



ANNALES D'ODONTOLOGIE

Le présent recueil peut comporter des lacunes : la bibliothèque ne met à disposition de ses usagers que les sujets d'examens qui lui sont communiqués.

**Sujets d'examens
d'Odontologie**

FASO 1

2024-2025

Annales de l'Université Lyon 1

Faculté d'odontologie

Année universitaire

2024-2025

Université Lyon 1

Faculté d'Odontologie

FASO 1

Semestre 1

Session 1

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON
Année universitaire 2024-2025 FASO1

SUJET D'EXAMEN- SEMESTRE 1 – SESSION 1
Epreuve : ODM112M1-UE1 Odontologie Prothétique

Responsables : Pr Jeannin

DATE : 08/01/2025

DUREE : 1h00

BAREME APOGEE : 60

NOMBRE DE POINTS ATTRIBUES (à chaque question)

INTITULE DU SUJET D'EXAMEN (correcteur C. Jeannin)

Vous devez réhabiliter un patient, édenté au maxillaire et partiellement denté à la mandibule. Le plan de traitement retenu comporte des prothèses amovibles (complète maxillaire et partielle à châssis métallique à la mandibule) et des prothèses fixées (couronnes).

Question 1 : Quel schéma occlusal choisir ? Qu'implique ce schéma dans votre plan de traitement ? (Sur 10 points)

Question 2 : Quels éléments sont importants pour réaliser, dans la stratégie de réhabilitation globale, les préparations pour les couronnes ? Justifiez brièvement votre réponse

a) Dans le sens vertical? (sur 8 points)

b) Dans le sens mésio-distal? (sur 7 points)

Question 3 : Quels éléments avez-vous besoin de transmettre au laboratoire pour réaliser les couronnes ? Justifiez brièvement votre réponse (sur 15 points)

Question 4 : Les couronnes « définitives » viennent d'être scellées et la séance se termine. Y-a-t-il encore des gestes à effectuer avant de libérer le patient ? (Plusieurs réponses possibles suivant le plan de traitement que vous avez choisi). Justifiez vos réponses. (Sur 10 points)

Question 5 : Si le patient n'a pas le temps ou les moyens financiers d'accepter votre plan de traitement, existe-t-il un ou des moyens d'étaler les travaux dans le temps sans faire de compromis sur l'objectif final du traitement ? Si oui, citez un exemple, sinon quelle attitude adopteriez-vous ? Justifiez brièvement vos réponses. (Sur 10 points)

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON
Année universitaire 2024-2025 FASO1

SUJET D'EXAMEN- SEMESTRE 1 – SESSION 1
Epreuve : ODM101M3 UE1 TD D.R.E.

Responsables : Pr FARGE et Dr RICHERT

DATE : 8/01/25

DUREE : 45 mn

BAREME APOGEE : 20

NOMBRE DE POINTS ATTRIBUES (à chaque question) : 0.5

INTITULE DU SUJET D'EXAMEN

Il vous est demandé de répondre à la série de questions à choix multiples (QCMs). Toutes les réponses proposées peuvent être justes, avec au moins une réponse correcte par question. L'évaluation sera effectuée selon un barème de notation attribuant 5 points pour une réponse entièrement correcte et 0 point en cas d'une (ou plusieurs) réponse(s) incorrecte(s).

Question 1

L'examen clinique révèle la présence d'une douleur aiguë et exacerbée lors du test de sensibilité au froid.



- A. La réponse exacerbée au test de sensibilité au froid indique la présence d'une pulpite irréversible sur la dent n°41.
- B. La réponse exacerbée au test de sensibilité au froid indique la présence d'une pulpite réversible sur la dent n°41.
- C. La pathologie de la patiente est probablement associée à un brossage insuffisant
- D. La pathologie de la patiente peut être en lien avec une récession gingivale.
- E. Si le test de percussion est positif en axial et en latéral alors la dent est déjà en parodontite apicale aiguë.

Question 2

M. C , asymptotique, se présente à votre cabinet pour un contrôle. Cela fait 4 ans qu'il n'est pas rentré dans un cabinet dentaire.



- A. La coloration cervicale jaune sur la molaire n°36 indique une lésion carieuse.
- B. Le patient présente une hygiène buccodentaire parfaite
- C. La dent n°36 doit être traitée endodontiquement.
- D. Une méthode de brossage adaptée associée à l'utilisation d'une brosse à dents à brins souples doit être enseignée au patient pour prévenir l'extension de la lésion.
- E. La prise en charge du patient débutera par l'avulsion de la dent n°36 condamnée

Question 3

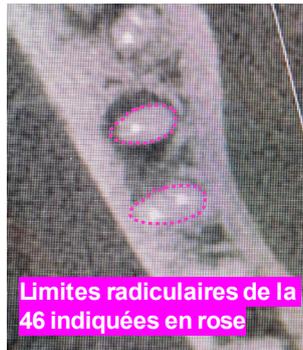
Vous recevez monsieur H âgé de 39 ans. Il a du mal à s'alimenter et à se brosser les dents mais ne présente aucune douleur spontanée. Il souhaiterait « se reprendre en mains » mais est très angoissé à l'idée de venir chez le dentiste.



- A. La prise en charge ne peut débuter qu'après avoir proposé un devis complet au patient, indiquant les dents à extraire et les couronnes à réaliser.
- B. La prise en charge doit débuter par l'avulsion des dents condamnées.
- C. La prise en charge doit débuter par la gestion des lésions carieuses arrêtées.
- D. La prise en charge doit débuter par la gestion des lésions carieuses actives et à proximité pulpaire.
- E. La prise en charge doit débuter par le retraitement endodontique de la dent n°24, sinon elle risque d'être extraite.

Question 4

Vous découvrez fortuitement une LIPOE sur la dent n°36 et réalisez un examen complémentaire CBCT, à la suite de ce dernier quelles étiologies vous semblent probables pour expliquer la présence de la LIPOE:



- A- Persistance de micro-organismes intracanaux
- B- Recolonisation secondaire par perte d'étanchéité coronaire
- C- Colonisation extra-radicaire
- D- Fracture verticale radicaire
- E- Poche parodontale

Question 5

L'augmentation de la pression pulpaire due à l'inflammation entraîne-t-elle une strangulation de la pulpe et une nécrose pulpaire généralisée rapidement ?

- A) Oui, car l'augmentation de la pression pulpaire réduit l'apport sanguin à la pulpe dans son entièreté.
- B) Non, car l'augmentation de la pression est localisée à la zone d'inflammation.
- C) Oui, car l'environnement (pulpe entourée de dentine dure) ne permet pas une augmentation significative de la filtration des fluides.
- D) Non, car une augmentation de la pression pulpaire ouvrira les anastomoses artério-veineuses, déviant le flux sanguin loin de la zone d'inflammation.
- E) Non, car les vaisseaux lymphatiques drainent le flux sanguin.

Question 6

Quelles sont les fonctions de la pulpe dentaire ?

- A) Formation de la dentine (dentine primaire et secondaire)
- B) Réparation de la dentine (dentine tertiaire)
- C) Nutrition de la dentine avasculaire
- D) Hydratation du ligament parodontal
- E) Sensorielle (pression et température)

Question 7

Quelle est la différence entre la dentine primaire, secondaire et tertiaire ?

- A) La dentine primaire est formée par les odontoblastes après l'éruption de la dent.
- B) La dentine secondaire est formée à un rythme plus lent par les odontoblastes après l'éruption de la dent.
- C) La dentine tertiaire est formée en réponse à un stimulus localisé.
- D) La dentine primaire est formée par les odontoblastes avant l'éruption de la dent.
- E) La dentine secondaire est formée en réponse à une agression extérieure.

Question 8

Quels sont les signes cliniques à évaluer lors de l'examen extra et intra-buccal des tissus mous

- A) Symétrie faciale
- B) Trajet et ouverture buccale
- C) Inspection au miroir de la muqueuse dans son ensemble
- D) Palpation du fond du vestibule
- E) Recherche des adénopathies sous-mandibulaires

Question 9

Dans l'interprétation des tests de sensibilité pulpaire, quelle réponse suggère une inflammation pulpaire réversible ?

- A) Douleur qui cesse à l'arrêt du stimulus au bout de 5 sec
- B) Douleur qui persiste moins de 3 minutes après l'arrêt du stimulus
- C) Douleur violente sur fond douloureux persistant
- D) Réponse tardive ou atténuée
- E) Absence totale de réponse

Question 10

Lors du diagnostic différentiel entre une parodontite apicale chronique et une parodontite apicale aiguë?

- A) La présence de douleurs spontanées est typique de la parodontite apicale aiguë, tandis que la parodontite apicale chronique est souvent asymptomatique.
- B) La réaction à la percussion est généralement plus marquée dans les cas de parodontite apicale chronique.
- C) La présence de bactéries quiescentes est un indicateur typique de la parodontite apicale aiguë.
- D) La douleur provoquée lors des tests diagnostiques est plus intense dans le cas de la parodontite apicale chronique.
- E) La fistule est plus fréquemment présente en situation de parodontite apicale aigue.

Question 11

Concernant la théorie hydrodynamique de la sensibilité dentinaire ?

- A) Il s'agit d'un mouvement rapide de polarisation en réponse à des forces capillaires et de van der Waals, résultant en une stimulation douloureuse.
- B) La théorie postule que l'acidité en bouche est le facteur clé qui déclenche le mouvement du fluide dans les tubules dentinaires, conduisant à la sensibilité.
- C) La chaleur peut provoquer un mouvement de fluide vers l'intérieur de la dent.
- D) Le mouvement du fluide dans les tubules dentinaires prévient l'invasion des caries dans les tubules dentinaires.
- E) Divers stimuli tels que l'air peuvent induire un flux de fluide dentinaire.

Question 12

Les tests de sensibilité pulpaire au cours d'une pulpite aiguë?

- A) Sont exacerbés
- B) Sont positifs dans 100% des cas
- C) Sont négatifs dans 67% de cas
- B) Sont tellement douloureux qu'on évite de les faire
- C) Sont négatifs pour le test au chaud

Question 13

Au sujet du traitement d'urgence d'une parodontite apicale aiguë (Fiche de procédure CNEOC E9) :

- A) L'un des objectifs est de soulager la douleur liée à l'inflammation des tissus péri-apicaux en réalisant un drainage par voie canalaire.
- B) L'un des objectifs est de prévenir la dissémination de l'infection endodontique.
- C) L'un des objectifs est d'effectuer un drainage par voie muqueuse en fonction du tableau clinique.
- D) La prise en charge dépend du temps d'intervention disponible et en conséquence en temps restreint, la dent sera laissée ouverte au moins 72h même sans suintement.
- E) La prise en charge dépend du temps d'intervention disponible et en conséquence en temps restreint il est conseillé de perméabiliser la lumière canalaire avec une lime manuelle adaptée au volume canalaire en évitant impérativement la transfixion apicale.

Question 14

Au sujet des instruments de mise en forme:

- A- La turbine tourne à 40 000 tours/minute
- B- La turbine tourne à 200 000 tours/minute
- C- La turbine fonctionne à air comprimé
- D- La turbine peut servir à la dépose de matériaux
- E- La turbine peut servir au curetage de la dentine cariée

Question 15

Concernant la feuille de digue (champ opératoire) et la reconstitution coronaire pré-endodontique (RCPE):

- A) La digue contribue à l'asepsie du site opératoire
- B) La digue présente un intérêt ergonomique pour le praticien
- C) Il améliore la visibilité du champ opératoire en isolant la dent traitée
- D) La RCPE permet de restaurer la forme de la dent pour faciliter l'accès et la visibilité pendant le traitement endodontique.
- E) La RCPE permet de prévenir les fractures de la dent en inter-séance.

Question 16

Concernant la perforation de la feuille de digue:

- A- Le centrage de la digue est indispensable pour le confort du patient
- B- Les feuilles de digue en latex offrent une meilleure résistance à la déchirure que celles en nitrile
- C- Une perforation déchirée est aussi étanche qu'une perforation nette car elle est enserrée par le crampon
- D- Il est possible d'adapter le diamètre de la perforation en fonction de la dent
- E- La perforation doit toujours être réalisée au centre géométrique de la feuille de digue

Question 17

Quelles sont les caractéristiques permettant de distinguer la parodontite apicale aigue d'une pulpite irréversible?

- A) Présence de douleurs spontanées
- B) Absence de réponse au test de sensibilité
- C) Réponse douloureuse à la percussion
- D) Présence possible d'une image radioclaire apicale
- E) Présence d'une mobilité dentaire augmentée

Question 18

Au sujet du score ICDAS :

- A- un score ICDAS 2 correspond à un changement visuel distinct de l'émail après séchage, révélant une ombre de dentine foncée
- B- un score ICDAS 5 est caractérisé par une perte partielle des structures cuspidiennes
- C- il permet le diagnostic des lésions carieuses dès le stade le plus précoce
- D- un score ICDAS 3 correspond à une atteinte du 1/3 dentinaire médian
- E- Le score ICDAS 1 est visible uniquement sur dent humide.

Question 19

Qu'est-ce qui est principal responsable de la minéralisation de la prédentine ?

- A) les odontoblastes
- B) les cellules mésenchymateuses
- C) les cellules immunitaires
- D) les vaisseaux sanguins
- E) les fibroblastes

Question 20

UN PATIENT SE PRÉSENTE AVEC UNE LÉSION CARIEUSE OUVERTE DANS UN SECTEUR POSTÉRIEUR. QUELLE INSTRUMENT EST NÉCESSAIRE POUR EFFECTUER LE CURETAGE

- A- Une fraise carbure de tungstène monté sur CA bleu
- B- Une fraise diamantée montée sur turbine ou CA rouge
- C- Une fraise carbure de tungstène montée sur turbine ou CA rouge
- D- Un excavateur
- E- Une sonde parodontale

Question 21

CONCERNANT LA POSE D'UN CHAMP OPERATOIRE AVANT REALISATION D'UN COMPOSITE MESIO-OCCLUSO-DISTAL SUR 26 :

- A- Vous pouvez poser un champ opératoire unitaire sur 26
- B- Vous pouvez poser un champ opératoire sectoriel de 26 à 25, avec un crampon sur 26 et un wedjet en mésial de 25
- C- Vous pouvez poser un champ opératoire sectoriel de 26 à 24, avec un crampon sur 26 et un wedjet en mésial de 24
- D- Vous pouvez poser un champ opératoire sectoriel de 27 à 25, avec un crampon sur 27 et un wedjet en mésial de 25
- E- Autre réponse

Question 22

VOUS DEVEZ OBTURER DE MANIERE DIRECTE AVEC UN COMPOSITE UNE RESTAURATION OCCLUSO-MESIALE DE MOYENNE ETENDUE SUR UNE DENT PULPEE DANS UN SECTEUR POSTERIEUR. QUEL MATERIEL VOUS EST NECESSAIRE ?

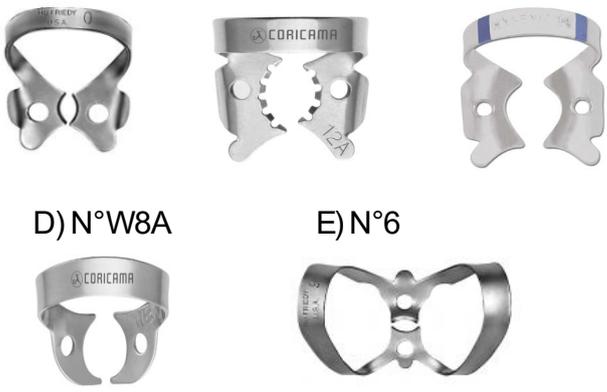
- A- Un système de matrice sectorielle
- B- Deux coins de bois
- C- Un système de matrice circonférentielle
- D- Un système adhésif
- E- Une spatule de bouche

Question 23

Quel(s) crampon(s) est / sont adaptés pour une molaire n°26?

A) N°0 B) N°12A C) N°14

D) N°W8A E) N°6



The image shows five different types of orthodontic brackets, labeled A through E. Each bracket is a metal band with a hook and a slot for a wire. A) N°0 is a standard bracket with a hook and a slot. B) N°12A is a bracket with a hook and a slot, and a small notch on the side. C) N°14 is a bracket with a hook and a slot, and a small notch on the side. D) N°W8A is a bracket with a hook and a slot, and a small notch on the side. E) N°6 is a bracket with a hook and a slot, and a small notch on the side.

Question 24

Un patient vous consulte en urgences. Après examen clinique, vous posez le diagnostic de pulpite irréversible sur la dent n°36. Quelles options sont envisageables en urgences?



- A- d'effectuer une anesthésie intraligamentaire et la pose d'un clampage unitaire sur la dent n°36
- B- effectuer une éviction carieuse partielle suivie d'un coiffage indirect de la dent n°36
- C- effectuer une éviction carieuse totale suivie d'un coiffage direct de la dent n°36
- D- effectuer une anesthésie tronculaire avant pulpotomie de la dent n°36
- E- effectuer la pulpectomie de la dent n°36 en vue de réduire la surpression péri-apicale et d'obtenir un drainage par voie canalaire

Question 25

Quelles sont les caractéristiques permettant de distinguer la pulpite irréversible d'une pulpite réversible ?

