|---|---|-------------------|
|      | D. Utilisés dans des milieux humides<br>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:<br>A. un niveau réduit d'ischémie parodontale<br>B. effondrement modéré de la gencive, qui revient à sa position initiale au bout de 3-5 minutes<br>C. le déplacement tissulaire marginal minime<br>D. la présence des points de contact interproximaux<br>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:<br>A. elle ne nécessite pas l'utilisation de l'anneau pour l'empreinte de la région du sulcus gingival ;<br>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<br>C. elle permet d'obtenir facilement des modèles de travail fidèles<br>D. l'intercuspidie maximale stable<br>E. A et B.   | D | pg.467/<br>pg.491 |
| 614. | *L'empreinte globale à base de silicone sans guidage unitaire est employée dans:<br>A. la prise d'empreinte supra-gingivale pour des incrustations intra- et extra-tissulaires<br>B. reproduction des détails du sulcus pour les couronnes sus-équatoriales<br>C. l'empreinte des préparations sous-gingivales pour des couronnes de recouvrement<br>D. l'association avec des porte-empreintes en plastique vidé en raison d'économie du matériel<br>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 partiala intercalate. Ed. Apollonia, 2001)

|      |  |    |        |
|------|--|----|--------|
| 615. | L'enregistrement des relations cranio-mandibulaire pour les prothèses fixées peut être réalisé à partir de l'étape d'empreinte si :<br>A. l'occlusion est stable avant les polissages dentaires<br>B. la relation centrique (RC) est stable avant et après les polissages dentaires<br>C. l'occlusion terminale est précise<br>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> <p>A. n'est pas utilisée pour enregistrer les relations cranio-mandibulaires dans la thérapie par prothèses fixées</p> <p>B. n'est pas indiquée dans l'occlusion instable</p> <p>C. elle peut être complétée avec de la silicone fluide pour un meilleur enregistrement des aires occlusales</p> <p>D. elle peut être complétée avec inlay-wax pour un repositionnement précis sur les arcades dentaires</p> <p>E. il a la plus grande précision d'enregistrement à une épaisseur de 0.5mm</p>      | BD  | pg.504/<br>pg.505 |
| 617. | <p>Les prothèses provisoires du type masque de Scutan :</p> <p>A. sont indiquées pour l'enregistrement de l'occlusion dans les repositionnements cranio-mandibulaires</p> <p>B. sont obligatoires pour monter les modèles de laboratoires dans l'articulateur</p> <p>C. sont faites avant l'empreinte pour les prothèses définitives, quand l'occlusion est instable</p> <p>D. sont utilisées pour obtenir la stabilité occlusale</p> <p>E. nécessitent des dispositifs métalliques pour transférer l'occlusion sur l'articulateur</p> | ACD | pg.506            |
| 618. | <p>La reproduction avec des articulateurs des mouvements mandibulaires implique l'utilisation d'éléments de références suivants:</p> <p>A. Le processus alvéolaire mandibulaire parallèle à la mâchoire</p> <p>B. La dimension verticale d'occlusion (DVO)</p> <p>C. La clé Angle</p> <p>D. Le plan maxillaire parallèle à la ligne bi-pupillaire</p> <p>E. Le plan maxillaire parallèle au plan Camper</p>  | AD  | pg.508/<br>pg.509 |
| 619. | <p>La partie clinique du système NOR, pour les enregistrements des relations cranio-mandibulaire, est composée par:</p> <p>A. le système "mandifix" conçu pour reproduire les mouvements tridimensionnels des articulations temporo-mandibulaire</p> <p>B. arc facial, clé d'occlusion en silicone et clé d'occlusion en cire</p> <p>C. deux pantographes et un articulateur</p> <p>D. tiges pour l'enregistrement des chemins dynamiques mandibulaires</p> <p>E. deux pantographes</p>  | DE  | pg.509/<br>pg.510 |
| 620. | <p>Dans une édentation réduite, avec une occlusion instable, l'enregistrement des relations cranio-mandibulaire, peut être fait avec :</p> <p>A. des capes métalliques</p> <p>B. des bordures en cire</p> <p>C. la clé d'occlusion en cire</p> <p>D. de la silicone solid</p> <p>E. des prothèses transitoires après stabilisation occlusale</p>   | BE  | pg.506            |
| 621. | <p>La pâte d'oxyde de zinc-eugénol (Z.O.E.) :</p> <p>A. elle n'est pas utilisé pour enregistrer les relations cranio-mandibulaires dans une édentation réduite</p> <p>B. elle est une technique ancienne et imprécise</p> <p>C. elle n'indique pas si le nombre de contacts occlusaux est réduit</p> <p>D. elle est utilisée en combinaison avec des bordures en cire</p>  | DE  | pg.506            |



