



Copie corrigée du concours blanc en ligne sur ECN (Examen Classant National)

Date : 29/11/2025

Score Obtenu	Notesur 20	Appréciation
0/50	0/20	Efforts à poursuivre

Cas clinique complexe en Chirurgie dentaire

1. ✗ Une patiente de 70 ans, édentée totale maxillaire et mandibulaire portante des prothèses amovibles complètes depuis 20 ans. Elle se plaint d'une instabilité et d'une douleur importante au niveau mandibulaire lors de la mastication. L'examen révèle une résorption osseuse mandibulaire sévère. Quelle(s) est (sont) la (les) solution(s) thérapeutique(s) la (les) plus adaptée(s) pour améliorer sa qualité de vie ?

A. Réalisation de nouvelles prothèses complètes conventionnelles

B. Pose de deux implants mandibulaires pour stabiliser une prothèse amovible (overdenture).

C. Pose de 4 à 6 implants mandibulaires pour une prothèse fixe (bridge implant porté).

D. Utilisation de colles adhésives pour prothèses

Explication : Face à une résorption osseuse mandibulaire sévère et une instabilité prothétique, les solutions implantaires sont les plus efficaces. La pose de deux implants mandibulaires pour une prothèse amovible (overdenture) offre une excellente stabilité et rétention, améliorant considérablement le confort et la fonction. Pour une solution encore plus stable et confortable, la pose de 4 à 6 implants mandibulaires permettant une prothèse fixe (bridge implant porté) est une option supérieure, bien que plus coûteuse et invasive. De nouvelles prothèses conventionnelles peuvent améliorer légèrement la situation mais ne résoudront pas la problématique de la résorption osseuse. Les colles adhésives sont une solution temporaire et palliative, non un traitement de fond.

2. ✗ Un patient de 65 ans, diabétique de type 2 mal contrôlé (HbA1c = 9%), sous bisphosphonates oraux depuis 5 ans pour ostéoporose, se présente avec une douleur intense et une tuméfaction au niveau de la 36. L'examen clinique révèle une mobilité de la 36, une poche parodontale de 8 mm en distal et une exposition osseuse dans la zone. La radiographie montre une lyse osseuse péri-radiculaire et une atteinte de la furcation. Quelle(s) est (sont) la (les) considération(s) diagnostique(s) et thérapeutique(s) principale(s) ?

A. Il s'agit probablement d'une parodontite avancée, l'extraction est la seule option

B. Une ostéonécrose des maxillaires liée aux bisphosphonates (ONJ-BP) doit être fortement suspectée.

C. Le traitement endodontique est la première étape pour tenter de sauver la dent

D. L'extraction doit être planifiée en collaboration avec le médecin traitant avec un protocole spécifique pour l'ONJ-BP.

Explication : Le patient présente plusieurs facteurs de risque importants : diabète mal contrôlé et traitement par bisphosphonates oraux depuis 5 ans. L'exposition osseuse persistante associée à une histoire de bisphosphonates doit faire suspecter fortement une ostéonécrose des maxillaires liée aux bisphosphonates (ONJ-BP). Bien qu'une parodontite avancée soit présente, l'ONJ-BP est la complication la plus grave à considérer. Le traitement endodontique ne serait pas la première étape étant donné la mobilité et la suspicion d'ONJ-BP. Si l'extraction est inévitable, elle doit être minutieusement planifiée en collaboration avec le médecin traitant en suivant les protocoles de gestion de l'ONJ-BP (arrêt temporaire des bisphosphonates si possible, antibiothérapie pré et post-opératoire, chirurgie traumatique etc.) pour minimiser le risque d'aggravation de l'ONJ-BP.

3. ✗ Un enfant de 8 ans se présente avec une incisive centrale supérieure permanente (11) fracturée suite à une chute, avec une exposition pulpaire de 2 mm et un apex immature. La dent est vitale au test électrique. Quelle(s) est (sont) la (les) approche(s) thérapeutique(s) initiale(s) la (les) plus appropriée(s) ?