- A) Présence de douleurs spontanées
- B) Réponse rémanente au test de sensibilité
- C) Réponse douloureuse à la percussion
- D) Épaisseur de dentine résiduelle de moins d'1mm à proximité du tissu pulpaire visible à la radiographie
- E) Présence d'une mobilité dentaire augmentée

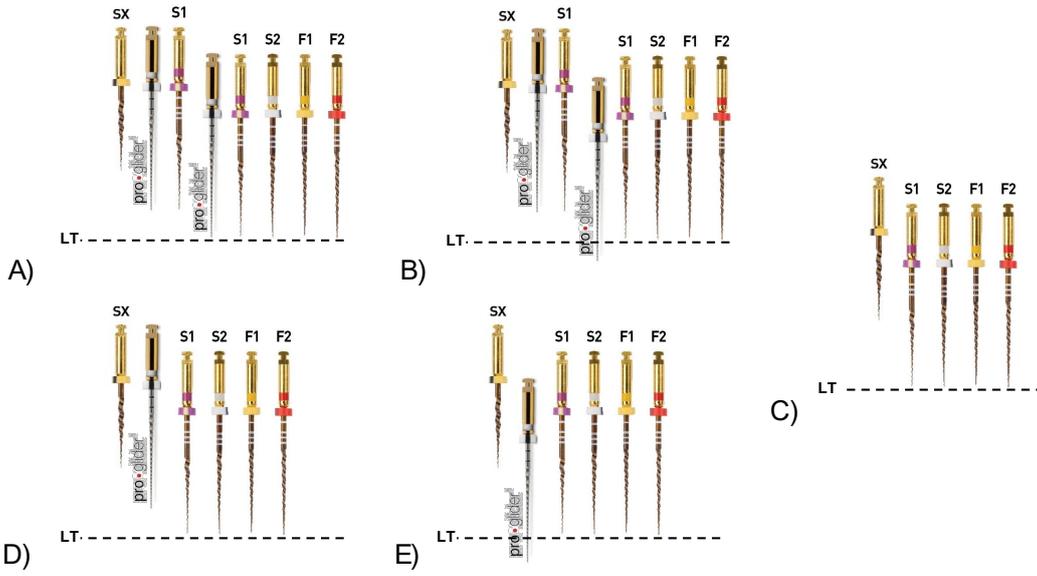
Question 26

Quel sont les objectifs de la cavité d'accès endodontique dite « traditionnelle » sur la première molaire maxillaire ?

- A. Éliminer tout le tissu pulpaire dans le tiers médian de la racine
- B. Permettre la pose d'un matériau temporaire en inter-séance
- C. Poser le champ opératoire et une bonne assise du crampon
- D. Obtenir un accès visuel direct à toutes les entrées canalaires
- E. Préserver les structures dentinaires tels que le pont d'émail

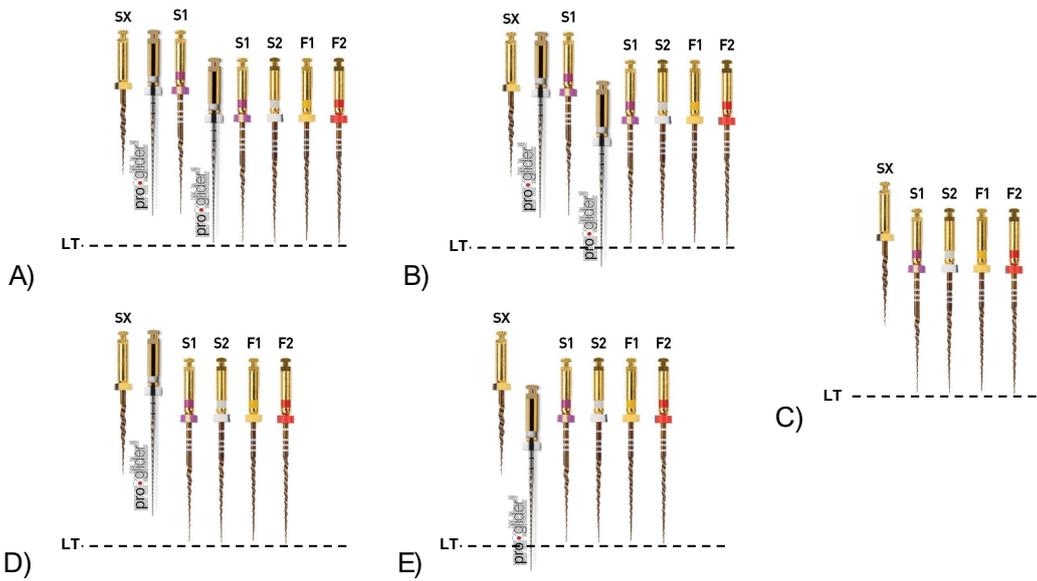
Question 27

Qest le protocole opératoire conseillé dans le cadre de la prise en charge d'un canal rectiligne sans contrainte radiculaire?



Question 28

Quel est le protocole opératoire conseillé dans le cadre de la prise en charge d'un canal fin et courbé?



Question 29

Quelle affirmation est correcte ?

- A) Le triangle de Kuttler représente le triangle dentinaire à supprimer pour réduire les contraintes coronaires au niveau de l'instrument.
- B) En présence d'une courbure apicale prononcée, les contraintes instrumentales sont limitées au tiers apical.
- C) La constriction apicale est la zone la plus étroite du canal radiculaire.
- D) L'apex radiographique est le même que l'apex anatomique si et seulement si on utilise la technique des plans parallèles.
- E) La constriction apicale est distincte de l'apex anatomique.

Question 30

Concernant la première molaire maxillaire ?

- A. Elle présente un canal mésio-palatin dans 75% pour la population européenne.
- B. Elle présente un canal disto-vestibulaire dans 35% pour la population européenne.
- C. Elle présente trois canaux mais plus souvent 4 canaux pour la population européenne.
- D. Les apex de cette dent peuvent être en relation étroite avec le plancher du sinus maxillaire.
- E. Il existe une proximité anatomique entre les apex de cette dent et le canal naso-palatin.

Question 31

Concernant la deuxième molaire mandibulaire?

- A. La prévalence d'un canal mésial-moyen distinct est d'environ 35% dans la population européenne.
- B. La configuration canalaire la plus fréquente comporte deux canaux mésio-vestibulaires, un canal disto lingual et un canal disto-vestibulaire.
- C. Dans certains cas, cette dent peut présenter une configuration en C, particulièrement chez les individus d'origine asiatique.
- D. Les apex de cette dent sont fréquemment en relation étroite avec le canal mandibulaire.
- E. Les apex de cette dent sont fréquemment en relation étroite avec le foramen mentonnier.

Question 32

A quelle longueur est il adapté de descendre le cône de papier avant d'obturer une dent traitée endodontiquement?

- A) à la LT
- B) à la LT – 1 mm
- C) à la LT + 0,5 mm
- D) à la LT – 3 mm
- E) à la LT + 1,2 mm

Question 33

Vous avez obtenu la LT de tous les canaux durant la séance et avez instrumenté le canal distal de la dent n°36 en pulpite. Le patient, en bonne santé, ne prend pas de médicament au quotidien mais avait pris 3 comprimés de doliprane la veille n'arrivant pas à dormir. Effectuez vous une prescription en post op?

- A) Non, le geste opératoire suffit à prévenir les douleurs
- B) Oui, un comprimé de paracétamol quand le patient le souhaite
- C) Oui, un comprimé de paracétamol et d'ibuprofene
- D) Oui un comprimé d'ibuprofene mais associé à une antibioprophylaxie
- E) Oui un comprimé d'ibuprofene mais associé à une antibiothérapie

Question 34

Quel rôle jouent les canaux sodiques dans la transmission de la douleur en endodontie ?

- A) Ils sont impliqués dans la dépolarisation des cellules nerveuses.
- B) Ils sont responsables de la repolarisation des cellules nerveuses.
- C) Ils n'ont aucun rôle dans la transmission de la douleur.
- D) Ils sont impliqués dans la régulation du calcium intracellulaire.
- E) Ils sont responsables de la sécrétion d'endorphines pour atténuer la douleur.

Question 35

Concernant la solution d'anesthésie en endodontie:

- A) Une cartouche standard contient 1,8 mL d'anesthésique
- B) L'articaine est généralement utilisée à une concentration de 2%
- C) La vitesse d'injection recommandée est de 1 minute par cartouche
- D) Il est conseillé d'orienter le biseau de l'aiguille à l'opposé de l'os pour limiter le risque de nécrose osseuse et d'œdème
- E) Pour l'injection para-apicale, on utilise plus fréquemment une aiguille de 0,40 mm de diamètre

Question 36

Quelles fibres nerveuses sont généralement ciblées par l'anesthésie en endodontie ?

- A) Fibres A-alpha
- B) Fibres A-beta
- C) Fibres A-delta
- D) Fibres C
- E) Fibres B

Question 37

Concernant la technique d'anesthésie en endodontie?

- A) Avec une anesthésie intra ligamentaire, l'anesthésie pulpaire s'établit classiquement rapidement, généralement en moins de 3 minutes
- B) Avec une anesthésie intra ligamentaire, l'anesthésie pulpaire a une durée de 45 minutes à 1h classiquement.
- C) Avec une anesthésie tronculaire, l'anesthésie pulpaire a une durée de 45 minutes au moins
- D) Avec une anesthésie tronculaire, l'anesthésie pulpaire s'établit au bout de 5 à 10 minutes au minimum.
- E) Le traitement endodontique peut être conduit uniquement avec un gel anesthésiant en cas de dent nécrosée

Question 38

Concernant l'anesthésie tronculaire?

- A) Les indications de l'anesthésie tronculaire du nerf dentaire inférieur sont identiques en chirurgie orale et en endodontie.
- B) Le signe de Vincent indique l'étendue de l'anesthésie.
- C) La dépression unilatérale de l'orbiculaire des lèvres traduit la profondeur de l'anesthésie
- D) Le signe de Jean traduit la localisation de l'anesthésie en endodontie
- E) Le signe de Vincent seul traduit l'efficacité de l'anesthésie en endodontie

Question 39

Parmi les molécules anesthésiques suivantes, laquelle a la demi-vie la plus courte ?

- A) Articaine
- B) Mèpivacaine
- C) Lidocaïne
- D) Bupivacaine
- E) Procaïne

Question 40

Dans la technique combinée (CL+CT)d'obturation canalaire

- A) le thermocompacteur est introduit jusqu'à la sensation de blocage
- B) le maitre cône est introduit et condensé latéralement avec le finger spreader inséré à la LT
- C) le maitre cône est introduit et condensé latéralement à la LT-2mm en sens anti-horaire avec le thermocompacteur
- D) la vitesse de rotation du CT est entre 8000 et 10000 tours/mn en sens anti-horaire avec le thermocompacteur
- E) en cas de défaut d'obturation, le thermocompacteur peut être tourné en sens anti-horaire pour désobturer la gutta

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON
Année universitaire 2024-2025 FASO1

SUJET D'EXAMEN- SEMESTRE 1 – SESSION 1
Epreuve : UE1M4 ED Prothèse

Responsables : Dr ABOUELLEIL/Dr GUILLET

DATE : 07/01/2025

DUREE : 1h00

BAREME APOGEE : 20

NOMBRE DE POINTS ATTRIBUES (à chaque question)

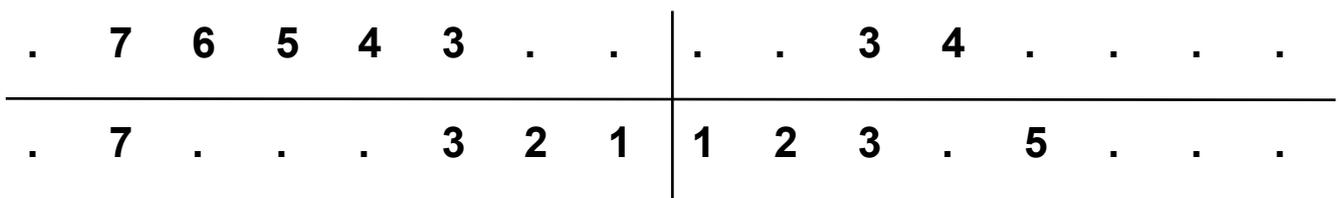
INTITULE DU SUJET D'EXAMEN

QUESTION(S) :

NOM DU CORRECTEUR (pour chaque question) : Dr ABOUELLEIL (1, 2)

1- Quelles sont les principes de préparation des appuis occlusaux ? (4 points)

2- Tracez les schémas de la formule dentaire suivante, en indiquant les noms de différents éléments de l'armature (16 points):



FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON
Année universitaire 2024-2025 FASO1

SUJET D'EXAMEN– SEMESTRE 1 – SESSION 1
Epreuve : UE2M1 – Parodontologie

Responsables : Pr GRITSCH

DATE : 07/01/2025

DUREE : 1h

BAREME APOGEE : 40

NOMBRE DE POINTS ATTRIBUES (à chaque question)

INTITULE DU SUJET D'EXAMEN

QUESTION(S) :

NOM DU CORRECTEUR (pour chaque question) : Dr ROBERT B. (40 points)

Sauf mention contraire, répondez aux questions sous forme de phrases. L'orthographe sera prise en compte dans la notation.

I- Diagnostic des lésions de furcation. (13 points)

- 1) Expliquez le sondage parodontal des lésions inter-radiculaires : quels sont les instruments utilisés ? Comment réalisez-vous le sondage ? Vous pouvez réaliser un schéma en complément de votre réponse (facultatif). (7 points)
- 2) Donnez le nom et les caractéristiques des classifications des lésions inter-radiculaires. Vous pouvez répondre à cette question sous forme de tirets. (6 points)

II- La thérapeutique parodontale de soutien (maintenance parodontale). (27 points)

- 1) Pourquoi réaliser un suivi parodontal ? Quels sont les objectifs de la thérapeutique parodontale de soutien ? Vous pouvez répondre à cette question sous forme de tirets. (7 points)

2) Vous recevez en consultation Mr PARODONTITE, 54 ans, présentant une hypercholestérolémie traitée par atorvastatine et un diabète de type 2 traité par metformine avec une Hba1c de 5,6%. Il ne présente pas d'allergie connue à ce jour. Il est sevré du tabac depuis 5 ans.

L'an dernier, vous aviez diagnostiqué une parodontite de stade 3 grade B généralisée que le traitement non chirurgical, rigoureux et bien mené que vous avez conduit, a permis de stabiliser.

Mr PARODONTITE se présente aujourd'hui en visite de maintenance dont l'intervalle avait été fixé à 4 mois.

Vous trouverez en annexe le *charting* réalisé au cours de cette visite.

a. Expliquez de manière précise et concise le déroulement de cette séance de thérapeutique parodontale de soutien (les étapes clés) de l'entrée du patient dans la salle de soin à sa sortie. Répondez à cette question sous forme de tirets. (15 points)

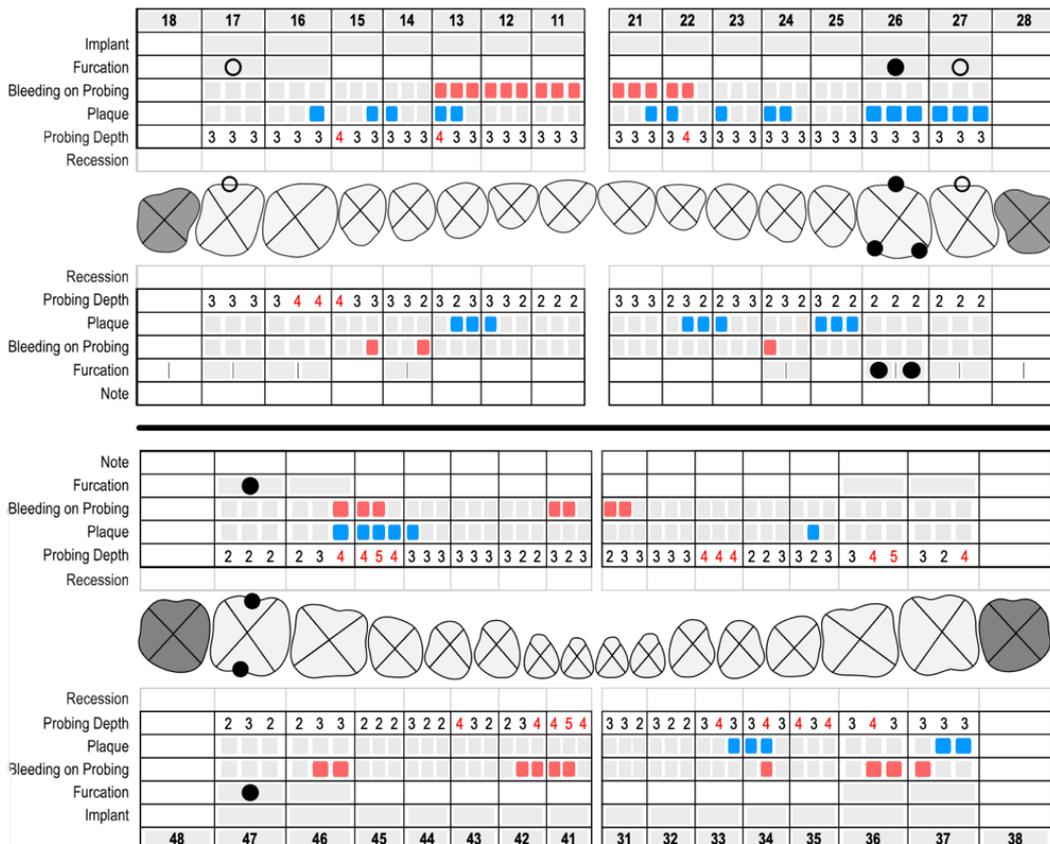
b. Au vu des informations fournies, la prise en charge de Mr PARODONTITE s'inscrit-elle toujours en maintenance parodontale ? Expliquez. (5 points)

ANNEXE

Supportive Periodontal Therapy (SPT)

Patient Last Name First Name Date of Birth

SPT visit Number Clinician Date of Clinical Examination



FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON
Année universitaire 2024-2025 FASO1

SUJET D'EXAMEN– SEMESTRE 1 – SESSION 1
Epreuve : UE2M2 – ADAM

Responsable : Pr ROBIN

DATE : 08/01/2025

DUREE : 45 min

BAREME APOGEE : 20

NOMBRE DE POINTS ATTRIBUES (à chaque question)

INTITULE DU SUJET D'EXAMEN

QUESTION(S) :

NOM DU CORRECTEUR (pour chaque question) : Pr ROBIN

I – Cas clinique (15 points)

Une patiente de 32 ans vient vous consulter pour une douleur au niveau de son ATM gauche survenue soudainement il y a 2 mois, un matin au réveil, accompagnée, depuis, d'une limitation de l'ouverture buccale.