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

### Thème 59.

#### Des examens cliniques et paracliniques dans l'édentation partielle étendue

**( pag. 78-170 ) bibl.26**

|      |   |    |             |
|------|---|----|-------------|
| 628. | <p>*Les raisons de la presentation du patient reunissent:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Des troubles articulaires, musculaires, des lesions de la muqueuse</li> <li>B. La reoptimisation de restaurations prothétiques</li> <li>C. Des troubles de divers degres generes par les disfonctions physiologiques et phonétiques</li> <li>D. Des troubles de divers degres generes par les disfonctions masticatrices</li> <li>E. Tous les réponses sont correcte</li> </ul>   | E  | pag.80      |
| 629. | <p>La mandibulokinésiographie est réalisée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. nous donne des indications sur le tonus musculaire, en appréciant l'inégalité des tensions des groupes musculaires dans les phases de repos</li> <li>B. permet l'enregistrement tridimensionnel de la dynamique mandibulaire</li> <li>C. permet l'enregistrement du diagramme Posselt</li> <li>D. L'appareil enregistre électroniquement les mouvements d'un point a niveau molaire</li> <li>E. les reponses B et D sont bonnes</li> </ul> | BC | pag.14<br>5 |
| 630. | <p>L'arthroscopie à fibre optique est une méthode d'exploration qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. utilise la substance de contraste</li> <li>B. est utilisée pour obtenir des informations sur les parties molles, articulaires, en spécial le ménisque articulaire</li> <li>C. permettant une visualisation directe des éléments articulaires</li> <li>D. offre des données supplémentaires sur la structure des composantes radio-opaques de l'ATM</li> <li>E. renonce a l'irradiation du patient</li> </ul>          | CE | pag.13<br>9 |
| 631. | <p>Dans la quantification des aspects de la crête édentée, dans le cas de l'édenté partiel, on va utiliser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La classification Atwood</li> <li>B. La classification Lejoyeux</li> <li>C. La classification Sangiuolo</li> <li>D. La classification Kennedy</li> <li>E. La classification Wild</li> </ul>   | AB | pag.10<br>8 |
| 632. | <p>*La tomographie sur l'ordinateur (CT) d'articulation offre des données supplémentaires sur:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. les tissus mous</li> <li>B. l'analyse Rycketz</li> <li>C. L'enregistrement du diagramme Posselt ;</li> <li>D. L'investigation le relation centric</li> <li>E. la structure des composantes radio-opaques de l'ATM.</li> </ul>  | E  | pag.14<br>0 |
| 633. | <p>*Dans la quantification des aspects de la crête édentée, dans le cas de l'édenté partiel, on va utiliser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La classification Angle ;</li> <li>B. La classification Lejoyeux ;</li> <li>C. La classification Sangiuolo ;</li> <li>D. La classification Kennedy ;</li> <li>E. La classification Wild.</li> </ul>  | B  | pag.10<br>8 |