A. Traitement endodontique complet immédiat avec obturation canalair

3. ✗ Un enfant de 8 ans se présente avec une incisive centrale supérieure permanente (11) fracturée suite à une chute, avec une exposition pulpaire de 2 mm et un apex immature. La dent est vitale au test électrique. Quelle(s) est (sont) la (les) approche(s) thérapeutique(s) initial(e)s la (les) plus appropriée(s) ?

- A. Traitement endodontique complet immédiat avec obturation canalair
- B. Coiffage pulpaire direct avec un matériau bioactif (ex: MTA) pour préserver la vitalité

C. Pulpotomie cervicale avec un matériau bioactif pour favoriser la fermeture apicale.

- D. Extraction de la dent fracturée et planification d'un implant ultérieur

Explication : Pour une dent permanente immature avec exposition pulpaire traumatique et pulpe vitale, l'objectif principal est de préserver la vitalité pulpaire pour permettre le développement radiculaire et la fermeture apicale. Un coiffage pulpaire direct est possible si l'exposition est minime et le délai court. Cependant, une pulpotomie cervicale (élimination de la pulpe coronaire inflammée et préservation de la pulpe radiculaire) avec un matériau bioactif (comme le MTA) est souvent privilégiée pour les expositions plus importantes ou en cas de doute sur l'inflammation de la pulpe coronaire car elle offre un meilleur pronostic pour la vitalité pulpaire radiculaire et l'apexogénèse. Le traitement endodontique complet est réservé aux pulpes nécrosées. L'extraction est à éviter absolument pour une dent permanente immature.

4. ✗ Une patiente de 35 ans, enceinte de 6 mois, se présente avec une douleur intense et persistante sur la 27, aggravée par le froid et le chaud, irradiant vers l'oreille. L'examen clinique révèle une carie profonde sur la 27, non restaurée. La dent est sensible à la percussion. Quelle(s) est (sont) la (les) approche(s) diagnostique(s) et thérapeutique(s) la (les) plus appropriée(s) ?

- A. Réaliser une radiographie rétroalvéolaire immédiate pour confirmer le diagnostic

B. Diagnostiquer une pulpe irréversible et initier un traitement endodontique sous anesthésie locale sans vasoconstricteur.

- C. Prescrire des antibiotiques et des analgésiques pour soulager la douleur en attendant l'accouchement
- D. Éviter tout traitement jusqu'à la fin de la grossesse pour minimiser les risques pour le fœtus

Explication : Les symptômes (douleur intense, persistante, irradiante, aggravée par le froid/chaud, sensibilité à la percussion) sont fortement évocateurs d'une pulpe irréversible. Pendant la grossesse, le traitement des urgences dentaires est recommandé en particulier au deuxième trimestre (6 mois de grossesse). Une radiographie peut être réalisée si indispensable avec tablier de plomb. Le traitement endodontique est le traitement de choix. L'anesthésie locale avec adrénaline (vasoconstricteur) est sûre en quantités modérées pendant la grossesse, car elle permet une meilleure anesthésie et réduit le risque de stress pour la mère. Prescrire uniquement des antibiotiques ne résoudra pas la cause de la douleur. Éviter tout traitement peut entraîner une infection plus grave et des complications pour la mère et le fœtus.

5. ✗ Une patiente de 28 ans, sans antécédent médical, se présente avec une douleur aiguë et persistante sur la 17, qui a été restaurée il y a 6 mois. La restauration est intacte. Le test de vitalité au froid provoque une douleur intense et prolongée. La radiographie rétroalvéolaire ne montre pas de lésion péri-apicale, mais un élargissement de l'espace ligamentaire apical. Quelle(s) est (sont) la (les) démarche(s) diagnostique(s) et thérapeutique(s) la (les) plus pertinentes ?