L'interrogatoire de la patiente révèle qu'avant ce « blocage douloureux », il existait des craquements au niveau de l'ATM gauche depuis quelques années, apparus suite à l'extraction de ses dents de sagesse sous anesthésie générale.

L'examen clinique retrouve :

- une limitation de l'ouverture buccale à 35 mm avec une déflexion du côté gauche
- une douleur à l'ouverture maximale et en latéralité du côté droit
- une contracture des masséters

- 1) Compte tenu de ces éléments, quel est votre diagnostic ? Argumenter (5 points)
- 2) Prescrivez-vous une imagerie ? Si oui laquelle ? Justifier (2 points)
- 3) Quelles thérapeutiques mettez-vous en œuvre ? Justifier (5 points)

- 4) La patiente vous demande comment va évoluer son problème. Que lui répondez-vous ? (3 points)

II – Définition et caractéristiques cliniques des douleurs neuropathiques ? (5 points)

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON
Année universitaire 2024-2025 FASO1

SUJET D'EXAMEN– SEMESTRE 1 – SESSION 1
Epreuve : UE2M3 – Médecine et Chirurgie Orales

Responsable : Dr FORTIN

DATE : 10/01/2025

DUREE : 2 h

BAREME APOGEE : 40

NOMBRE DE POINTS ATTRIBUES (à chaque question)

INTITULE DU SUJET D'EXAMEN

QUESTION(S) : 6

NOM DU CORRECTEUR (pour chaque question) : Thomas Fortin

- 1) Quelle est la caractéristique d'une bonne incision chirurgicale ? – 5 points
- 2) Quel est le principal objectif d'une incision en chirurgie orale ? quels instruments permettent d'atteindre ces objectifs ? – 7 points
- 3) Quelles techniques de suture sont les plus souvent utilisées pour fermer une incision linéaire simple ? (Décrire les techniques et détailler les indications) – 7 points
- 4) Quelle précaution est importante lors de la réalisation d'une incision en région postérieure de la mandibule ? mise en œuvre. – 7 points
- 5) Quelles sont les formes cliniques d'hémorragie buccale ? les décrire. - 7 points
- 6) Quels sont les moyens mécaniques de traitement d'une hémorragie buccale ? les décrire. – 7 points

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON
Année universitaire 2024-2025 FASO1

SUJET D'EXAMEN- SEMESTRE 1 – SESSION 1
Epreuve : UE3M1 Pharmacologie clinique Anesthésiologie

Responsables : Pr LAFON

DATE : 07/01/2025

DUREE : 1h00

BAREME APOGEE : 20

NOMBRE DE POINTS ATTRIBUES (à chaque question)

INTITULE DU SUJET D'EXAMEN

QUESTION(S) :

LAFON Arnaud (Points pour chaque question) : (2 points)



Me M. vous consulte car elle présente régulièrement des « gonflements » autour de la bouche, de la langue et de la lèvre inférieure. Elle vous apporte des photos prises à quelques semaines d'intervalles qui montrent clairement des tuméfactions qui « migrent », « apparaissent et disparaissent ». Elles sont indolores et ne sont pas en lien avec un état fébrile. Elle souligne qu'elle a l'impression d'avoir toujours une « grosse langue » qui peut être douloureuse par moment. L'interrogatoire mentionne un traitement récent mis en place par son cardiologue (Inhibiteur d'Enzyme de Conversion, captopril)

- 1- Quel est votre diagnostic suspecté ? (1 point)
2- Quel est la conduite à tenir ? 1 point)

DESOUTTER Aline (points pour chaque question) : (4 points)

Plusieurs réponses possibles

1. Quelles sont les réponses justes :
 - La diazanalgésie est limitée au milieu hospitalier en France.
 - La sédation consciente par injection intraveineuse de midazolam est limitée au milieu hospitalier en France.
 - La sédation consciente par injection intraveineuse de midazolam est limitée au milieu hospitalier en Allemagne.
 - La réglementation au sujet de la sédation consciente par voie intraveineuse en cabinet libéral est la même dans tous les pays de l'UE

2. Le livre blanc sur la sédation consciente par voie intraveineuse au cabinet :
 - Propose d'élargir la pratique de la sédation consciente par voie intraveineuse en cabinet de ville.
 - Propose que la pratique de la sédation consciente par voie intraveineuse se fasse en cabinet de ville grâce au concours d'un médecin anesthésiste-réanimateur
 - Propose que la pratique de la sédation consciente par voie intraveineuse se fasse en cabinet de ville sans monitoring du patient
 - Propose que la pratique de la sédation consciente par voie intraveineuse se fasse en cabinet de ville sans surveillance postsédative du patient.

3. Lors d'une prise en charge sous diazanalgésie :
 - Une CPA n'est pas nécessaire au préalable
 - La présence d'un médecin anesthésiste réanimateur est nécessaire
 - L'anesthésie locale n'est pas nécessaire
 - Une hospitalisation du patient est nécessaire

4. Lors d'une prise en charge sous diazanalgésie :
 - Le patient doit être à jeun
 - Le patient garde le réflexe de déglutition
 - Un tamponnement bucco-pharyngé peut être mis en place
 - Un passage en SSPI est nécessaire

5. Lors d'une prise en charge sous anesthésie générale :
 - Une CPA n'est pas nécessaire au préalable
 - La présence d'un médecin anesthésiste réanimateur est nécessaire
 - L'anesthésie locale n'est pas nécessaire
 - Une hospitalisation du patient est nécessaire

6. Lors d'une prise en charge sous anesthésie générale :
 - Le patient doit être à jeun
 - Le patient garde le réflexe de déglutition
 - Un tamponnement bucco-pharyngé peut être mis en place
 - Un passage en SSPI est nécessaire

7. Lors d'une prise en charge sous MEOPA :

- Une CPA n'est pas nécessaire au préalable
- La présence d'un médecin anesthésiste réanimateur est nécessaire
- L'anesthésie locale n'est pas nécessaire
- Une hospitalisation du patient est nécessaire

8. Lors d'une prise en charge sous MEOPA :

- Le patient doit être à jeun
- Le patient garde le réflexe de déglutition
- Un tamponnement bucco-pharyngé peut être mis en place
- Un passage en SSPI est nécessaire

LE MAÎTRE Jeanne (points pour chaque question) : (4 points)

QCM 1 : A propos des antiseptiques et désinfectants, quelle(s) est(sont) la(les) réponse(s) vraie(s) ?

- A) La désinfection est l'opération permettant d'éliminer les micro-organismes sur une surface vivante.
- B) La décontamination est le premier traitement à effectuer sur les objets ou matériel souillés.
- C) L'asepsie est l'ensemble des mesures ou procédures visant à empêcher tout apport exogène de micro-organismes.
- D) La solution de Dakin est un antiseptique iodé.
- E) L'eau oxygénée a une action hémostatique.
- F) Certains bains de bouche antiseptiques au long cours peuvent favoriser l'apparition d'une candidose orale.

QCM 2 : Concernant les candidoses orales, quelle(s) est(sont) la(les) réponse(s) vraie(s) ?

- A) Candida Albicans est l'agent pathogène le plus souvent incriminé.
- B) Le muguet est l'une des formes chroniques de candidoses orales.
- C) L'écouvillonnage est systématiquement recommandé pour identifier les agents pathogènes responsables.
- D) La corticothérapie au long cours est un facteur de risque de développer une candidose orale.
- E) Une sensation de sécheresse buccale est l'un des signes cliniques retrouvés dans le muguet.

QCM 3 : Concernant les antifongiques prescrits en médecine orale, quelle(s) est(sont) la(les) réponse(s) vraie(s) ?

- A) Ils sont habituellement prescrits sur une durée de 7 à 10 jours.
- B) Les formes galéniques à application locale sont à privilégier en première intention.
- C) L'amphotéricine B (Fungizone®) est contre indiqué chez la femme enceinte.

- D) Le Voriconazole est un antifongique puissant et sa prescription est réservée aux candidoses résistantes au Fluconazole ou étendues chez des patients immunodéprimés.
- E) La prescription d'antifongique azolés doit être précautionneuse chez les patients sous AVK.

QCM 4 : Parmi les médicaments suivants, lequel(lesquels) est(sont) psychotrope(s) ?

- A) Hydroxyzine (Atarax®)
- B) Tramadol (Contramal®)
- C) Nefopam (Acupan®)
- D) Rivaroxaban (Xarelto®)
- E) Alprazolam (Xanax®)

Année universitaire

2024-2025

Université Lyon 1

Faculté d'Odontologie

FASO 1

Semestre 2

Session 1

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON
Année universitaire 2024-2025 FASO1

SUJET D'EXAMEN– SEMESTRE 2 – SESSION 1
Epreuve : ODM105M1 UE1 Odontologie prothétique

Responsable : Pr MILLET

DATE : 20/05/25

DUREE : 1h00

BAREME APOGEE : 40

NOMBRE DE POINTS ATTRIBUES (à chaque question)

INTITULE DU SUJET D'EXAMEN

QUESTION(S) : 40 QCM : 0, 1, ou plusieurs bonne(s) réponse(s) possible(s)

NOM DU CORRECTEUR : Pr C. MILLET - 30 points (QCM 1 à 30)

Dr C. LABOISSERET - 10 points (QCM 31 à 40)

- Chaque QCM sur 1 point sur un total de 40 points
- Répondre sur la grille de QCM nominative de préférence au stylo noir
- Aucune, une ou plusieurs bonne(s) réponse(s) possible(s)
- Chaque QCM est validé lorsque ses 5 éléments de réponse (A-B-C-D-E) correspondent au corrigé type. Chaque QCM est donc juste ou faux : notation binaire.

1. Quelles sont les modifications dégénératives des organes dentaires avec l'âge ?

- A. Augmentation de la vascularisation pulpaire
- B. Augmentation du volume pulpaire
- C. Migration apicale de l'attache épithéliale
- D. Augmentation de la perméabilité de l'émail
- E. Calcification canalaire

2. Quelles sont les modifications osseuses dégénératives liées au vieillissement ?

- A. Augmentation de la densité minérale de l'os
- B. Alvéolyse horizontale
- C. Augmentation de la hauteur des crêtes alvéolaires
- D. Augmentation du volume osseux
- E. Toutes les réponses sont fausses

3. Quels changements sont observés au niveau des ATM avec l'âge ?

- A. Diminution de la force de contraction musculaire
- B. Aplanissement des surfaces articulaires
- C. Épaississement du disque articulaire
- D. Diminution de la laxité des mouvements mandibulaires
- E. Distension ligamentaire

4. Quels sont les effets de l'atrophie des glandes salivaires avec l'âge ?

- A. Augmentation du pH de la salive
- B. Augmentation de la quantité de salive sécrétée
- C. Augmentation du pouvoir tampon de la salive
- D. Augmentation de la rétention des prothèses amovibles complètes
- E. Toutes les réponses sont fausses

5. Comment la muqueuse buccale est-elle affectée par le vieillissement ?

- A. Épaissie
- B. Atrophiée
- C. Meilleure tolérance aux traumatismes
- D. Potentiel de cicatrisation augmenté
- E. Toutes les réponses sont fausses

6. (1) En odontologie gériatrique les séances cliniques doivent être plus longues et plus espacées car (2) les patients âgés sont plus fatigables.

- A. La proposition (1) est vraie tandis que la (2) est fausse
- B. La proposition (1) est fausse tandis que la (2) est vraie
- C. Les propositions (1) et (2) sont fausses
- D. Les 2 propositions sont vraies avec lien de cause à effet
- E. Les 2 propositions sont vraies sans lien de cause à effet

7. En odontologie gériatrique :

- A. Les bridges de grande étendue doivent préférentiellement être sectorisés
- B. Le scellement des prothèses fixes est à privilégier au collage
- C. Les intermédiaires de bridges doivent être compressifs pour compenser les récessions gingivales fréquentes
- D. Les modifications de dimension verticale d'occlusion (DVO) sont bien tolérées
- E. Les crochets de type Roach sont déconseillés en prothèse amovible partielle

8. Quel est le but des empreintes tertiaires ou piézographiques ?

- A. Enregistrer le jeu de la musculature périphérique
- B. Déterminer la zone neutre pour le montage des dents prothétiques
- C. Améliorer la stabilité prothétique
- D. Éviter la stase alimentaire
- E. Toutes les réponses sont fausses

9. Que permet l'exploitation d'un enregistrement piézographique ?

- A. La mise en articulateur des modèles de travail
- B. La réalisation d'une clef linguale
- C. La réalisation d'une clef vestibulaire
- D. Le montage des dents dans la zone neutre
- E. Toutes les réponses sont fausses

10. Quels sont les facteurs généraux favorisant les stomatites sous-prothétiques ?

- A. Un déficit immunitaire
- B. Un diabète non-équilibré
- C. Une antibiothérapie prolongée
- D. Une corticothérapie
- E. Toutes les réponses sont fausses

11. Les stomatites sous-prothétiques chez l'édenté complet appareillé :

- A. Doivent être traitées par une antibiothérapie
- B. Peuvent avoir une origine traumatique
- C. Peuvent être liées à une perte de DVO
- D. Sont une infection à *Staphylococcus aureus*
- E. Toutes les réponses sont fausses

12. (1) Les hyperplasies fibreuses liées à d'anciennes prothèses complètes inadaptées sont des lésions dites « en feuillet de livre » car (2) les bourrelets muqueux hyperplasiques sont parallèles à la crête.

- A. La proposition (1) est vraie tandis que la (2) est fausse
- B. La proposition (1) est fausse tandis que la (2) est vraie
- C. Les propositions (1) et (2) sont fausses
- D. Les 2 propositions sont vraies avec lien de cause à effet
- E. Les 2 propositions sont vraies sans lien de cause à effet

13. Parmi les pathologies des tissus de soutien de la cavité buccale :

- A. Les lésions hyperplasiques de la muqueuse buccale ont souvent une origine infectieuse
- B. Les lésions hyperplasiques de la muqueuse buccale ont souvent une origine médicamenteuse
- C. Les stomatites sous-prothétiques sont principalement chroniques
- D. Les crêtes flottantes ont souvent comme origine une surcharge occlusale
- E. Les diapneusies se développent souvent en regard de prothèses mal ajustées

14. Quel sont, à terme, les problèmes de la prothèse complète uni-maxillaire ?

- A. Une surcharge occlusale au niveau des dents résiduelles
- B. Des problèmes de résorption difficiles à maîtriser
- C. Un déséquilibre somesthésique
- D. Des déséquilibres de résorption inter-arcade
- E. Toutes les réponses sont fausses

15. En prothèse complète uni-maxillaire, quelles sont les conséquences d'une surcharge masticatrice antérieure au niveau des dents résiduelles ?

- A. Le syndrome décrit par MONSON
- B. Une résorption des crêtes latérales mandibulaires
- C. Une résorption de la crête antérieure maxillaire
- D. L'apparition d'une crête flottante au niveau incisif maxillaire
- E. L'excroissance des tubérosités

16. En prothèse complète uni-maxillaire, quels sont les moyens disponibles pour évaluer l'orientation du plan d'occlusion ?

- A. Certains repères anatomiques
- B. Les techniques issues du concept de la sphère de KELLY
- C. La céphalométrie
- D. La technique du drapeau
- E. Toutes les réponses sont fausses

17. En prothèse complète uni-maxillaire, qu'est-ce que la calotte sphérique ?

- A. Un dispositif en forme de drapeau
- B. Un dispositif utilisé pour déterminer une courbe occlusale idéale
- C. Un dispositif qui représente une partie de la sphère de KELLY
- D. Un dispositif qui peut être monté sur certains articulateurs
- E. Toutes les réponses sont fausses

18. Quelle technique issue du concept de la sphère est utilisée pour analyser et corriger le plan occlusal mandibulaire en prothèse complète uni-maxillaire ?

- A. La méthode de la ligne droite
- B. La procédure du cercle parfait
- C. La méthode du carré magique
- D. La technique du triangle de force
- E. Toutes les réponses sont fausses

19. L'utilisation de la céphalométrie dans la prise en charge prothétique d'un édenté complet uni-maxillaire :

- A. Permet de déterminer l'orientation idéale du plan d'occlusion
- B. Est indiquée pour les cas simples
- C. Peut faire appel à l'analyse de Ricketts
- D. Impose d'employer un arc facial pour la mise en articulateur des modèles
- E. Les 4 propositions A, B, C et D sont fausses

20. Pourquoi préfère-t-on généralement extraire les dents résiduelles antérieures maxillaires lors d'un édentement subtotal ?