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

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

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

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

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

|      |  |      |             |
|------|--|------|-------------|
|      | C. Bandeau acrylique linguale<br>D. Plaque metalo-acrylique linguale<br>E. Plaque acrylique linguale   |      |             |
| 647. | Le connector principal acrylique palatine a les caractéristiques suivantes :<br>A. La face mucosale est polie<br>B. La face externe est polie<br>C. A une grosseur de 3 mm<br>D. Est située à distance de zones qui ne supportent pas de pressions<br>E. Couvre en totalité la voûte palatine  | BDE  | pag.24<br>5 |
| 648. | *En ce qui concerne les arcades artificielles:<br>A. Quand l'édentement est plus ample, on respecte le principe de l'occlusion unilatéralement équilibrée de Gyssi;<br>B. Quand l'édentement est plus ample, on respecte le principe de l'occlusion bilatéralement équilibrée de Gyssi.<br>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 ;<br>D. dans le cas d'un édentement partiel réduit, on ne respecte pas le type d'occlusion dynamique du patient.<br>E. les reponses C et D sont corrects. | B    | pag.24<br>5 |
| 649. | Le connecteur principal acrylique lingual a les caractéristiques suivantes :<br>A. Plaque lingual semilunaire en « V »<br>B. Est ouvert anterior<br>C. A une grosseur de 3 mm<br>D. La marge supérieure se place au niveau des dents restantes supracingulaire<br>E. La marge supérieure se place au niveau des dents restantes équatorial   | DE   | pag.<br>247 |
| 650. | Les crochets simples acryliques alvéolaires a les caractéristiques suivantes :<br>A. Sont des prolongements des selles<br>B. Ils sont sous forme de pelotes ou digitations<br>C. Utilise les zones rétentes distales<br>D. Grosseur de 3-4 mm<br>E. Ils ont de désavantage de la rigidité  | ABDE | pag.25<br>9 |
| 651. | *Le crochet cervico-alvéolaire ouvert édentement est recommandé dans :<br>A. Les édentements anterior<br>B. Les édentements encastrée<br>C. Les édentements terminaux<br>D. Les édentements biterminale<br>E. Les édentements réduit   | C    | pag.26<br>1 |
| 652. | *La loi biomécanique de Conod qui guide la réalisation d'une arcade artificielle d'une PPAA parle de:<br>A. changer l'ordre des dents artificielles;<br>B. modifier la morphologie des dents artificielles par rapport aux dents naturelles;<br>C. réduire le nombre des dents artificielles, notamment sur la selle terminale;<br>D. placer les forces de sollicitation occlusales au milieu de la selle, au niveau du centre géométrique;  | D    | pag.24<br>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. | Les selles mixte représentent les principaux éléments des prothèses partielles squelettes, en ayant :<br>A. Dans la zone orale frontale les éléments de rétention seront plus réduites<br>B. Commencent avec le connecteur principal, a la base du versant oral de la crete édente<br>C. Au niveau de la crete, elles ne présentent pas des éléments de rétention pour les dents artificielles<br>D. Commencent avec le connecteur principal, a la base du versant vestibular de la crete édente<br>E. Au niveau de la crete ,elles présentent des éléments de rétention pour les dents artificielles | BE   | pag.267     |
| 654. | *Le crochet continu (Housset) :<br>A. nommé aussi crochet à six bras ;<br>B. nommé aussi crochet à quatre bras ;<br>C. est un élément excellent d'appui et de stabilisation ;<br>D. est appliqué sur la face orale des dents frontales ;<br>E. les reponses C, D sont bonnes.   | E    | pag.267     |
| 655. | *Le crochet annulaire (le système Ney de crochets tournés) et s'applique :<br>A. Sur les dents avec la ligne guide 1;<br>B. Sur les dents avec la ligne guide 2 ;<br>C. Sur la molaire 2 qui délimite distalement l'édentement;<br>D. Sur les canines;<br>E. Sur les prémolaires.   | C    | pag.29<br>1 |
| 656. | *Le crochet circulaire Ackers :<br>A. S'applique sur les prémolaires et molaires avec rétentivités vestibulaires et orales favorables ;<br>B. Nommé aussi crochet avec action réciproque de Bonwill ;<br>C. Il est un crochet à quatre bras ;<br>D. Le corps, l'épaule, la portion rigide du bras élastique se situe dans le cône rétention;<br>E. Aucune réponse correcte .  | A    | pag.29<br>6 |
| 657. | Les connectors principaux métalliques se présenter :<br>A. Sous forme de barre<br>B. Sous forme de plaquettes<br>C. Se réalisent d'alliages métalliques avec résistance grande<br>D. Se réalisent d'alliages inoxydables de chrome nickel<br>E. Les alliages nobles sont plus utilisés aujourd'hui  | ABCD | pag.27<br>3 |
| 658. | *Le crochet en forme de flèche (flash)<br>A. présente un éperon libre situé dans une incrustation occluso-proximale   | E    | pag.27<br>3 |