- A. Il s'agit d'une pulpe irréversible, un simple ajustement occlusal suffit

B. Le diagnostic est une pulpe irréversible avec parodontite apicale aiguë.

C. Le traitement doit être une pulpectomie immédiate de la 17.

- D. Une extraction de la 17 est nécessaire en raison de l'échec de la restauration

Explication : Les symptômes (douleur aiguë, persistante, intense et prolongée au froid) sont des signes classiques d'une pulpe irréversible. L'élargissement de l'espace ligamentaire apical, même sans lésion péri-apicale évidente, indique une inflammation qui s'est étendue au parodonté apical, confirmant une parodontite apicale aiguë. Le traitement de choix est une pulpectomie immédiate pour éliminer la source de l'inflammation et soulager la douleur. Il ne s'agit pas d'une pulpe réversible. L'extraction n'est pas justifiée tant que la dent est restaurable endodontiquement.

6. ✗ Une patiente de 40 ans présente une lésion blanche, non douloureuse, non détachable au raclage, sur la muqueuse jugale gauche, qui a évolué lentement sur 6 mois. Elle fume depuis 20 ans. Quelle(s) est (sont) la (les) démarche(s) diagnostique(s) et thérapeutique(s) la (les) plus appropriée(s) ?

- A. Rassurer la patiente et lui conseiller d'arrêter de fumer
- B. Prescrire un traitement antifongique et revoir la patiente dans 2 semaines

C. Réaliser une biopsie incisionnelle de la lésion.

D. Effectuer un examen histopathologique de la lésion.

Explication : Une lésion blanche, non détachable, chez une fumeuse évoluant lentement, est fortement suspecte de

B. Prescrire un traitement antifongique et revoir la patiente dans 2 semaines

C. Réaliser une biopsie incisionnelle de la lésion.

D. Effectuer un examen histopathologique de la lésion.

Explication : Une lésion blanche non détachable chez une fumeuse évoluant lentement est fortement suspecte de leucoplasie. La leucoplasie est une lésion potentiellement maligne. La démarche appropriée est de ne pas se contenter de rassurer ou de prescrire un traitement antifongique (qui ne serait efficace que pour une candidose). Il est impératif de réaliser une biopsie incisionnelle pour obtenir un échantillon de tissu et l'envoyer pour un examen histopathologique. C'est le seul moyen de confirmer le diagnostic et d'évaluer la présence éventuelle de dysplasie ou de carcinome in situ.

7. ✗ Un patient de 25 ans consulte pour une douleur intense et pulsatile sur la 47. L'examen révèle une carie profonde atteignant la pulpe et une tuméfaction vestibulaire avec un léger trismus. La dent est sensible à la percussion et très douloureuse au test de vitalité thermique. Quelle(s) est (sont) la (les) étape(s) thérapeutique(s) initial(e)s la (les) plus appropriée(s) ?

A. Prescription d'antibiotique et d'anti-inflammatoire uniquement

B. Drainage de l'abcès vestibulaire suivi d'une pulpectomie

C. Extraction immédiate de la dent

D. Réalisation d'une pulpotomie pour soulager la douleur

Explication : Les signes cliniques (douleur intense pulsatile, tuméfaction, trismus, sensibilité à la percussion, test thermique douloureux) indiquent une pulpite irréversible avec une extension de l'infection en abcès (parodontite apicale aiguë suppurée). La priorité est le drainage de l'infection (par voie canalaire via la pulpectomie et/ou par incision de l'abcès si fluctuant). La pulpectomie (élimination de la pulpe coronaire et radiculaire) est le traitement endodontique d'urgence qui permet de soulager la douleur en éliminant la source de l'infection. Les antibiotiques seuls ne suffisent pas. L'extraction est une option mais la conservation de la dent est préférable si possible. La pulpotomie n'est pas indiquée lorsqu'une infection s'est propagée au-delà de la pulpe coronaire.