- A. Pour des raisons esthétiques
- B. Pour des raisons fonctionnelles
- C. Pour éviter les complications post-opératoires
- D. Pour maintenir le capital osseux
- E. Toutes les réponses sont fausses

21. Quel(s) avantage(s) est (sont) lié(s) à la conservation de racines en prothèse complète supra-radicaire ?

- A. La prothèse amovible est plus stable
- B. La conservation de racines diminue les risques de fractures prothétiques
- C. L'efficacité masticatrice est plus importante
- D. L'enfoncement de la prothèse est limité
- E. Le rapport Couronne clinique/Racine clinique est amélioré

22. Quel(s) inconvénient(s) à la conservation de racines en prothèse complète supra-radicaire ?

- A. La conservation de racines réduit les risques d'inflammation gingivale
- B. La conservation de racines est souvent à l'origine de contre-dépouilles vestibulaires

- C. La conservation de racines est souvent à l'origine d'une sur-épaisseur inesthétique de la fausse gencive
- D. Le montage des dents est souvent plus délicat
- E. Toutes les réponses sont fausses

23. (1) Un montage occlusal directeur est indiqué en prothèse complète supra-radulaire car (2) les chapes corono-radulaires sont confectionnées après la polymérisation des prothèses.

- A. La proposition (1) est vraie tandis que la (2) est fausse
- B. La proposition (1) est fausse tandis que la (2) est vraie
- C. Les propositions (1) et (2) sont fausses
- D. Les 2 propositions sont vraies avec lien de cause à effet
- E. Les 2 propositions sont vraies sans lien de cause à effet

24. (1) Un attachement de précision est un dispositif mécanique en quatre parties car (2) un attachement de précision est constitué d'une partie mâle, d'une partie femelle, d'une patrice et d'une matrice.

- A. La proposition (1) est vraie tandis que la (2) est fausse
- B. La proposition (1) est fausse tandis que la (2) est vraie
- C. Les propositions (1) et (2) sont fausses
- D. Les 2 propositions sont vraies avec lien de cause à effet
- E. Les 2 propositions sont vraies sans lien de cause à effet

25. Le schéma occlusal choisi en prothèse complète immédiate est :

- A. Déterminé par la nature de l'arcade antagoniste
- B. La protection canine si les canines antagonistes sont encore présentes
- C. Caractérisé par l'absence de contact sur les molaires du côté travaillant
- D. Caractérisé par des contacts du côté travaillant seulement
- E. Toutes les réponses sont fausses

26. (1) Lors de l'insertion post-extractionnelle d'une prothèse amovible complète immédiate, les bains de bouche sont conseillés dès le lendemain des extractions car (2) la prothèse ne doit pas être retirée pendant les 7 jours qui suivent sa mise en place.

- A. La proposition (1) est vraie tandis que la (2) est fausse
- B. La proposition (1) est fausse tandis que la (2) est vraie
- C. Les propositions (1) et (2) sont fausses
- D. Les 2 propositions sont vraies avec lien de cause à effet
- E. Les 2 propositions sont vraies sans lien de cause à effet

27. (1) Le rebasage indirect d'une prothèse amovible complète se fait au laboratoire de prothèse car (2) il est réalisé à l'aide de résine thermo-polymérisable.

- A. La proposition (1) est vraie tandis que la (2) est fausse
- B. La proposition (1) est fausse tandis que la (2) est vraie
- C. Les propositions (1) et (2) sont fausses
- D. Les 2 propositions sont vraies avec lien de cause à effet
- E. Les 2 propositions sont vraies sans lien de cause à effet

28. A propos du rebasage indirect d'une prothèse amovible complète :

- A. L'empreinte pour un rebasage nécessite des mouvements fonctionnels
- B. L'empreinte pour un rebasage doit être réalisée bouche ouverte
- C. L'empreinte pour un rebasage doit être coffrée
- D. Le rebasage est contre-indiqué lorsque l'orientation du plan d'occlusion est incorrecte
- E. Le rebasage est contre-indiqué en cas de dimension verticale d'occlusion sous-évaluée

29. Quelles sont les causes de fêlures ou de fractures des prothèses amovibles en résine ?

- A. Un déséquilibre de l'occlusion
- B. Un manque de stabilité de la prothèse
- C. Une mauvaise adaptation de la prothèse
- D. La présence de porosités dans la résine
- E. Un choc accidentel

30. A propos de la fabrication assistée par ordinateur (FAO) en PAC numérique d'usage :

- A. La FAO de la base prothétique peut se faire par usinage de disques en résine PMMA
- B. La FAO des dents prothétiques peut se faire par usinage de disques en résine PMMA
- C. La FAO peut se faire par impression 3D de résine
- D. La FAO par usinage augmente la précision d'adaptation des prothèses en bouche
- E. Toutes les réponses sont fausses

31. Concernant les reconstitutions partielles indirectes collées :

- A. Un onlay en céramique aura une résistance à l'abrasion proche de celle de l'émail.
- B. La réalisation d'un SDI (Scellement Dentinaire Immédiat) permet de créer un effondrement du réseau collagénique.
- C. La préparation d'un inlay doit si possible avoir une divergence des parois comprise entre 5 et 7 degrés, mais il est possible d'augmenter ce degré de divergence (collage à plat de type overlay) car des techniques de collage sont utilisées et non de scellement.
- D. Les crêtes marginales, le pont d'émail et le plafond pulpaire sont considérés comme des « poutres de résistance » influençant positivement une restauration sans recouvrement cuspidien.
- E. L'inlay reconstitue une paroi ou plus (en général la crête marginale) mais n'inclut pas de pointe cuspidienne.

32. Concernant les étapes des reconstitutions partielles indirectes collées :

- A. Un inlay ou onlay en céramique doit avoir une épaisseur de 0,5 à 1mm minimum.
- B. Les « table tops » peuvent avoir une épaisseur plus fine que les restaurations de type overlay en raison d'une sollicitation mécanique qui se fait essentiellement en compression lors des cycles masticatoires.
- C. Les « table tops » peuvent avoir une épaisseur de 0,5mm en cas de collage essentiellement amélaire (sur la table occlusale), car l'émail a une dureté plus proche de la céramique que la dentine, assurant un meilleur soutien.
- D. Lors de la séance de collage d'un onlay, en cas d'utilisation d'un système MR3, on appliquera systématiquement le primer et le bonding après avoir microsablé et mordancé la dent.
- E. Lors de la réalisation d'un SDI, dans la mesure du possible, celui-ci ne doit pas être réalisé sur l'émail.

33. Concernant les reconstitutions partielles indirectes collées :

- A. Un microsablage de la dent doit être réalisé avant de faire le SDI.
- B. Le microsablage de la dent doit se faire avec de l'oxyde d'aluminium à 110 µm.
- C. Le microsablage de la pièce prothétique se fera idéalement avec de l'alumine 70 µm.
- D. Il existe deux techniques de fabrication en laboratoire de prothèse pour les onlays en céramique à base de disilicate de lithium.
- E. L'onlay reconstitue au moins une cuspidale alors que l'overlay reconstitue l'intégralité de la face occlusale.

34. Concernant les reconstitutions partielles indirectes collées :

- A. L'application du silane se fait après le mordantage/rinçage de la pièce prothétique et permet un couplage chimique de celle-ci : on parle d'un agent de couplage.
- B. Le silane doit avoir un aspect brillant après son application et son séchage.
- C. Pour la temporisation, il est possible d'utiliser une résine chargée en particules élastomériques (TélioCS Onlay®) ou une résine bis-acryl.
- D. Lors de la séance de préparation, la teinte doit être prise en début de séance.
- E. Il est judicieux de contrôler l'occlusion à l'aide d'un papier d'occlusion avant de réaliser la préparation d'inlay/onlay.

35. Concernant la préparation des reconstitutions partielles indirectes collées :

- A. Les parois résiduelles doivent toujours faire plus de 3 mm d'épaisseur.
- B. Sur une dent vivante, la paroi résiduelle peut avoir une épaisseur plus fine que sur une dent traitée endodontiquement.
- C. Certains paramètres tels que la position anatomique de la dent et/ou de la cuspide peuvent influencer notre décision de recouvrement cuspidien.
- D. Certains paramètres tels que l'occlusion générale et la musculature du patient peuvent influencer notre décision de recouvrement cuspidien.
- E. En cas de réalisation d'un inlay, l'isthme doit avoir une épaisseur ≥ 1 mm.

36. Concernant les reconstitutions partielles indirectes collées :

- A. Les limites de la préparation doivent autant que possible se trouver à distance des points d'occlusion de la dent antagoniste.
- B. Le microsablage de la dent peut risquer de détériorer la couche hybride du SDI en cas de non-application d'une faible épaisseur de composite flow.
- C. Lors de la préparation d'un inlay, il est recommandé d'avoir des limites à distance du point de contact proximal.
- D. Lors de la séance d'assemblage, il est nécessaire d'appliquer de l'adhésif sur l'intrados de la pièce prothétique avant la mise en place du silane.
- E. Lors de la séance d'assemblage, il est obligatoire d'appliquer de l'adhésif sur l'intrados de la pièce prothétique après la mise en place du silane.

37. Concernant les systèmes contemporains de collage :

- A. L'acide orthophosphorique a pour effet d'éliminer sélectivement les fibres de collagène.
- B. L'application d'acide orthophosphorique sur l'émail permet d'augmenter l'énergie de surface et donc la mouillabilité de l'émail lors de l'application d'adhésif.
- C. Les systèmes adhésifs universels peuvent contenir du 10 YTZP.
- D. L'application du primer permet la création de tags résineux au sein des tubulis de la dentine.
- E. L'acide fluorhydrique doit être positionné sur l'onlay en composite avant d'appliquer le silane.

38. Concernant le collage d'un inlay :

- A. Le silane appliqué sur la pièce sera systématiquement photopolymérisé.
- B. Nous pouvons utiliser un insert à bout mousse pour son insertion complète en cas de collage au composite de restauration réchauffé.
- C. Il est nécessaire d'essayer à nouveau la pièce une fois le champ opératoire posé en cas de multiclampage.
- D. Il est nécessaire de faire fermer le patient pour vérifier l'absence de sur-occlusion ou de sous-occlusion majeure, en veillant à ce que le patient ne serre pas trop fort au risque de fracturer la pièce prothétique qui est fragile avant tout collage.

- E. Le silane permet de créer une liaison entre la silice de la céramique de l'onlay et les monomères de la résine utilisée pour le collage.

39. Concernant le collage d'un inlay vitrocéramique au disilicate de lithium

- A. Il peut s'agir d'un inlay réalisé en e.max® Press impliquant l'usinage de la future pièce prothétique.
- B. Le mordantage de l'inlay doit être fait à l'acide fluorhydrique.
- C. Le mordantage de l'inlay doit être fait pendant 20 secondes.
- D. Le mordantage permet d'attaquer la phase vitreuse de la céramique pour créer des micro-rétentions mécaniques.
- E. Le mordantage de l'émail dentaire peut se faire à l'acide chlorhydrique en présence de restes d'adhésif sur la préparation.

40. Concernant le collage d'un onlay composite :

- A. Il peut s'agir d'un onlay en e.max® CAD.
- B. Le mordantage doit être fait pendant 20 secondes.
- C. Le sablage doit être fait avec des particules d'Al₂O₃, 30 à 50 microns à 2 bars.
- D. Il est nécessaire d'appliquer du silane après le mordantage et rinçage de la pièce.
- E. Toutes les réponses sont fausses.



FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON
Année universitaire 2024-2025 FASO1

SUJET D'EXAMEN- SEMESTRE 2 – SESSION 1
Epreuve : ODM101M3 UE1 TD O.C.E.

Responsables : Pr FARGE et Dr RICHERT

DATE : 20/05/25

DUREE : 1h

BAREME APOGEE : 20

NOMBRE DE POINTS ATTRIBUES (à chaque question) : 0.45

INTITULE DU SUJET D'EXAMEN

QUESTION(S) : 44 Questions

Pour chaque question, une seule réponse est correcte parmi les 5 propositions. Chaque question est notée sur 1 point pour une réponse juste et 0 point pour une réponse fausse.

NOM DU CORRECTEUR (pour chaque question) :

Dr R. RICHERT – Pr. P. FARGE

Grille QCU (Question à Choix Unique) correction automatisée

Question 1

Vous recevez un patient adulte porteur d'une cardiopathie congénitale complexe traitée avec implantation d'une prothèse valvulaire aortique il y a plus de 6 mois, sans complications post-opératoires. Vous devez réaliser le traitement endodontique initial de la dent n°46. Vous devez réaliser le traitement endodontique initial de la dent n°46. Prescrivez vous une antibioprophylaxie, si oui avec quel antibiotique?

- A) Non, aucune antibioprophylaxie n'est indiquée
- B) Oui, l'amoxicilline 2G 1h avant le geste
- C) Oui l'amoxicilline 4G 2h avant le geste
- D) Oui la spiramycine 500MG 2h avant le geste
- E) Oui, l'azithromycine 4G 2h avant le geste

Question 2

Un patient adulte greffé rénal depuis 5 ans est sous traitement immunosuppresseur associant inhibiteurs de la calcineurine, corticoïdes et antimétabolites. Son dernier hémogramme montre un taux de polynucléaires neutrophiles de $756/\text{mm}^3$. Parmi les procédures endodontiques suivantes, lesquelles nécessitent une antibioprophylaxie pour la prise en charge d'une dent permanente mature?

- A) Aucune
- B) Le coiffage pulpaire indirect
- C) Le coiffage pulpaire direct
- D) La pulpectomie
- E) La pose de champ opératoire

Question 3

Chez un patient de 78 ans, traité depuis 6 ans par bisphosphonates oraux pour ostéoporose, sans autres facteurs de risque, quelles procédures endodontiques nécessitent une antibioprophylaxie pour la prise en charge d'une dent permanente mature?

- A) Aucune
- B) Le coiffage pulpaire indirect
- C) Le coiffage pulpaire direct
- D) La pulpectomie
- E) La pose de champ opératoire

Question 4

Chez un patient présentant une communication interventriculaire (CIV) non opérée, quelles procédures endodontiques sont contre-indiquées pour la prise en charge d'une dent permanente mature?

- A) Aucune
- B) Le coiffage pulpaire indirect
- C) La pulpotomie cervicale
- D) La pulpectomie
- E) Le retraitement non-chirurgical

Question 5

Chez un patient présentant un rétrécissement aortique sévère non opéré, quelles procédures endodontiques sont contre-indiquées pour la prise en charge d'une dent permanente mature?

- A) Aucune
- B) Le coiffage pulpaire indirect
- C) La pulpotomie
- D) La pulpectomie
- E) La pose de champ opératoire en gencive inflammatoire

Question 6

Quels gestes sont contre-indiqués en présence d'un patient présentant un antécédent d'endocardite infectieuse il y a plus de 20,5 ans pour la prise en charge d'une dent permanente mature?

- A) Aucun
- B) Le coiffage pulpaire indirect (donc sans exposition)
- C) La pulpotomie
- D) La pulpectomie
- E) La pose de champ opératoire en gencive inflammatoire

Question 7

Quels gestes sont contre-indiqués en présence d'un patient porteur d'une pompe d'assistance ventriculaire pour la prise en charge d'une dent permanente mature?

- A) Aucun
- B) Le coiffage pulpaire indirect
- C) Le coiffage pulpaire direct
- D) La pulpectomie
- E) Le retraitement chirurgical

Question 8

Quel acte génère le plus grand taux de bactériémie?

- A) Les retraitements endodontiques
- B) Les traitements endodontiques initiaux
- C) Le passage des brossettes interdentaires
- D) Le brossage des dents
- E) La mastication

Question 9

Une patiente de 78 ans est adressée car elle doit se faire opérer pour remplacement de sa prothèse de hanche dans deux semaines. La patiente ne présente aucune douleur dentaire. Vous réalisez une radiographie rétroalvéolaire de contrôle. Quelle est votre attitude thérapeutique?



- A) Abstention thérapeutique afin d'éviter la dissémination des bactéries
- B) Retraitement endodontique par voie orthograde
- C) Retraitement endodontique par voie rétrograde
- D) Retraitement endodontique par voie orthograde puis rétrograde
- E) Avulsion

Question 10

Une patiente de 78 ans est reçue en urgence pour un bilan buccodentaire pré-thérapeutique avant une radiothérapie mammaire. La patiente ne présente aucune douleur dentaire. Vous réalisez une radiographie rétroalvéolaire de contrôle. Quelle est votre attitude thérapeutique?



- A) Abstention thérapeutique afin d'éviter la dissémination des bactéries
- B) Retraitement endodontique par voie orthograde et demande de report de l'opération
- C) Retraitement endodontique par voie rétrograde
- D) Retraitement endodontique par voie orthograde puis rétrograde
- E) Avulsion

Question 11

Une patiente de 78 ans est adressée car elle doit se faire opérer pour remplacement de sa prothèse de hanche dans deux semaines. La patiente ne présente aucune douleur dentaire. Vous réalisez une radiographie rétroalvéolaire de contrôle sur la dent n°25. Quelle est votre attitude thérapeutique?



- A) Abstention thérapeutique
- B) Retraitement endodontique par voie orthograde et demande de report de l'opération
- C) Retraitement endodontique par voie rétrograde
- D) Retraitement endodontique par voie orthograde puis rétrograde
- E) Avulsion

Question 12

Vous avez reçu Mme X en urgences il y a 6 mois car sa couronne est tombée. Vous avez rescellé la couronne avec un ciment définitif. La patiente vous rappelle à ce jour car elle doit débuter prochainement une cure de chimiothérapie. La radiographie de ce jour est la suivante et l'inlay core ne semble plus étanche, quelle est votre attitude thérapeutique?