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

## Thème 62

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

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

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



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

### Thème 63

#### **Etapas de la thérapie par des prothèses partiellement adjuvées squelettiques: l'empreinte ( pag. 370 -399) – bibli.25**

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

|      |  |     |             |
|------|--|-----|-------------|
| 676. | <p>*Après la prise du matériel d’empreinte, la desinsertion de l’empreinte sera faite :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Par 2 mouvements</li> <li>B. Par stimulation les tensions internes</li> <li>C. Par 1 mouvement</li> <li>D. Les réponses a et b sont bonnes</li> <li>E. Les réponses c et b sont bonnes</li> </ul>  | C   | pag.38<br>8 |
| 677. | <p>La classification des empreintes fonctionnelles est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Par rapport au degré de la position de la mandibule pendant le processus d’empreinte</li> <li>B. Les nombres des dents</li> <li>C. Le nombre de matériaux utilisés</li> <li>D. Par rapport de porte-empreinte</li> <li>E. Par rapport au degré de mobilisation de la périphérie du champ prothétique</li> </ul>   | ACE | pag.38<br>9 |
| 678. | <p>Les mouvements automatisés effectués par le patient sont représentés par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. L’ouverture large de la bouche</li> <li>B. Sifflement</li> <li>C. Des tests de déglutition</li> <li>D. Des tests de mastication</li> <li>E. La langue vers le nez</li> </ul>   | CD  | pag.39<br>3 |
| 679. | <p>*L’empreinte préliminaire devra assure les suivantes conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Assure les conditions d’appui, en totalité</li> <li>B. Assure les conditions de stabilité, en totalité</li> <li>C. Équilibre neuromusculaire s’obtenir dans cette étape</li> <li>D. L’empreinte préliminaire réussit rendre les conditions de la réalisation d’une succion optimale</li> <li>E. Surprendre toutes les surfaces planes et horizontales du champ prothétique</li> </ul> | E   | pag.38<br>5 |

### Thème 64

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

|      |   |    |             |
|------|---|----|-------------|
| 680. | <p>L’enregistrement des relations intermaxillaire veut repositionner la mandibule en relation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Centrique correcte</li> <li>B. En respectant seul les repere articulaire</li> <li>C. En respectant seul les repere labial</li> <li>D. En respectant seul les repere osseux</li> <li>E. Permettre a la musculature de realiser une relation de posture correspondante</li> </ul> | AE | pag.401     |
| 681. | <p>Dans le cadre de la thérapie par des prothèses partiellement mobilisables, les méthodes simples de détermination de la relation centrique sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. La méthode de test Valsalva</li> <li>B. La méthode d’homotropisme lingual-mandibulaire</li> <li>C. La méthode de la compression sur maxillaire</li> </ul>   | BD | pag.41<br>4 |