Connaissances théoriques en Chirurgie dentaire

8. ✗ Quelle(s) est (sont) la (les) caractéristique(s) du lichen plan buccal érosif ?

A. Il est toujours asymptomatique

B. Il présente un risque de transformation maligne

C. Les lésions sont principalement des papules et des stries de Wickham

D. Il répond bien aux traitements antifongiques

Explication : Le lichen plan buccal érosif est une forme symptomatique et potentiellement pré-maligne du lichen plan buccal. Contrairement aux formes réticulées, il peut être douloureux et ulcéré. Le risque de transformation maligne est une caractéristique importante justifiant une surveillance régulière. Les papules et stries de Wickham sont plus typiques des formes réticulées ou papuleuses et les traitements antifongiques n'ont aucune efficacité contre cette pathologie auto-immune.

9. ✗ Parmi les facteurs suivants, lequel(lesquels) est (sont) un (des) facteur(s) de risque de la péri-implantite ?

A. Antécédent de parodontite

B. Mauvaise hygiène bucco-dentaire

C. Tabagisme

D. Surcharge occlusale.

Explication : La péri-implantite est une inflammation des tissus péri-implantaires avec perte osseuse. Plusieurs facteurs de risque sont identifiés : un antécédent de parodontite (le patient est plus susceptible), une mauvaise hygiène bucco-dentaire entraînant une accumulation de plaque, le tabagisme qui altère la réponse immunitaire et la vascularisation et la surcharge occlusale qui peut entraîner un stress mécanique sur l'os péri-implantaire.

10. ✗ Parmi les facteurs suivants, lequel(lesquels) est (sont) reconnu(s) comme un (des) facteur(s) de risque de la parodontite chronique ?

A. Le tabagisme

B. Le diabète mal contrôlé à votre portée.

C. La consommation excessive de café.

10. ✗ Parmi les facteurs suivants, lequel(lesquels) est (sont) reconnu(s) comme un (des) facteur(s) de risque de la parodontite chronique?

- A. Le tabagisme
- B. Le diabète mal contrôlé
- C. La consommation excessive de café.
- D. L'hygiène bucco-dentaire parfaite

Explication: Le tabagisme est un facteur de risque majeur et modifiable de la parodontite chronique agissant sur la réponse immunitaire et la microcirculation. Le diabète mal contrôlé est également un facteur de risque systémique bien établi, augmentant la susceptibilité aux infections et altérant la cicatrisation. La consommation excessive de café n'est pas un facteur de risque direct de parodontite. Une hygiène bucco-dentaire parfaite est au contraire un facteur protecteur.

11. ✗ Parmi les techniques de blanchiment dentaire, laquelle(lesquelles) peut (peuvent) être réalisée(s) au fauteuil par le praticien?

- A. Blanchiment externe par application de peroxyde de carbamide à faible concentration
- B. Blanchiment interne pour dents devitalisées
- C. Blanchiment externe par application de peroxyde d'hydrogène à forte concentration sous protection gingivale
- D. Utilisation de dentifrices blanchissants

Explication: Le blanchiment au fauteuil par le praticien implique des produits à forte concentration et des techniques spécifiques. Le blanchiment interne est spécifiquement destiné aux dents devitalisées et est réalisé au fauteuil. Le blanchiment externe avec peroxyde d'hydrogène à forte concentration (ex: 35-40%) est également une procédure au fauteuil nécessitant une protection gingivale rigoureuse. L'application de peroxyde de carbamide à faible concentration est typique du blanchiment ambulatoire (à domicile). Les dentifrices blanchissants sont des produits d'hygiène quotidienne, non des techniques de blanchiment professionnelles au fauteuil.

12. ✗ Quelle(s) est (sont) la (les) indication(s) principal(e)s de l'avulsion des troisièmes molaires (dents de sagesse) ?