- A) Maintien de la couronne sans retraitement endodontique
- B) Retraitement endodontique par voie orthograde
- C) Retraitement endodontique par voie rétrograde
- D) Retraitement endodontique par voie orthograde puis rétrograde
- E) Avulsion

Question 13

Vous recevez Mme Goa 73 ans en urgences qui a des douleurs qui remontent depuis deux semaines. La patiente est atteinte par le VIH au stade SIDA, avec un taux de lymphocytes CD4 à 102/mm³. La radiographie est la suivante. A l'examen clinique la dent n° 24 est douloureuse à la palpation. Quelle est votre prise en charge sur la dent n°24?



- A) Abstention et suivi régulier
- B) Conduite du traitement endodontique sans antibioprofylaxie ni antibioprothérapie
- C) Conduite du traitement endodontique sous antibioprofylaxie
- D) Conduite du traitement endodontique sous antibiothérapie
- E) Avulsion sous antibiothérapie

Question 14

Vous recevez Mr Zi 43 ans en urgences car il a des douleurs lors des repas. Le patient est diabétique son taux d'hémoglobine glyquée HbA1C est de 7,1%. A l'examen clinique, le test de percussion est positif, le test de palpation est négatif et la gencive est saine autour de la dent. La radiographie est la suivante. Quelle est votre prise en charge sur la dent n°37?



- A) Abstention et suivi régulier
- B) Conduite du traitement endodontique sans antibioprofylaxie ni antibioprothérapie
- C) Conduite du traitement endodontique sous antibioprofylaxie
- D) Conduite du traitement endodontique sous antibiothérapie
- E) Avulsion sous antibiothérapie

Question 15

Vous avez reçu Mme Oha âgée de 27 ans pour un bilan buccodentaire avant début d'une chimiothérapie. A l'examen clinique, toutes les dents sont vivantes; vous observez une fistule cervicale sur la dent n°22 et un sondage ponctuel associé. La radiographie associée est la suivante, quelle est votre attitude thérapeutique?



- A) Abstention thérapeutique
- B) Conduite du traitement endodontique sur 22
- C) Conduite du traitement endodontique et traitement parodontal sur 22
- D) Traitement parodontal uniquement sur 22
- E) Avulsion de 22

Question 16

Vous examinez en consultation une patiente de 78 ans se plaignant de tassements alimentaires récurrents. La patiente a été traitée par radiothérapie pour un carcinome épidermoïde de l'oropharynx il y a 5 ans. L'irradiation a concerné la mandibule, avec une dose de 70 Gy. La radiographie rétroalvéolaire de contrôle est la suivante. La dent n°45 ne répond pas au test de sensibilité au froid. Quelle est votre attitude thérapeutique?



- A) Abstention thérapeutique
- B) Eviction carieuse partielle et restauration cvi
- C) Eviction carieuse totale et réalisation d'une restauration composite
- D) Conduite du traitement endodontique et réalisation d'une couronne définitive
- E) Avulsion

Question 17

Vous examinez en consultation une patiente de 68 ans se plaignant d'un écoulement purulent permanent dans le secteur maxillaire gauche. La patiente a été traitée il y a 2 ans par chimiothérapie au cisplatine. À l'examen clinique, la dent n°26 est en mobilité 3 et présente une fistule associée à une poche parodontale de 8mm en mésial, vestibulaire et en distal. Quelle est votre attitude thérapeutique?



- A) Abstention thérapeutique
- B) Conduite du retraitement endodontique par voie orthograde et réalisation d'une couronne définitive
- C) Conduite du traitement endodontique par voie rétrograde et réalisation d'une couronne définitive
- D) Réalisation d'une couronne définitive sans retraitement
- E) Avulsion

Question 18

Vous examinez en consultation une patiente de 88 ans en bonne santé. Elle ne se souvient plus d'où se trouve l'ancienne couronne qui ne fait que tomber depuis plus de 4 ans. A l'examen clinique vous détectez un sondage ponctuel de 7mm en vestibulaire de l'incisive maxillaire latérale. La radiographie rétroalvéolaire est la suivante. Quelle est votre attitude thérapeutique?



- A) Abstention thérapeutique
- B) Réalisation de la nouvelle couronne définitive sans retraitement endodontique
- C) Conduite du traitement endodontique et réalisation d'une couronne définitive
- D) Conduite du traitement endodontique par voie rétrograde et réalisation d'une couronne définitive
- E) Avulsion

Question 19

Vous recevez Mme Zu 81 ans pour contrôle à 6 mois à la suite d'un retraitement endodontique de la dent n°35. Depuis, la patiente a commencé un traitement par chimiothérapie au cisplatine. La dent n'est pas symptomatique et la radiographie est la suivante. Quelle est votre attitude thérapeutique?



- A) Abstention et nouveau contrôle à un an
- B) Retraitement endodontique par voie orthograde
- C) Retraitement endodontique par voie rétrograde
- D) Retraitement endodontique par voie orthograde puis rétrograde
- E) Avulsion

Question 20

Vous réalisez un traitement endodontique sur la dent 36 d'un patient en bonne santé. Vous avez choisi de réaliser l'obturation de cette dent par thermocompactage. La radiographie de contrôle montre cependant un dépassement de pâte important. Quelles causes peuvent expliquer ce dépassement ?



- A) Ajustage du maître cône de gutta-percha inadapté au canal préparé.
- B) Absence d'utilisation d'un cône accessoire.
- C) Insuffisance de l'irrigation canalaire pendant la préparation du canal.
- D) Préparation canalaire insuffisante.
- E) Faute à pas de chance, la prochaine fois sera la bonne.

Question 21

Quels sont les facteurs pris en compte dans la surveillance de l'infection par le VIH ?

- A) Dans la surveillance de l'infection par le VIH, on prend en compte le taux de lymphocytes T4 et la charge virale.
- B) Dans la surveillance de l'infection par le VIH, on ne prend en compte aucun facteur.
- C) Dans la surveillance de l'infection par le VIH, on prend en compte la glycémie et le taux d'hémoglobine.
- D) Dans la surveillance de l'infection par le VIH, on prend en compte la température corporelle et le poids corporel.
- E) Dans la surveillance de l'infection par le VIH, on prend en compte la tension artérielle et le taux de cholestérol.

Question 22

Qu'est-ce que l'antibiothérapie prophylactique ?

- A) L'administration d'un antibiotique pour prévenir le développement d'une infection bactérienne
- B) L'administration d'un antiviral pour traiter une infection virale
- C) L'administration d'un antifongique pour prévenir le développement d'une infection fongique
- D) L'administration d'un antibiotique pour traiter une infection bactérienne
- E) L'administration d'un antiviral pour prévenir le développement d'une infection virale

Question 23

Quelle est la posologie usuelle d'amoxicilline en antibiothérapie prophylactique ?

- A) 2 g, 1 heure avant le geste à risque
- B) 3 g, 1 heure avant le geste à risque
- C) 2 g 1 heure avant le geste à risque suivi de 1g matin et soir pendant sept jours
- D) 2 g 1 heure avant le geste à risque suivi de 1g matin, midi et soir pendant sept jours
- E) 3 g 1 heure avant le geste à risque suivi de 1g matin et soir pendant sept jours

Question 24

Vous recevez en urgence un patient de 17 ans, sans antécédents médicaux notables, présentant un abcès apical aigu sur la dent 17 traitée endodontiquement et couronnée. Le patient signale une allergie aux pénicillines et a pris de l'ibuprofène pour la douleur. Prescrivez-vous une antibiothérapie si oui avec quel antibiotique?

- A) Non, aucune antibiothérapie n'est indiquée
- B) Oui, la clindamycine
- C) Oui l'azithromycine
- D) Oui la spiramycine
- E) Oui, pristinamycine

Question 25

Vous recevez un patient présentant une allergie aux pénicillines. Il est porteur d'une bioprothèse valvulaire aortique implantée par voie percutanée il y a plus de 6 mois et sans complications post-opératoires. Vous devez réaliser le traitement endodontique initial de la dent n°16. Prescrivez vous une antibioprofylaxie, si oui avec quel antibiotique?

- A) Non, aucune antibioprofylaxie n'est indiquée
- B) Oui, la clindamycine
- C) Oui l'azithromycine
- D) Oui la spiramycine
- E) Oui, la pristinamycine

Question 26

Vous recevez un patient présentant une allergie aux pénicillines. Il est diabétique, son taux d'hémoglobine glyquée est de 8,3%. Vous devez conduire le retraitement endodontique de la dent n°46 abcédée. Prescrivez vous une antibioprofylaxie, si oui avec quel antibiotique?

- A) Non, aucune antibioprofylaxie n'est indiquée
- B) Oui, la clindamycine
- C) Oui l'azithromycine
- D) Oui la spiramycine
- E) Oui, la pristinamycine

Question 27

Vous recevez un patient de 56 ans présentant une allergie aux pénicillines, des antécédents d'endocardite infectieuse, une bradycardie sinusale, et un traitement en cours pour un allongement de l'intervalle QT. Vous devez conduire la pulpectomie de la dent n°46. Prescrivez vous une antibioprofylaxie, si oui avec quel antibiotique?

- A) Non, aucune antibioprofylaxie n'est indiquée
- B) Oui, la clindamycine
- C) Oui l'azithromycine
- D) Oui la spiramycine
- E) Oui, la pristinamycine

Question 28

Vous recevez monsieur G âgé de 27 ans. Il n'a aucune douleur à ce jour mais aimerait faire un éclaircissement. Il a bientôt un entretien d'embauche. De multiples dents sont cariées et la dent n°46 est à l'état de racine.



- A) La prise en charge doit débuter par l'éclaircissement pour être professionnel avec le patient.
- B) La prise en charge doit débuter par l'avulsion de la dent n°46.
- C) La prise en charge doit débuter par la gestion des lésions carieuses arrêtées.
- D) La prise en charge doit débuter par la gestion des lésions carieuses actives et à proximité pulpaire.
- E) La prise en charge doit débuter par le traitement endodontique de la dent n°36.

Question 29

Vous recevez monsieur Q 55 ans, en contrôle annuel, qui vous dit avoir un pacemaker et également allergique au latex. La dent n°46 asymptomatique a été traitée il y a 5 ans. Vous effectuez une radiographie rétroalvéolaire. Quelle affirmation vous semble juste?



- A. La dent n°46 est probablement en parodontite apicale chronique.
- B. Le traitement endodontique semble dense et à la longueur de travail.
- C. La restauration coronaire ne semble pas radiographiquement être étanche.
- D. Si le traitement endodontique ne peut être réalisé lors de la séance, il est préférable de placer la patiente sous antibiothérapie.
- E. La dent n°46 doit être extraite sous antibioprofylaxie 2h avant le geste.

Question 30

Vous recevez en consultation Monsieur R., 75 ans, présentant une insuffisance cardiaque sévère (stade NYHA III) et traité par Plavix (clopidogrel). La dent n°26 a été traitée endodontiquement il y a 5 ans. À l'examen clinique, la dent n°26 est douloureuse à la percussion, et le sondage est de 3mm tout autour de la dent. Vous effectuez une radiographie rétroalvéolaire. Quelle affirmation vous semble juste?



- A. La dent n°26 est en parodontite apicale chronique.
- B. Le traitement endodontique semble dense uniquement sur le canal palatin.
- C. La présence d'une infection péri-apicale est certainement en lien avec une pathologie endo-parodontale.
- D. La présence d'une infection péri-apicale est certainement en lien avec la persistance de micro-organismes intracanaux.
- E. Le canal MV2 est présent dans 35% des premières molaires maxillaires.

Question 31

Quel est la cause la plus probable pouvant expliquer la présence d'une pathologie péri-apicale dans cette situation clinique?



- A. La longueur des racines
- B. L'absence d'étanchéité de la restauration actuelle
- C. L'état médical du patient
- D. L'absence de traitement du canal MV2
- E. La courbure canalaire

Question 32

Vous recevez monsieur Var 45 ans, présentant une hépatite C et un taux de transaminases normal. Il décrit une gêne secteur 4. A l'examen clinique, la dent n°46 est sensible à la percussion. Vous effectuez une radiographie rétroalvéolaire. Quelle affirmation vous semble correcte?



- A. La dent n°46 est en parodontite apicale chronique.
- B. L'obturation canalaire semble dense et être à la LT radiographiquement.
- C. La présence d'une infection péri-apicale est certainement en lien avec une pathologie endo-parodontale.
- D. L'anesthésie tronculaire est formellement contre indiquée compte tenu du risque de saignement chez les patients atteints d'hépatite C.
- E. En raison de l'hépatite C, le retraitement endodontique doit être réalisé sous antibioprofylaxie.

Question 33

Vous recevez monsieur Var 45 ans, présentant une hépatite C et un taux de transaminases normal. Il décrit une gêne secteur 4. A l'examen clinique, la dent n°46 est sensible à la percussion. Vous effectuez une radiographie rétroalvéolaire. Quelle affirmation vous semble correcte?



- A. La structure dentaire résiduelle est probablement faible.
- B. La présence d'un ancrage radiculaire constitue un facteur favorable de survie.
- C. Si l'obturation canalaire ne peut être réalisée dans la séance, il est préférable de placer le patient sous antibiotiques.
- D. La dent présente actuellement un score PAI (periapical index) de 1.
- E. La dent présente ici une fracture verticale radiculaire et doit être extraite.

Question 34

Quel facteur jugez vous ici le plus critique pour la restauration de la dent et sa survie sur l'arcade à long terme?



- A. La présence d'une image radioclaire apicale
- B. La présence de matériaux intracanaux
- C. L'état médical du patient
- D. La finition apicale
- E. La structure dentaire résiduelle

Question 35

Vous devez prendre en charge plusieurs situations cliniques. Après un examen clinique initial approfondi, vous ne constatez aucune différence significative entre les patients et les dents concernées. Les radiographies rétroalvéolaires suivantes sont à votre disposition. Classez les situations cliniques présentées ci-dessous par ordre croissant de complexité, en vous basant sur l'analyse radiographique et en anticipant la difficulté du traitement endodontique.

A) 1<2<3 B) 1=2=3 C) 2<1<3 D) 2<3<1 E) 3<2<1



Situation 1



Situation 2



Situation 3

Question 36

Vous devez prendre en charge plusieurs situations cliniques. Après un examen clinique initial approfondi, vous ne constatez aucune différence significative entre les patients et les dents concernées. Les radiographies rétroalvéolaires suivantes sont à votre disposition. Classez les situations cliniques présentées ci-dessous par ordre croissant de complexité, en vous basant sur l'analyse radiographique et en anticipant la difficulté du traitement endodontique.

- A) 1<2<3 B) 3<2<1 C) 2<1<3 D) 2<3<1 E) 3<1<2



Situation 1



Situation 2



Situation 3

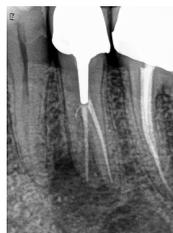
Question 37

Vous devez prendre en charge plusieurs situations cliniques. Après un examen clinique initial approfondi, vous ne constatez aucune différence significative entre les patients et les dents concernées. Les radiographies rétroalvéolaires suivantes sont à votre disposition. Classez les prises en charge présentées ci-dessous par ordre croissant de complexité de traitement endodontique, en vous basant sur l'analyse radiographique et en anticipant la difficulté du traitement endodontique.

- A) 1<2<3 B) 3<2<1 C) 2<1<3 D) 2<3<1 E) 3<1<2



Situation 1



Situation 2



Situation 3

Question 38

Vous devez prendre en charge plusieurs situations cliniques. Après un examen clinique initial approfondi, vous ne constatez aucune différence significative entre les patients et les dents concernées. Les radiographies rétroalvéolaires suivantes sont à votre disposition. Classez les situations cliniques présentées ci-dessous par ordre croissant de durée de survie de la dent, en vous basant sur l'analyse radiographique et en tenant compte des facteurs pronostiques endodontiques.

- A) 1<2<3 B) 1=2=3 C) 2<1<3 D) 2<3<1 E) 3<1<2



Situation 1



Situation 2



Situation 3

Question 39

Vous devez prendre en charge plusieurs situations cliniques. Après un examen clinique initial approfondi, vous ne constatez aucune différence significative entre les patients et les dents concernées. Les radiographies rétroalvéolaires suivantes sont à votre disposition. Classez les situations cliniques présentées ci-dessous par ordre croissant de durée de survie de la dent, en vous basant sur l'analyse radiographique et en tenant compte des facteurs pronostiques endodontiques.

- A) 1<2<3 B) 3<2<1 C) 2<1<3 D) 2<3<1 E) 3<1<2



Situation 1



Situation 2



Situation 3

Question 40

Vous devez prendre en charge plusieurs situations cliniques. Après un examen clinique initial approfondi, vous ne constatez aucune différence significative entre les patients et les dents concernées. Les radiographies rétroalvéolaires suivantes sont à votre disposition. Classez les situations cliniques présentées ci-dessous par ordre croissant de durée de survie de la dent, en vous basant sur l'analyse radiographique et en tenant compte des facteurs pronostiques endodontiques.

- A) 1<2<3 B) 3<2<1 C) 2<1<3 D) 2<3<1 E) 3<1<2



Situation 1



Situation 2



Situation 3

Question 41

Quel instrument n'est pas nécessaire pour mener à bien ce traitement endodontique?