|      |   |     |         |
|------|---|-----|---------|
|      | <p>D. La stimulation du reflexe d'occlusion molaire</p> <p>E. La méthode des tests Herbst</p>   |     |         |
| 682. | <p>Les méthodes anthropométriques sans repères préextractionnels sont les suivantes :</p> <p>A. La méthode Boianov</p> <p>B. La méthode Kennedy;</p> <p>C. La méthode Willis</p> <p>D. La méthode Neil et Bowen</p> <p>E. La méthode du compas d'or Appenrodt</p>   | ACE | pag.410 |
| 683. | <p>Les méthodes fonctionnelles utilisées pour déterminer la dimension verticale sont:</p> <p>A. La méthode Willis</p> <p>B. La méthode Boianov</p> <p>C. La méthode Swenson</p> <p>D. La méthode Silvermann</p> <p>E. Le critère du confort</p>   | DE  | pag.411 |
| 684. | <p>*La vérification intraorale des maquettes d'occlusion sera réalisée:</p> <p>A. S'exécute avec les maquettes sur le modèle fonctionnel</p> <p>B. S'exécute avec les maquettes sur le modèle préliminaire</p> <p>C. Sera pratiquée après la désinfection préalable de maquettes d'occlusion</p> <p>D. Les réponses a et c sont bonnes</p> <p>E. Les réponses b et c sont bonnes</p>  | C   | pag.407 |
| 685. | <p>La détermination du plan d'occlusion se réalisera:</p> <p>A. Dans la zone frontale le niveau du plan d'occlusion sera situé à 3 mm</p> <p>B. Dans la zone latérale le niveau du plan d'occlusion sera situé vers maxillaire</p> <p>C. En fonction du type d'édentement</p> <p>D. On va la faire de manière différenciée pour la zone frontale de l'arcade et pour la zone latérale</p> <p>E. Par rapport au degré de mobilisation de la périphérie du champ prothétique</p>                                  | CD  | pag.407 |
| 686. | <p>Dans la phase d'adaptation et d'individualisation des maquettes d'occlusion on a réalisé :</p> <p>A. L'établissement du niveau et de l'orientation du plan d'occlusion au niveau maxillaire</p> <p>B. Sifflement</p> <p>C. La détermination de la dimension verticale de l'étage inférieur dans relation centrique et de posture</p> <p>D. Des tests de mastication</p> <p>E. L'établissement du niveau et de l'orientation du plan d'occlusion en accord avec la hauteur des unités odontales restantes</p> | ACE | pag.413 |
| 687. | <p>*Dans le cadre de la thérapie par des prothèses partiellement mobilisables, la méthode simple de détermination de la relation centrique est :</p> <p>A. La méthode de test Valsalva</p> <p>B. La méthode d'homotropisme lingual-mandibulaire</p> <p>C. La méthode de la compression sur maxillaire</p> <p>D. La méthode de test Leonardo da Vinci ;</p> <p>E. La méthode des tests Herbst.</p>   | B   | pag.414 |

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

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

|      |   |     |            |
|------|---|-----|------------|
| 694. | *Les mouvements non-fonctionnels sont effectués:<br>A. Par le patient grâce à les tests Herbs;<br>B. Par le médecin;<br>C. Par le technicien dentaire;<br>D. En cas de resorbtion osseuses accentuee;<br>E. les réponses A et D sont correctes. | B   | p. 481-482 |
| 695. | L'équipement nécessaire pour l'empreinte préliminaire:<br>A. port-empreintes de plaque de base ;<br>B. silicone fluide;<br>C. L'eau à 24° C;<br>D. spatule;<br>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:<br>A. A est une méthode simple de détermination la relation de posture;<br>B. il produit la renaissance des vieux réflexes des muscles parodontales, de positionnement postural;<br>C. est une méthode simple de détermination la relation centrique;<br>D. vise à induire la relation de posture;<br>E. il produit la renaissance des vieux réflexes des muscles parodontales, de positionnement centrale.   | CE  | p. 559     |
| 697. | *Le profil droit:<br>A. Est le prototype normal, donc les plans de Camper et d'occlusion seront divergents vers distale;<br>B. se produit chez les patients atteints de classe III Angle, donc les plans de Camper et d'occlusion seront divergents vers distale;<br>C. se produit chez les patients atteints de classe II Angle donc les plans de Camper et d'occlusion seront divergents vers distale;<br>D. Est le prototype normal, donc les plans de Camper et d'occlusion seront parallèle;<br>A. aucune réponse est correcte. | D   | p. 552     |
| 698. | Le contrôle extraorale des modèles d'occlusion:<br>A. est fait en l'absence de patient;<br>B. vérifier le respect des instructions données par les modèles et la fiche de laboratoire;<br>C. A et B sont les réponses correctes;<br>D. est une méthode simple qui utilise des repères pre-extractionelles;<br>E. toutes les variantes sont corrects.   | ABC | p. 550     |
| 699. | *L'établissement d'orientation occlusal:<br>A. dans les zones latérales est fait par rapport au plan de la Fox;<br>B. à l'avant est fait par rapport au plan Camper;<br>C. dans les zones latérales est fait par rapport au plan de Frankfurt;<br>D. est fait avec la plaque Fox<br>E. toutes les variantes sont corrects.   | D   | p. 550-552 |

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

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

### Thème 67.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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