- A. Prévention systématique de toutes les troisièmes molaires incluses asymptomatiques
- B. Péricoronarite récidivante
- C. Résorption radiculaire de la deuxième molaire adjacente
- D. Absence de contact occlusal fonctionnel

Explication: Les indications d'avulsion des troisièmes molaires sont bien établies. La péricoronarite récidivante est une indication majeure en raison de l'inflammation et de l'infection. La résorption radiculaire de la deuxième molaire adjacente est également une indication claire pour préserver la dent adjacente. L'avulsion systématique des dents incluses asymptomatiques est controversée et n'est plus une indication systématique. L'absence de contact occlusal fonctionnel n'est pas une indication d'avulsion, sauf si elle est associée à d'autres pathologies.

13. ✗ Quel(s) facteur(s) est (sont) à considérer lors du choix d'un système adhésif dentinaire ?

- A. La compatibilité avec le matériau de restauration
- B. La technique d'application (mouillé ou sec).
- C. La présence de solvants (eau, éthanol, acétone).
- D. Le prix du produit uniquement

Explication: Le choix d'un système adhésif dentinaire est crucial. Il faut considérer sa compatibilité avec le matériau de restauration utilisé (ex: composite ciment verre-ionomère modifié par résine). La technique d'application (mouillé ou sec) pour les adhésifs 'etch-and-rinse' est primordiale pour la réussite de l'adhésion. La présence et le type de solvants (eau, éthanol, acétone) influencent l'évaporation et la formation de la couche hybride. Le prix est un facteur économique mais ne doit pas prévaloir sur les considérations cliniques de performance et de durabilité.

14. ✗ Parmi les méthodes de diagnostic de la carie dentaire, laquelle(lesquelles) est (sont) considérée(s) comme la (les) plus fiable(s) pour les lésions proximales?

- A. Examen visuel direct
- B. Sondage avec une sonde parodontale
- C. Radiographies interproximales (bitewings)
- D. Transillumination

- A. Examen visuel direct
- B. Sondage avec une sonde parodontale

C. Radiographies interproximales (bitewings).

- D. Transillumination

Explication: Pour les lésions carieuses proximales (entre les dents), l'examen visuel direct est souvent insuffisant car la lésion est cachée. Le sondage n'est pas recommandé car il peut endommager l'émail déminéralisé. La transillumination peut être utile pour détecter des ombres, mais sa fiabilité est variable. Les radiographies interproximales (bitewings) sont considérées comme l'outil diagnostique le plus fiable pour détecter les caries proximales en particulier à leurs stades précoces, car elles permettent de visualiser la déminéralisation de l'émail et de la dentine.

15. ✗ Parmi les techniques de restauration des dents dépulpées, laquelle (lesquelles) est (sont) recommandée(s) pour les dents postérieures fortement délabrées ?

- A. Restauration directe avec un composite
- B. Inlay-core (faux moignon) et couronne périphérique**
- C. Onlay en composite ou en céramique**
- D. Amalgam dentaire sans ancrage intracanal

Explication: Pour les dents postérieures dépulpées et fortement délabrées, la protection cuspidale est essentielle. L'inlay-core associé à une couronne périphérique est une solution classique et robuste. Les onlays (en composite ou en céramique) sont des restaurations partielles qui couvrent les cuspidales, offrant une protection tout en étant moins invasifs qu'une couronne complète. Une restauration directe en composite seule ou un amalgam sans ancrage adéquat ne protègent pas suffisamment les cuspidales et risquent de fracturer la dent. L'onlay est une bonne alternative quand le délabrement n'est pas extrême et que les parois résiduelles sont suffisantes.

16. ✗ Quel(s) examen(s) complémentaire(s) est (sont) essentiel(s) pour le diagnostic d'une fracture radiculaire verticale ?