- A)
- B)
- C)
- D)
- E)

Question 42

Quel instrument n'est pas nécessaire pour mener à bien ce traitement endodontique?



A) 

B) 

C) 

D) 

E) 

Question 43

Concernant l'évaluation du succès d'un traitement endodontique sur une dent présentant une LIPOE initiale. Quelle proposition est juste?

A- Elle se fait uniquement sur un cliché radiographique

B- L'absence de signes cliniques (douleur, sensibilité) est cependant un indicateur suffisant de succès du traitement endodontique.

C- Elle se fait classiquement dès 1 mois et jusqu'à 6 mois

D- Elle se fait classiquement dès 6 mois et jusqu'à 4 ans

E- La restauration coronaire de la dent doit être différée jusqu'à confirmation radiographique de la guérison de la LIPOE.

Question 44

Concernant la zone apicale décrite par Kuttler, quelle proposition est juste?

A- Dans 80% des cas, le foramen sort sur la surface radulaire, au niveau de l'apex anatomique

B- Dans 80% des cas, l'apex radiographique se confond avec le niveau de l'apex anatomique

C- La constriction apicale se trouve à la jonction des sommets de 2 cônes: le cône dentinaire et le cône cémentaire

D- La jonction cémento-dentinaire est une zone très marquée et facilement identifiable

E- Aucune de ces propositions n'est vraie

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON
Année universitaire 2024-2025 FASO1

SUJET D'EXAMEN- SEMESTRE 2 – SESSION 1

Epreuve : UE6 M1 PARODONTOLOGIE

Responsable : Dr SY

DATE : 29/05/24

DUREE : 1h00

BAREME APOGEE : 20

NOMBRE DE POINTS ATTRIBUES (à chaque question)

INTITULE DU SUJET D'EXAMEN

QUESTION(S) :

NOM DU CORRECTEUR (pour chaque question) : Dr K. SY

Question 1 : (5 points)

Nous vous invitons à répondre à toutes les questions. Pour chaque question :

- **Entourez la réponse** qui vous semble correcte. Une seule proposition est correcte.
- **Entourez votre degré de certitude** que votre réponse est correcte

1. La cicatrisation naturelle du parodonte en l'absence d'intervention donne : (1 point)

- A. Une nouvelle attache cémentaire
- B. Un long épithélium de jonction
- C. Une régénération fonctionnelle totale
- D. Une structure plus résistante à l'agression bactérienne
- E. Un gain osseux spontané

Degré de certitude :

0	20	40	60	80	100
---	----	----	----	----	-----

2. En péri-implantite, les traitements non chirurgicaux :

- A. Sont suffisants pour traiter toutes les péri-implantites
- B. Permettent à eux seuls de stabiliser la pathologie.
- C. Sont systématiquement associés à un gain osseux
- D. Incluent le débridement mécanique
- E. Sont toujours complétés par une antibiothérapie

Degré de certitude :

0	20	40	60	80	100
---	----	----	----	----	-----

3. Le lien entre parodontite et diabète implique :

- A. Une influence uniquement locale
- B. Une réduction de la réponse inflammatoire
- C. La production de produits terminaux de glycation
- D. Un impact sur le temps de saignement
- E. Une aggravation du diabète après traitement parodontal

Degré de certitude :

0	20	40	60	80	100
---	----	----	----	----	-----

4. Concernant la classification de Hamp pour les lésions de furcation :

- A. Classe I : perte osseuse complète interradiculaire
- B. Classe II : perte osseuse partielle interradiculaire, sans communication complète
- C. Classe III : perte osseuse limitée à la jonction amélo-cémentaire
- D. Classe II : communication totale interradiculaire
- E. Classe I : perte osseuse sévère interradiculaire

Degré de certitude :

0	20	40	60	80	100
---	----	----	----	----	-----

5. Sur la radiographie rétro-alvéolaire ci-dessous, au niveau de 32, l'alvéolyse de sa 24 est d'environ : (1 point)



- A. 10%
- B. 40%
- C. 60%
- D. 30%
- E. 90%

Degré de certitude :

0	20	40	60	80	100
---	----	----	----	----	-----

Question 2 : (3 points)

Une patiente de 65 ans, non fumeuse, porte des implants depuis 8 ans. Vous observez à l'examen clinique, un sondage de 7mm en 1 site et une suppuration au niveau de l'implant 24

2.1. Citez sous forme de tirets, quels autres examens/ examens complémentaires vous pouvez réaliser ?

-
-
-
-
-
-

2.2. Quel est le diagnostic ?

2.3. Quel traitement proposer en première intention ?

Question 3 : (2 points)

Un patient de 50 ans, diabétique équilibré, présente une parodontite stade 3 grade B. Après traitement non chirurgical, vous constatez la persistance de poches parodontales (figure 1).

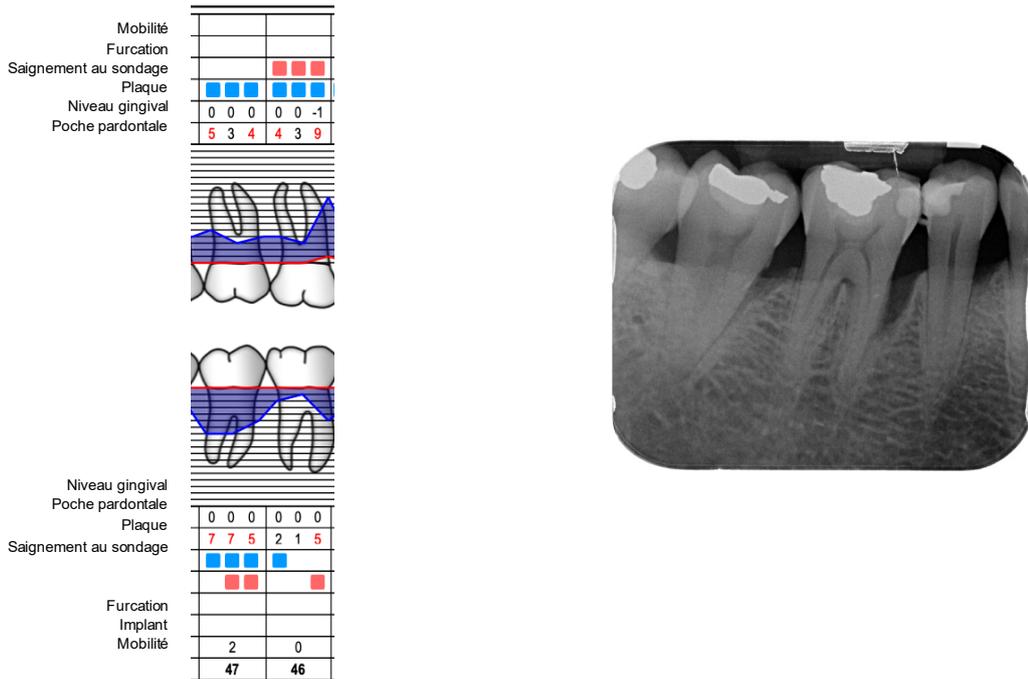


Figure 1 : Charting parodontal et radiographie rétro-alvéolaire de 46 et 47 après la deuxième réévaluation

3.1. Quelle stratégie thérapeutique proposez-vous ?

3.2. Quel est l'impact du diabète sur votre choix thérapeutique ?

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON
Année universitaire 2023-2024 FASO1

SUJET D'EXAMEN– SEMESTRE 2 – SESSION 1
Epreuve : ODM106M3 UE6 Implantologie

Responsable : Dr VEYRE

DATE : 30/05/24

DUREE : 1h00

BAREME APOGEE : 60

NOMBRE DE POINTS ATTRIBUES (à chaque question)

INTITULE DU SUJET D'EXAMEN

Une copie différente par correcteur

QUESTION 1 : Docteur Thomas FORTIN (30 points)

Un patient de 55 ans se présente à votre cabinet pour une évaluation pré-implantaire. Il est partiellement édenté au niveau de la région postérieure mandibulaire droite. Vous décidez de réaliser une radiographie pré-implantaire pour planifier le traitement.

Quelle technique radiographique serait la plus appropriée pour évaluer la quantité et la qualité osseuse dans cette région ? Justifiez votre réponse.

Décrivez les structures anatomiques importantes que vous devez identifier sur la radiographie pour éviter des complications lors de la pose de l'implant.

Quels sont les critères radiologiques que vous utiliserez pour déterminer si le patient est un bon candidat pour un implant dentaire dans cette région ?

Si vous découvrez une insuffisance osseuse verticale ou horizontale, quelles options thérapeutiques pouvez-vous envisager avant la pose de l'implant ?

4 pages pour la réponse à cette question

QUESTION 1 : Docteur Sophie VEYRE (30 points)

Quelles sont les structures anatomiques pouvant être considérées comme des obstacles anatomiques lors de la pose d'un implant à la mandibule ?

4 pages pour la réponse à cette question

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON
Année universitaire 2024-2025 FASO1

SUJET D'EXAMEN– SEMESTRE 2 – SESSION 1
Epreuve : ODM116M2 UE7 Orthopédie Dento-Faciale

Responsable : Dr PERNIER

DATE : 19/05/25

DUREE : 1h00

BAREME APOGEE : 40

INTITULE DU SUJET D'EXAMEN

Questionnaire à Choix Multiples, 80 QCM (65 Dr PERNIER – 15 DR CHAUTY)

Correcteur : Dr PERNIER et CHAUTY

Nombre de points attribués : 40 points soit 0,5 point par QCM

Modalités :

- Répondre sur la grille de QCM nominative, de préférence au stylo noir.
- Cocher les propositions justes.
- 1 ou plusieurs bonne(s) réponse(s) possible(s)
- Chaque QCM est validé lorsque ses 5 éléments de réponse (A-B-C-D-E) correspondent au corrigé type. Chaque QCM est donc juste ou faux (= notation binaire).

QCM 1

Parmi les traitements préventifs, on retrouve :

- A. certaines extractions
- B. le mouchage
- C. la tétine orthodontique
- D. le mainteneur d'espace
- E. le disjoncteur

QCM 2

Un traitement interceptif :

- A. est un traitement précoce.
- B. vise à corriger précocement une malocclusion, afin d'éviter qu'elle ne s'aggrave.
- C. peut être orthopédique.
- D. est toujours suivi d'un traitement en denture définitive.
- E. est parfois suivi d'une contention.

QCM 3

Un traitement orthodontique :

- A. peut avoir lieu à n'importe quel âge, dès lors que toutes les dents sont présentes.
- B. intéresse toujours exclusivement les procès alvéolaires.
- C. peut également avoir une action basale, sous certaines conditions.
- D. utilise des forces, généralement, plus lourdes que les traitements orthopédiques.
- E. est toujours suivi d'une contention.

QCM 4

Un traitement orthopédique :

- A. intéresse exclusivement les bases osseuses.
- B. intéresse exclusivement les procès alvéolaires.
- C. vise à corriger un problème basal mais a également une action alvéolaire.
- D. est toujours suivi d'une phase orthodontique.
- E. ne peut avoir lieu qu'en période de croissance.

QCM 5

Parmi les facteurs qui vont influencer le début d'un traitement orthodontique, on peut retrouver :

- A. L'âge osseux.
- B. La motivation du patient.
- C. La douleur.
- D. Le stade d'édification radiculaire.
- E. L'intensité de la malocclusion.

QCM 6

La classification de Ballard :

- A - est dentaire.
- B - date de 1907.
- C - définit la position relative des bases osseuses dans la dimension antéro-postérieure.
- D - précise l'origine du décalage éventuellement observé.
- E - peut varier en fonction des analyses céphalométriques.

QCM 7

Une classe III de Ballard peut se caractériser par :

- A - un maxillaire trop en avant.
- B - un maxillaire trop en arrière.
- C - une mandibule trop en avant.
- D - une mandibule trop en arrière.
- E - un ANB négatif.

QCM 8

Une classe II division 1 d'Angle :

- A - s'observe chez 70% de la population française.
- B - présente une mésioclusion des molaires maxillaires par rapport à la classe I.
- C - présente une proversion des incisives maxillaires.
- D - s'associe toujours à une supraclusion.
- E - s'associe souvent à une classe II squelettique, plus ou moins marquée.

QCM 9

Les options thérapeutiques dans le cadre d'une Classe II division 1 sont influencées par :

- A - l'âge osseux.
- B - l'état dentaire.
- C - la motivation du patient.
- D - le type de rotation faciale du patient.
- E - les convictions de l'orthodontiste.

QCM 10

La succion du pouce est :

- A - une parafonction.
- B - est propre aux primates.
- C - entraîne systématiquement des malocclusions importantes.
- D - doit être éliminée avant la fin du traitement orthodontique.
- E - stoppée parfois à l'aide d'appareils coercitifs, si le patient le demande.

QCM 11

La succion du pouce peut être arrêtée à l'aide :

- A - d'un gant.
- B - d'un sparadrap.
- C - de vernis amer.
- D - d'une grille.
- E - d'une psychothérapie.

QCM 12

La rééducation passive :

- A - est un traitement fonctionnel.
- B - vise à (r)établir la normalité des fonctions orofaciales.
- C - fait appel à des exercices répétés.
- D - fait appel à des appareils.
- E - s'entreprind toujours en début de traitement.

QCM 13

Le traitement orthopédique d'une classe II division 1 :

- A - peut être entrepris à n'importe quel âge.
- B - évite toujours le recours aux extractions et à la chirurgie.
- C - traite rapidement l'esthétique mais pas le problème fonctionnel.
- D - sera le plus souvent suivi d'une 2^e phase de traitement immédiate ou différée.
- E - dure de 6 à 12 mois.

QCM 14

Parmi les principaux traitements orthopédiques des classes II division 1, on retrouve :

- A - le multibague avec des élastiques de classe II, dans certaines conditions.
- B - l'activateur d'Andresen.
- C - les bielles de Herbst.
- D - les forces extra-orales postéro-antérieures sur gouttière ou plaque.
- E - le masque de Delaire.

QCM 15

Les forces extra-orales antéro-postérieures sur gouttière ou plaque :

- A - sont construites en position de propulsion mandibulaire.
- B - ont une action orthopédique.
- C - ont une action orthodontique.
- D - sont indiquées chez les classes II d'origine maxillaire.
- E - sont indiquées chez les patients méso- ou hypodivergents.

QCM 16

Les activateurs de classe II monoblocs rigides :

- A - sont construits en position de propulsion mandibulaire.
- B - ont une action orthopédique.
- C - ont une action orthodontique.
- D - sont souvent combinés à une force extra-orale, pour contrôler le plan mandibulaire.
- E - sont portés la nuit, pendant 6 à 12 mois.

QCM 17

L'ajout d'une Force Extra-Orale aux activateurs de classe II monoblocs rigides :

- A - potentialise le freinage du maxillaire.
- B - potentialise la croissance mandibulaire.
- C - contrôle la bascule anti-horaire du plan d'occlusion.
- D - est rare.
- E - améliore la stabilité en bouche de l'appareil.

QCM 18

Les activateurs de classe II monoblocs rigides sont indiqués chez :

- A - les classes II squelettiques d'origine mixte, maxillaire et mandibulaire.
- B - les classes II squelettiques d'origine mandibulaire.
- C - les sujets hyperdivergents.
- D - les sujets normodivergents.
- E - les sujets hypodivergents.

QCM 19

Les attaches du multibague :

- A - peuvent être collées en vestibulaire ou lingual.
- B - sont maintenant informées.
- C - peuvent être autoligaturantes.
- D - contiennent des informations du second ordre aussi appelées « torque ».
- E - peuvent être en céramique.

QCM 20

Chez un enfant, les élastiques de classe II sur un multibague :

- A - sont généralement positionnés sur les canines maxillaires et les molaires mandibulaires.
- B - sont généralement positionnés sur les canines mandibulaires et les molaires maxillaires.
- C - ont une action orthopédique.
- D - ont une action orthodontique.
- E - entraînent une vestibuloversion des incisives mandibulaires qui doit être contrôlée.

QCM 21

Les séquences d'extractions prescrites lors des traitements orthodontiques des cl II,1 sont :

- A - 16-26-38-48.
- B - 14-24-35-45.
- C - 14-24-38-48.
- D - 15-25-34-44.
- E - 15-25-38-48.

QCM 22

La classe II thérapeutique :

- A - prévoit l'extraction de prémolaires, uniquement au maxillaire.
- B - engendre peu de perturbations occlusales.
- C - est privilégiée en fin de croissance.
- D - nécessite une dysharmonie dents-arcades mandibulaire nulle ou modérée.
- E - nécessite un profil équilibré.

QCM 23

La préparation orthodontique pré-chirurgicale pour les classes II division 1, prévoit :

- A - de corriger la dysharmonie dents-arcades, le cas échéant, avec des extractions de prémolaires. Les extractions de 14, 24, 35 et 45 sont alors privilégiées.
- B - de corriger la dysharmonie dents-arcades, le cas échéant, avec des extractions de prémolaires. Les extractions de 15, 25, 34 et 44 sont alors privilégiées.
- C - de conserver voire accentuer la classe II dentaire, afin que décalage dentaire et squelettique se correspondent.
- D - de conserver voire accentuer le surplomb.
- E - de coordonner les arcades maxillaire et mandibulaire.

QCM 24

Les interventions fréquentes, au cours des traitements chirurgico-orthodontiques des cl II,1, sont :

- A - l'ostéotomie totale de recul maxillaire de Le Fort I.
- B - l'ostéotomie totale d'avancée maxillaire de Le Fort I.
- C - l'ostéotomie totale de recul mandibulaire d'Obwegeser-Dalpont.
- D - l'ostéotomie totale d'avancée mandibulaire d'Obwegeser-Dalpont.
- E - la génioplastie.

QCM 25

Dans une classe II division 2 d'Angle, on observe :

- A - un profil sous nasal convexe.
- B - de nombreuses dysfonctions.
- C - une hypotonie musculaire.
- D - presque toujours une hypodivergence.
- E - parfois une Classe III squelettique.

QCM 26

Le traitement orthopédique des classes II division 2 :

- A - est exactement le même que celui des classes II division 1.
- B - se déroule en période de croissance
- C - se déroule le plus souvent en 3 étapes.
- D - nécessite presque toujours une préparation, avec vestibuloversion des incisives maxillaires.
- E - nécessite presque toujours une phase orthodontique de finitions.

QCM 27

Le traitement orthodontique des classes II division 2 nécessite :

- A - une surveillance de l'intégrité des racines des incisives maxillaires.
- B - la résolution de la supraclusion incisive.
- C - la normalisation des axes incisifs.
- D - la correction du décalage sagittal.
- E - souvent des extractions.

QCM 28

Le traitement chirurgico-orthodontique des classes II division 2 nécessite :

- A - la conservation de la courbe de Spee au cours de la phase de préparation.
- B - rarement des extractions au cours de la phase de préparation mais si cela est nécessaire ce sont les extractions de 15-25-34 et 44 qui sont privilégiées.
- C - rarement des extractions au cours de la phase de préparation mais si cela est nécessaire ce sont les extractions de 14-24-35 et 45 qui sont privilégiées.
- D - souvent une avancée mandibulaire en rotation postérieure.
- E - souvent une avancée mandibulaire en rotation antérieure.

QCM 29

La contention, après un traitement orthodontique de classe II division 2 fait de préférence appel :

- A - à un fil collé maxillaire, avec plan de morsure en composite.
- B - à une enveloppe linguale nocturne.
- C - à une perle de Tucat.
- D - à une plaque palatine, avec plan rétroincisif.
- E - à une plaque de Sved.

QCM 30

Dans une classe III d'Angle, on observe :

- A - un profil concave.
- B - régulièrement une anomalie du chemin de fermeture.
- C - généralement une Classe III squelettique plus ou moins marquée.
- D - souvent une occlusion antérieure inversée ou en bout à bout.
- E - une occlusion antérieure normale, en cas de décompensations incisives.

QCM 31

Un proglissement mandibulaire :

- A - est une anomalie du chemin de fermeture.
- B - est souvent douloureux.
- C - favorise l'apparition d'une promandibulie.
- D - peut se traiter grâce à un masque de Delaire.
- E - peut se traiter grâce à des élastiques de classe III.

QCM 32

Parmi les traitements orthopédiques des classes III, on distingue généralement :

- A - les élastiques de classe III sur multibague, dans certaines conditions.
- B - le masque de Delaire.
- C - les activateurs de classe III.
- D - le disjoncteur.
- E - les élastiques de classe III sur minivis osseuses.

QCM 33

Les activateurs de classe III :

- A - sont construits en position de rétroimpulsion mandibulaire.
- B - ont une action orthopédique discutable.
- C - ont une action orthodontique.
- D - sont indiqués en cas de classe III squelettique héréditaire.
- E - sont portés 14h/24 pendant 6 à 9 mois.

QCM 34

Le masque de Delaire :

- A - est une force extra-orale postéro-antérieure.
- B - est construit en position de rétroimpulsion mandibulaire.
- C - a une action orthopédique quel que soit l'âge de l'enfant.
- D - a une action orthodontique quel que soit l'âge de l'enfant.
- E - est porté 14h/24 pendant 6 à 12 mois.

QCM 35

Le masque de Delaire est indiqué :

- A - en cas de proglissement.
- B - en cas de fente labio-palatine.
- C - en cas de classe III squelettique d'origine maxillaire.
- D - en cas de classe III squelettique d'origine mandibulaire.
- E - en cas de classe III squelettique d'origine mixte.

QCM 36

Le traitement orthodontique des classes III :

- A - intéresse les formes alvéolaires.
- B - intéresse les formes squelettiques discrètes, en fin de croissance.
- C - s'accompagne souvent d'une rééducation fonctionnelle.
- D - peut s'accompagner d'extractions, notamment 14-24-35-45.
- E - peut s'accompagner d'extractions, notamment 15-25-34-44.

QCM 37

La préparation orthodontique des classes III chirurgicales nécessite parfois des extractions :

- A - ce sont alors les extractions de 14 et 24 qui sont privilégiées.
- B - ce sont alors les extractions de 15-25-34 et 44 qui sont privilégiées.
- C - ce sont alors les extractions de 14-24-35 et 45 qui sont privilégiées.
- D - pour corriger l'occlusion inversée antérieure.
- E - pour corriger la dysharmonie dento-dentaire.

QCM 38

Les anomalies de la dimension transversale

- A - sont observées essentiellement dans le plan frontal.
- B - entraînent toujours un trouble de la symétrie.
- C - intéressent les secteurs antérieurs et/ou postérieurs des arcades.
- D - s'accompagnent souvent de dysfonctions.
- E - imposent une prise en charge tardive.

QCM 39

L'endoalvéolie maxillaire :

- A - est souvent symétrique.
- B - s'accompagne souvent d'une latérodéviatoin mandibulaire.
- C - présente des secteurs latéraux alvéolaires palatoversés.
- D - s'accompagne de fonctions perturbées.
- E - disparaît souvent spontanément.

QCM 40

L'endoalvéolie maxillaire se traite par :

- A - bi helix.
- B - quad helix.
- C - disjoncteur.
- D - plaque palatine amovible à vérin.
- E - multibague et élastiques croisés.

QCM 41

Le syndrome de Cauhépé-Fieux associe :

- A - une déglutition immature.
- B - une respiration buccale.
- C - une endoalvéolie maxillaire symétrique.
- D - une latérodéviatoin mandibulaire.
- E - une latéromandibulie.

QCM 42

L'endognathie maxillaire :

- A - est une diminution de la taille des maxillaires dans la dimension transversale.
- B - est le plus souvent symétrique.
- C - touche 2 à 10% des patients.
- D - est très souvent associée à des troubles ventilatoires.
- E - est très souvent associée à une dysfonction linguale.

QCM 43

L'endognathie maxillaire se traite par :

- A - bi helix.
- B - quad helix.
- C - disjoncteur.
- D - plaque palatine amovible à vérin.
- E - multibague et élastiques croisés.

QCM 44

La disjonction maxillaire :

- A - peut être orthopédique.
- B - peut être chirurgicale.
- C - entraîne une expansion plus marquée au niveau des molaires que des incisives.
- D - demande une activation du vérin pendant environ 2 à 3 semaines.
- E - demande une activation en sur correction.

QCM 45

La latérodéviatoin mandibulaire :

- A - est une anomalie fonctionnelle du chemin de fermeture.
- B - peut évoluer en latéromandibulie.
- C - est corrigée par un traitement étiologique.
- D - peut être corrigée par un quad helix.
- E - peut être corrigée par un disjoncteur.

QCM 46

La latéromandibulie :

- A - est une anomalie basale de la mandibule par rapport au plan sagittal médian.
- B - présente une occlusion différente en relation centrée et en intercuspidation maximale.
- C - nécessite parfois un traitement chirurgico-orthodontique.
- D - nécessite toujours un traitement chirurgico-orthodontique.
- E - peut être la conséquence d'une latérodéviatoin mandibulaire non traitée.

QCM 47

En cas de face courte, le plus souvent, on observe :

- A - une face large.
- B - un sillon labio-mentonnier marqué.
- C - une musculature tonique.
- D - des fonctions peu perturbées.
- E - une supraclusion incisive.

QCM 48

En cas de face courte, le plus souvent, on privilégie :

- A - les extractions.
- B - les forces extra-orales à traction basse.
- C - l'ingression incisive.
- D - l'égression molaire.
- E - les avancées mandibulaires chirurgicales en rotation postérieure.

QCM 49

En cas de face longue, le plus souvent, on observe :

- A - une face étroite.
- B - un sillon labio-mentonnier marqué.
- C - une musculature hypotonique.
- D - des fonctions perturbées.
- E - une inoclusion labiale au repos.

QCM 50

En cas de face longue, le plus souvent, on privilégie :

- A - la rééducation des fonctions.
- B - les extractions.
- C - les forces extra-orales à traction haute.
- D - l'ingression molaire.
- E - les impactions maxillaires chirurgicales.

QCM 51

Le traitement de la supraclusion incisive :

- A - peut se faire par ingression des incisives.
- B - peut se faire par égression des molaires.
- C - peut se faire par ingression des incisives et égression des molaires.
- D - est très stable.
- E - est très douloureux.

QCM 52

Le traitement de la supraclusion incisive peut faire appel :

- A - à la rééducation orthophonique.
- B - à des plaques ou butées rétroincisives.
- C - à des arcs de base.
- D - à des minivis.
- E - à une chirurgie segmentaire.

QCM 53

Le traitement de l'infraclusion antérieure :

- A - peut se faire par égression des incisives.
- B - peut se faire par ingression des molaires.
- C - peut se faire par égression des incisives et ingression des molaires.
- D - impose la normalisation des fonctions.
- E - est peu récidivant.

QCM 54

Le traitement de l'infraclusion antérieure peut faire appel :

- A - à la rééducation orthophonique active.
- B - à la rééducation orthophonique passive.
- C - à un multibague.
- D - à des élastiques verticaux.
- E - à une chirurgie.

QCM 55

Un patient dont le $SNA = 80^\circ$, le $SNB = 84^\circ$, l' $ANB = -4^\circ$, le $FMA = 15^\circ$, l' $I/F = 120^\circ$, l' $IMPA = 77^\circ$ présente :

- A - une hypodivergence faciale.
- B - une classe III squelettique, avec rétromaxillie et promandibulie.
- C - une classe III squelettique, avec normomaxillie et promandibulie.
- D - une classe III squelettique, avec compensations dentaires.
- E - une classe III squelettique, sans compensations dentaires.

QCM 56

Le calcul de la dysharmonie dents-arcades prend en compte :

- A - l'encombrement dentaire.
- B - le surplomb.
- C - le nivellement de la courbe de Spee.
- D - le repositionnement de l'incisive maxillaire.
- E - le repositionnement de l'incisive mandibulaire.

QCM 57

Dans l'analyse de l'espace total :

- A - on distingue 4 zones au niveau de l'arcade.
- B - le redressement de l'incisive consomme du périmètre d'arcade.
- C - le nivellement de la courbe de Spee consomme du périmètre d'arcade.
- D - la correction de la classe II par mésialisation des molaires mandibulaires consomme du périmètre d'arcade.
- E - la croissance postérieure de la branche horizontale consomme du périmètre d'arcade.

QCM 58

Les options thérapeutiques de la dysharmonie dents-arcades positive sont :

- A - l'abstention.
- B - la fermeture d'espace.
- C - les composites.
- D - la réhabilitation prothétique.
- E - la contraction d'arcade.

QCM 59

Les options thérapeutiques de la dysharmonie dents-arcades négative sont :

- A - l'expansion sagittale.
- B - l'expansion transversale.
- C - l'expansion verticale.
- D - le stripping.
- E - les extractions.

QCM 60

Parmi les facteurs d'instabilité d'un traitement orthodontique, on retrouve :

- A - l'étirement ligamentaire.
- B - la dérive centripète des arcades dentaires.
- C - les dents de sagesse.
- D - certains types de croissance.
- E - le vieillissement.

QCM 61

La plaque de Hawley est une contention :

- A - fixe.
- B - amovible.
- C - stricte.
- D - permettant un certain degré de récurrence.
- E - qui permet de remplacer des dents absentes quand c'est nécessaire.

QCM 62

Les procédures suivantes sont des procédures annexes de la contention :

- A - équilibrage.
- B - réhabilitation prothétique.
- C - stripping.
- D - fibrotomie circonférentielle supracrestale.
- E - éviction de freins et fissures.

QCM 63

Le contrat de soins est un contrat

- A - régi par le code civil.
- B - unilatéral.
- C - tacite.
- D - résiliable unilatéralement.
- E - toujours onéreux.

QCM 64

Un orthodontiste a l'obligation

- A - de remettre un devis à son patient en cas de dépassement d'honoraires, dès 70 euros.
- B - de résultats.
- C - d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient (ou de son représentant légal), avant de commencer un traitement.
- D - de donner ses soins quelles que soient les circonstances.
- E - d'informer son patient des contraintes et des risques de son traitement.

QCM 65

Le patient a l'obligation

- A - de payer les honoraires dus.
- B - de collaborer aux soins.
- C - de respecter ses rendez-vous.
- D - d'accepter les soins proposés.
- E - de suivre scrupuleusement les conseils et prescriptions données.

QCM 66

A propos de la translation :

- A. La translation est induite par un système de forces dont la résultante passe par le centre de rotation, le centre de résistance étant situé à l'infini.
- B. Du côté du déplacement, la force est répartie de façon régulière sur toute la surface radiculaire.
- C. Du côté opposé au déplacement, on observe une apposition osseuse sur toute la hauteur de l'alvéole du côté ligamentaire et une activité de remodelage osseux du côté endosté pour essayer de maintenir constante l'épaisseur de l'os alvéolaire.
- D. La translation va être induite par un système de forces dont la résultante passe par le centre de résistance, le centre de rotation étant situé à l'infini.
- E. La translation peut se ramener à un rapport moment/force nul.

QCM 67

L'ingression :

- A. est le mouvement qui déplace la dent dans le sens opposé à son évolution.
- B. entraîne une compression du système hydraulique desmodontal.
- C. entraîne une compression de l'os alvéolaire.
- D. est un mouvement qui s'effectue dans le même sens que les forces occlusales, en chargeant le parodonte dans le sens où il est le mieux organisé pour résister.
- E. est particulièrement récidivant. Il convient d'observer une phase de contention suffisante pour éviter la rétraction des fibres étirées.

QCM 68

Côté tension, immédiatement après l'application d'une force, est constaté(e) :

- A. l'apparition d'une zone hyaline.
- B. au niveau osseux, la formation, sous l'effet de la traction, d'un os immature, l'ostéoïde.
- C. une orientation générale des faisceaux de fibres dans le sens de la traction.
- D. une orientation générale des faisceaux de fibres perpendiculairement à la traction.
- E. un élargissement des éléments vasculaires dans le sens de la traction.

QCM 69

Le centre de résistance du maxillaire est situé au niveau :

- A. de la suture zygomatoco-maxillaire.
- B. de la suture incisivo-canine.
- C. de la suture palatine transverse.
- D. de la suture fronto-maxillaire.
- E. de la suture palato-temporo-maxillaire.

QCM 70

Le rapport moment/ force :

- A. est nul si le centre de rotation se situe à l'infini par rapport au centre de résistance : translation pure.
- B. est nul si le centre de rotation se situe à l'infini par rapport au centre de résistance : rotation pure.
- C. tend vers l'infini si le centre de rotation se situe au niveau du centre de résistance : rotation pure.
- D. tend vers l'infini si le centre de rotation se situe au niveau du centre de résistance : translation pure.
- E. est situé entre ces deux extrêmes (entre 0 et l'infini) : translation pure.

QCM 71

Dans le trinôme de DE NEVREZE soit : RM = la résistance mobile ; RS = la résistance stable ; FM = la force motrice. Quand $RM=RS$:

- A. si $FM>RS=RM$: mobile et ancrage se déplacent de façon égale et symétrique.
- B. si $FM>RS=RM$: il n'y a pas de déplacement.
- C. si $FM>RS=RM$: l'ancrage se déplace plus que le mobile.
- D. si $FM<RS=RM$: il n'y a pas de déplacement.
- E. si $FM<RS=RM$: mobile et ancrage se déplacent de façon égale et symétrique.

QCM 72

Les minivis :

- A. Font partie des ancrages osseux
- B. Nécessitent d'attendre une complète oséointégration pour être mis en charge
- C. Sont parfois appelés mini-implants.
- D. Sont mis en charge 3 à 6 mois après leur mise en place.
- E. Sont souvent en alliage de titane ou d'acier.

QCM 73

Côté tension :

- A. le temps de latence des réactions tissulaires est beaucoup plus long que du côté pression.
- B. le temps de latence des réactions tissulaires est beaucoup plus court que du côté pression.
- C. au niveau fibrillaire, on assiste donc à une « fonte fibrillaire » avec, dès le troisième ou quatrième jour, l'apparition de nouveaux faisceaux de fibres de collagène.
- D. au niveau osseux, il se forme l'ostéoïde, non résorbable.
- E. au niveau osseux, il se forme l'ostéoïde, résorbable.

QCM 74

Dans le cas d'application d'une force d'intensité importante, côté pression :

- A. le rétrécissement ligamentaire est plus important que pour une force d'intensité faible.
- B. le rétrécissement ligamentaire est plus petit que pour une force d'intensité faible.
- C. un écrasement vasculaire se produit avec une diminution partielle ou totale de l'apport vasculaire métabolique.
- D. un écrasement vasculaire se produit avec une augmentation partielle ou totale de l'apport vasculaire métabolique.
- E. une dégénérescence cellulaire se produit : la zone hyaline.