- A. Test de vitalité pulpaire
- B. Radiographie rétro-alvéolaire avec plusieurs incidences.**
- C. Tomodensitométrie à faisceau conique (CBCT).**
- D. Transillumination

Explication: Le diagnostic d'une fracture radiculaire verticale est souvent difficile. La radiographie rétro-alvéolaire avec plusieurs incidences (par exemple, angulation verticale et horizontale différentes) peut révéler un liseré parodontal élargi ou une image en 'J', mais elle reste souvent insuffisante. La tomodensitométrie à faisceau conique (CBCT) est l'examen de choix, car elle permet une visualisation tridimensionnelle de la racine et peut directement montrer la ligne de fracture. Le test de vitalité pulpaire est généralement négatif car la pulpe est nécrosée. La transillumination est utile pour les fractures coronaires mais moins pour les fractures radiculaires verticales.

17. ✗ Quel(s) est (sont) l' (les) avantage(s) de l'utilisation de la digue en caoutchouc en endodontie ?

- A. Protection du patient contre l'ingestion de produits**
- B. Amélioration de la visibilité du champ opératoire**
- C. Prévention de la contamination bactérienne du canal.**
- D. Réduction du temps de traitement

Explication: La digue en caoutchouc est essentielle en endodontie. Elle protège le patient contre l'ingestion ou l'inhalation de petits instruments et de produits irritants (ex: hypochlorite de sodium). Elle améliore considérablement la visibilité et l'accès au champ opératoire en écartant les tissus mous. Elle assure un environnement aseptique en isolant la dent de la salive et des bactéries buccales, prévenant ainsi la contamination bactérienne du canal. Bien qu'elle puisse optimiser certaines étapes, elle ne réduit pas systématiquement le temps de traitement global, mais améliore la qualité.

18. ✗ Quelle(s) est (sont) la (les) caractéristique(s) du granulome apical chronique ?

- A. Il est toujours symptomatique
- B. Il est visible radiographiquement comme une image radio-claire circonscrite à l'apex.**
- C. Il est causé par une infection bactérienne d'origine pulpaire**
- D. Il nécessite systématiquement une extraction dentaire

Explication: Le granulome apical chronique est une lésion inflammatoire périapicale d'origine pulpaire causée par une

B. Il est visible radiographiquement comme une image radio-claire circonscrite à l'apex

C. Il est causé par une infection bactérienne d'origine pulpaire

D. Il nécessite systématiquement une extraction dentaire

Explication: Le granulome apical chronique est une lésion inflammatoire périapicale d'origine pulpaire causée par une infection bactérienne suite à une nécrose pulpaire. Il est souvent asymptomatique mais peut s'exacerber. Radiographiquement, il se manifeste par une image radio-claire circonscrite à l'apex de la dent. Le traitement de choix est généralement le traitement endodontique (obturation canalaire) et non systématiquement l'extraction dentaire sauf en cas d'échec du traitement conservateur.

19. ✗ Parmi les techniques de chirurgie pré-prothétique, laquelle (lesquelles) vise (visent) à augmenter le volume osseux ?

A. Alvéoloplastie

B. Greffe osseuse autogène

C. Sinus lift (élévation du plancher sinusien).

D. Vestibuloplastie

Explication: La chirurgie pré-prothétique vise à préparer les tissus pour la future prothèse. La greffe osseuse autogène (prélèvement d'os chez le patient) et le sinus lift (élévation du plancher sinusien avec comblement osseux) sont des techniques visant à augmenter le volume osseux pour permettre la pose d'implants ou améliorer la rétention de prothèses amovibles. L'alvéoloplastie est une régularisation osseuse (réduction de volume). La vestibuloplastie vise à approfondir le vestibule pour améliorer la rétention prothétique mais n'augmente pas le volume osseux.

20. ✗ Quel(s) élément(s) est (sont) crucial (cruciaux) pour le diagnostic d'une pulpite irréversible symptomatique ?