QCM 75

Côté pression, la résorption osseuse indirecte :

- A. débute au bout de 3 à 5 mois.
- B. va résorber le mur alvéolaire puis la lame criblée par voie centrifuge, aboutissant à un élargissement important du desmodonte.
- C. va résorber le mur alvéolaire puis la lame criblée par voie centripète, aboutissant à un élargissement important du desmodonte.
- D. va résorber le mur alvéolaire puis la lame criblée par voie centripète, aboutissant à un rétrécissement important du desmodonte.
- E. va résorber le mur alvéolaire puis la lame criblée par voie centrifuge, aboutissant à un rétrécissement important du desmodonte.

QCM 76

Le déplacement d'une couronne dans un sens et de l'apex dans l'autre sens est :

- A. Une translation.
- B. Une ingression.
- C. Une égression.
- D. Une version.
- E. Une rotation axiale.

QCM 77

Si la racine est ronde (incisives maxillaires et prémolaires mandibulaires) et l'axe de rotation correspond à l'axe de la racine, on note :

- A. un étirement des fibres ligamentaires sans aucun rétrécissement ou élargissement desmodontal et donc sans pression alvéolaire.
- B. un étirement des fibres ligamentaires avec rétrécissement ou élargissement desmodontal et donc avec pression alvéolaire.
- C. une compression des fibres ligamentaires avec rétrécissement ou élargissement desmodontal et donc sans pression alvéolaire.
- D. une participation osseuse nulle mais participation des fibres desmodontales maximales.
- E. une participation osseuse maximale mais participation des fibres desmodontales nulle.

QCM 78

Les os très denses avec des espaces médullaires réduits présentent une hyalinisation :

- A. plus intense et une résorption plus difficile qui va retarder le déplacement.
- B. plus faible et une résorption plus facile qui va favoriser le déplacement.
- C. plus intense et une résorption plus difficile qui va favoriser le déplacement.
- D. plus faible et une résorption plus difficile qui va retarder le déplacement.
- E. plus faible et une résorption plus difficile qui va favoriser le déplacement.

QCM 79

A propos de la vitesse de déplacement, dans l'os maxillaire :

- A. le déplacement dentaire est plus rapide (que dans l'os maxillaire) car ses espaces médullaires sont plus grands et plus nombreux et ses corticales sont plus fines.
- B. le déplacement dentaire est plus rapide (que dans l'os mandibulaire) car ses espaces médullaires sont plus grands et plus nombreux et ses corticales sont plus fines.
- C. le déplacement dentaire est plus rapide (que dans l'os mandibulaire) car ses espaces médullaires sont plus petits et moins nombreux et ses corticales sont plus épaisses.
- D. le déplacement dentaire est plus lent (que dans l'os mandibulaire) car ses espaces médullaires sont plus petits et moins nombreux et ses corticales sont plus épaisses.
- E. le déplacement dentaire est plus lent (que dans l'os mandibulaire) car ses espaces médullaires sont plus grands et plus nombreux et ses corticales sont plus fines.

QCM 80

A propos du rythme d'application des forces orthodontiques :

- A. Pour les forces intermittentes, l'énergie libérée par le dispositif est très progressivement décroissante grâce à de nombreuses boucles ou des fils à mémoire de forme.
- B. Pour les forces discontinues, l'énergie libérée par le dispositif est très progressivement décroissante grâce à de nombreuses boucles ou des fils à mémoire de forme.
- C. Pour les forces continues, l'énergie libérée par le système mécanique diminue très rapidement dès que la dent commence à se déplacer.
- D. Pour les forces discontinues, l'énergie libérée par le système mécanique diminue très rapidement dès que la dent commence à se déplacer.
- E. Pour les forces intermittentes, Des périodes sans aucun dispositif actif alternent avec des phases d'activité.

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON
Année universitaire 2024-2025 FASO1

SUJET D'EXAMEN– SEMESTRE 2 – SESSION 1
Epreuve : ODM106M8 UE6 Pathologie médicale et chirurgicale

Responsable : Dr MILLOT-GUARD

DATE :

DUREE : 1h00

BAREME APOGEE : 20

NOMBRE DE POINTS ATTRIBUES (à chaque question)

INTITULE DU SUJET D'EXAMEN

A. QUESTIONS COURTES : (6 points)

A.1 Citer 4 signes d'appel d'un déficit immunitaire primitif chez l'enfant :

-

-

-

-

A.2 Donner la définition des termes d'allogreffe et de Xéno greffe :

- Allogreffe :

- Xéno greffe

A.3 Citer (avec des tirets) les gestes bucco dentaires contre indiqués chez un patient à haut risque d'Endocardite infectieuse

A.4 Citer (tirets) 3 facteurs de risque d'ostéochimionécrose en dehors de la prise d'un traitement par anti résorbeur.

B/ QCM : Cocher la/les réponses correctes (14 points)

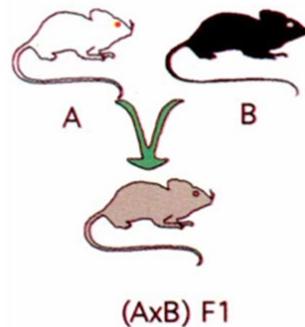
1. Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) :

- Les organes lymphoïdes primaires sont les sites de production et de maturation des cellules du système immunitaire
- La moelle osseuse et la rate sont des organes lymphoïdes primaires
- Les ganglions lymphatiques et la rate sont des organes lymphoïdes périphériques
- Les lymphocytes B achèvent leur maturation dans la moelle osseuse alors que les précurseurs des lymphocytes T migrent dans le thymus pour terminer leur maturation
- Les cellules NK et les macrophages sont des cellules de l'immunité adaptative

2. Concernant l'épidémiologie des déficits immunitaires, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) :

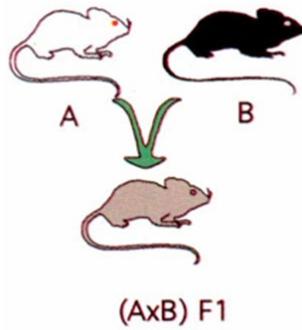
- Les déficits immunitaires secondaires sont plus fréquents que les déficits immunitaires primitifs
- Les déficits de l'immunité humorale représentent la majorité des déficits immunitaires primitifs
- Les déficits de l'immunité cellulaire représentent la majorité des déficits d'origine génétique
- Les déficits immunitaires combinés sévères sont très fréquents dans la population générale
- L'agammaglobulinémie liée à l'X touche exclusivement les femmes

3. A partir du schéma suivant, indiquer la ou les situation(s) à risque de rejet lors d'une greffe d'organes :



- A dans A
- B dans B
- A dans (AxB) F1 ou B dans (AxB) F1
- A dans B ou B dans A
- (AxB) F1 dans A ou (AxB) F1 dans B

4. A partir du schéma suivant, indiquer la ou les situation(s) à risque de rejet lors d'une greffe de cellules hématopoïétiques :



- A dans A
- B dans B
- A dans (AxB) F1 ou B dans (AxB) F1
- A dans B ou B dans A
- (AxB) F1 dans A ou (AxB) F1 dans B

6. Parmi les propositions suivantes concernant les déficits de l'immunité cellulaire, quelle(s) est(sont) la ou les propositions exactes :

- Ils peuvent s'accompagner d'un retard staturo-pondéral
- Ils peuvent généralement être traités par des thérapies substitutives
- Ils peuvent parfois être syndromiques
- Ils prédisposent à des infections, notamment à germes opportunistes
- Ils peuvent nécessiter de vivre en environnement stérile

7. Parmi les propositions suivantes concernant les déficits de l'immunité humorale, quelle(s) est(sont) la ou les propositions exactes :

- Chez l'homme, il existe 5 classes d'immunoglobulines
- Les IgM sont la classe d'immunoglobulines prédominante chez le nouveau-né car elles sont transmises par la mère
- Les déficits de l'immunité humorale peuvent être sélectifs d'une classe d'immunoglobuline ou entraîner un déficit de l'ensemble des classes d'immunoglobulines
- Les déficits de l'immunité humorale sont systématiquement associés à un déficit quantitatif des lymphocytes B
- Des immunoglobulines polyvalentes sont utilisées dans le traitement de ces déficits

8. Parmi les propositions suivantes, lesquelles peuvent être responsables d'un déficit immunitaire acquis :

- Chimiothérapie
- Polyarthrite rhumatoïde
- Leucémie aiguë
- Vieillesse
- Infarctus du myocarde

9. Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) :

- Le rejet chronique survient plusieurs mois à plusieurs années après la transplantation
- Le rejet hyper-aigu est lié à la présence d'anticorps anti-HLA néoformés
- La grossesse, des transfusions répétées ou une transplantation antérieure sont des situations à risques d'immunisation
- La maladie du greffon (GVH) contre l'hôte est la complication principale des allogreffes
- Le traitement de la GVH chronique associe des corticoïdes à des immunosuppresseurs comme la ciclosporine ou le tacrolimus

10. Un patient de 80 ans, porteur d'une prothèse valvulaire biologique aortique depuis 9 ans en raison d'un rétrécissement aortique serré consulte pour prise en charge bucco-dentaire. Il a une douleur à la mastication secteur maxillaire gauche. Il présente également une HTA traitée, et est allergique à la Pénicilline. Il présente un bon état bucco-dentaire. Il est traité par Clopidogrel, mais ne se souvient plus de son médicament pour la tension.

10.1/ Ce patient :

- Fait partie du groupe des patients à haut risque d'Endocardite infectieuse
- Fait partie du groupe des patients à risque intermédiaire d'Endocardite infectieuse
- La Coumadine est un traitement indiqué chez les patients porteurs de prothèse biologique
- L'aténolol est un médicament notamment utilisé dans l'HTA

10.2/ Vous réaliserez un détartrage et une avulsion d'une dent fracturée dans la même séance :

- Vous allez prescrire une antibioprofylaxie 1h avant les gestes
- Vous allez poursuivre par une antibiothérapie durant 6 jours
- Vous lui prescrivez du métronidazole 1h avant le geste
- Vous n'interviendrez pas sans avoir un bilan biologique avec NFS et CRP

10.3/ La douleur est en lien avec la 24, conservable présentant une lésion carieuse importante, la dent ne répond pas au froid. Vous ferez l'éviction carieuse et traitement endodontique dans une prochaine séance. Vous allez ?

- Attendre 3 semaines après la séance précédente (avulsion et détartrage) et vous instaurez une antibioprofylaxie 1 h avant le geste
- La mise en place de la digue implique systématiquement la mise en place d'une antibioprofylaxie chez les patients à haut risque d'Endocardite
- Vous demandez un bilan d'hémostase avant le geste
- Cet acte est contre indiqué chez ce patient en raison de la nécrose pulpaire
- Vous devez revoir le patient dans les 6 mois pour un suivi bi annuel

11. Dans les nouvelles recommandations de la HAS sur l'endocardite infectieuse :

- L'utilisation de clindamycine est contre indiquée
- L'arrêt de la clindamycine est en lien avec son manque d'efficacité
- L'arrêt de la clindamycine est en lien avec son risque d'effets secondaires neurologiques
- En cas d'allergie à la pénicilline, 2 molécules sont possibles dont une est de la famille des macrolides

12. La posologie per os de l'antibioprophylaxie donnée 1h avant le geste est :

- 500 mg d'azithromycine chez adulte en cas d'allergie à la pénicilline
- 1 g Pristinamycine chez adulte en cas d'allergie à la pénicilline
- 30 mg/kg amoxicilline chez l'enfant
- 5mg/kg Azithromycine chez l'enfant en cas d'allergie à la pénicilline

13. Concernant les antirésorptifs osseux :

- Le Prolia est prescrit 2 fois par an par injection sous cutanée pour des indications bénignes
- Le Xgeva est la même molécule que le Prolia mais en dose double et est indiqué pour des pathologies malignes
- L'Aclasta est un anticorps monoclonal
- Plus le traitement par anti résorbeur est long plus le risque d'ostéonécrose augmente

14. Chez un patient traité par un traitement anti résorbeur pris depuis 18 mois dans le cadre de métastases osseuses qui consulte au cabinet dentaire :

- La chirurgie implantaire est contre indiquée
- Les soins conservateurs sont possibles
- Si une avulsion est indispensable, il faut limiter la quantité de vaso constricteurs dans l'anesthésie locale
- On débutera l'antibiothérapie la veille d'une extraction et elle sera poursuivie jusqu'à cicatrisation muqueuse.

15. Une ostéochimionécrose:

- Est définie par un os exposé depuis plus de 4 semaines, en absence d'antécédent de radiothérapie cervico faciale.
- Survient dans environ 60% cas à la mandibule
- Peut survenir spontanément sans geste traumatique en bouche
- Nécessite toujours un traitement chirurgical

16. Concernant l'ostéochimionécrose (OCN) :

- Le risque de survenue d'une OCN est très faible, compris entre 0,02% et 0,05% avec la prise de biphosphonates indiqués pour l'ostéoporose
- Le risque est en moyenne de 5% pour un patient traité par Xgeva
- Le suivi dans une indication maligne est tous les 4 mois en odonto
- Est forcément visible radiographiquement à tous les stades

17. Une ostéochimionécrose de stade 2 :

- Est associée à des douleurs
- Peut être associée à un écoulement purulent
- est associée à un fistule extra orale
- peut être associées à une tuméfaction extra orale

18. Un patient âgé de 50 ans se présente au cabinet pour des douleurs au niveau d'une 25 qui sont présentes depuis 5 mois de manière continue

18.1/ Lors de l'entretien clinique, quel acronyme pouvez-vous utiliser pour vous aider à évaluer de manière complète la douleur :

- DRAC
- TILT
- STIC
- PLOC

18.2/ Le patient décrit une douleur à type de décharges électriques d'intensité 8 au maximum. La douleur est plus intense le soir. La dent douloureuse présente un traitement endodontique de bonne qualité et une couronne adaptée et étanche. Quel diagnostic évoquez-vous ?

- Migraine
- Céphalée de tension
- Névralgie du Trijumeau
- Douleur neuropathique
- Pulpite

18.3./ Quel questionnaire pouvez-vous utiliser pour orienter le diagnostic :

- ID_Migraine
- DN4
- STOP BANG
- Questionnaire d'Epworth

18.4/ La réponse au questionnaire que vous avez utilisé a pour score 6. Ce score valide-t-il votre diagnostic :

- Oui
- Non

18.5) Quelle prise en charge lui proposez-vous ?

- traitement médicamenteux
- avulsion de 25
- reprise de traitement endodontique

19. Une patiente âgée de 65 ans se présente pour des douleurs localisées au niveau des muscles masticateurs présentes depuis 2 mois. Elle est dépressive, migraineuse et rapporte un bruxisme d'éveil. Elle vient de divorcer dans des circonstances complexes. Son profil est plutôt :

- Cluster 1
- Cluster 2
- Cluster 3

19.1. Quel questionnaire vous permet de dépister un éventuel trouble anxieux ou dépressif ?

- PHQ4
- GCPS

- DN4
- Epworth

19.2 La patiente est-elle à risque de développer :

- une douleur chronique
- une douleur aiguë
- une douleur sub-aiguë

20. La douleur de l'ostéoartrite est :

- Nociplastique
- Neuropathique
- Nociceptive

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON
Année universitaire 2024-2025 FASO1

SUJET D'EXAMEN– SEMESTRE 2 – SESSION 1
Epreuve : ODM116M1 UE7 Odontologie Pédiatrique

Responsables : Dr LIENHART / Pr THIVICHON-PRINCE

DATE : 19/05/24

DUREE : 1h30

BAREME APOGEE : 90

NOMBRE DE POINTS ATTRIBUES (à chaque question)

INTITULE DU SUJET D'EXAMEN

QUESTION 1 (LIENHART – 25 points) :

Vous recevez en urgence Lilou 7 ans. Sa mère vous explique : « On est allé chez le pédiatre la semaine dernière parce qu'elle avait super mal en bas à droite. Il lui a prescrit des médicaments qu'elle a pris pendant une semaine, mais je me rappelle plus du nom. Je ne comprends pas pourquoi elle a des caries, on n'arrête pas de lui brosser les dents avec son père. Le pédiatre a dit que c'était à cause du lait qu'on lui met dans son biberon la nuit...Je ne vois pas pourquoi, c'est bon pour la santé le lait... ».

Sa mère vous confirme que Lilou n'a aucun problème de santé ou d'allergie.

Vous réalisez un examen clinique et radiologique (voir images sur la page suivante). Lilou est très détendu et ne manifeste aucun signe d'anxiété ou d'opposition aux soins.

Consigne :

Détaillez votre raisonnement clinique et votre plan de traitement idéal selon la trame qui vous a été présentée en cours. Dans votre plan de traitement, justifiez **brèvement** vos choix thérapeutiques.

COTE GAUCHE



COTE DROIT



QUESTION 2 (LIENHART – 5 points) :

Rédigez une ordonnance d'amoxicilline et de paracétamol pour un enfant de 6 ans et 22kg qui n'arrive pas encore à prendre de comprimés ou de gélules.

(Ne noter pas votre nom sur l'ordonnance – La calculatrice est **autorisée**)

QUESTION 3 (Dr THIVICHON – 10 points) :



Vous recevez en consultation Matheo, 3 ans, 15 kgs, accompagné de sa maman, en urgences à la suite d'une chute depuis son lit le matin même. La maman est très inquiète et Matheo pleure beaucoup. C'est la première fois qu'il vient chez le dentiste et votre examen clinique est très difficile. Il n'a pas de problème de santé, ni d'allergie. Décrivez succinctement les différentes étapes de votre consultation. (Remarque : il y a une exposition pulpaire).

(1 recto et demi)