A. Douleur aiguë, spontanée, lancinante et persistante

B. Réponse positive et prolongée au test au froid

C. Absence de douleur à la percussion

D. Présence d'une fistule drainante

Explication: La pulpite irréversible symptomatique se caractérise par une douleur aiguë, spontanée, lancinante et persistante et souvent irradiante. La réponse au test au froid est exacerbée, intense et prolongée, ne disparaissant pas rapidement après le retrait du stimulus. L'absence de douleur à la percussion est plus typique d'une pulpite réversible ou d'une pulpite irréversible sans extension parodontale apicale. La présence d'une fistule drainante indique généralement une nécrose pulpaire et une infection chronique, pas une pulpite irréversible.

21. ✗ Parmi les instruments utilisés en endodontie, lequel (lesquels) est (sont) destiné(s) à l'obturation canalaire ?

A. Les limes H.

B. Les cônes de gutta-percha

C. Les écarteurs (spreaders) et condenseurs (pluggers).

D. Les forets de Gates-Glidden

Explication: L'obturation canalaire vise à sceller l'espace canalaire après la préparation. Les cônes de gutta-percha sont le matériau principal de l'obturation. Les écarteurs (spreaders) et condenseurs (pluggers) sont des instruments utilisés pour compacter la gutta-percha dans le canal. Les limes H et les forets de Gates-Glidden sont des instruments de préparation canalaire (mise en forme et nettoyage), non d'obturation.

22. ✗ Quelle(s) est (sont) la (les) indication(s) principale(s) des gouttières de fluoruration ?

A. Traitement de la parodontite agressive.

B. Prévention de la carie chez les patients à risque carieux élevé.

C. Blanchiment dentaire

D. Soulagement de la sensibilité dentinaire

Explication: Les gouttières de fluoruration sont utilisées pour délivrer des agents fluorés directement aux dents. Leurs indications principales sont la prévention de la carie chez les patients à risque carieux élevé (ex: radiothérapie cervico-faciale, hygiène déficiente, xérostomie sévère) et le soulagement de la sensibilité dentinaire. Elles ne traitent pas la parodontite agressive et ne sont pas utilisées pour le blanchiment dentaire.

D. Soulagement de la sensibilité dentinaire

Explication: Les gouttières de fluorations sont utilisées pour délivrer des agents fluorés directement aux dents. Leurs indications principales sont la prévention de la carie chez les patients à risque carieux élevé (ex: radiothérapie cervico-faciale, hygiène déficiente, xérostomie sévère) et le soulagement de la sensibilité dentinaire. Elles ne traitent pas la parodontite agressive et ne sont pas utilisées pour le blanchiment dentaire.

23. ✗ Quelle(s) est (sont) la (les) manifestation(s) clinique(s) de la candidose pseudo-membraneuse buccale ?

A. Plaques blanches crémeuses, facilement détachables

B. Lésions ulcérées douloureuses

C. Atrophie des papilles linguales

D. Sensation de brûlure

Explication: La candidose pseudo-membraneuse est la forme la plus courante de candidose buccale. Elle se caractérise par des plaques blanches crémeuses, ressemblant à du lait caillé, qui sont facilement détachables et laissent une surface érythémateuse (rouge) et parfois saignante. La sensation de brûlure ou de sécheresse buccale est un symptôme fréquent. Les lésions ulcérées douloureuses sont plus typiques d'aphtes ou d'herpès. L'atrophie des papilles linguales est plutôt associée à la candidose érythémateuse chronique ou à des carences.

24. ✗ Quelle(s) est (sont) la (les) caractéristique(s) de la dentinogénèse imparfaite ?

A. Elle est une anomalie génétique de la formation de l'émail

B. Les dents ont un aspect opalescent (bleu-gris ou ambré).

C. Les chambres pulpaire et les canaux radiculaires sont souvent oblitérés

D. Elle n'affecte jamais la dentition primaire

Explication: La dentinogénèse imparfaite (DI) est une anomalie génétique de la formation de la dentine. Les dents affectées ont un aspect caractéristique opalescent, allant du bleu-gris à l'ambré. Radiographiquement, les chambres pulpaire et les canaux radiculaires sont souvent partiellement ou totalement oblitérés (aspect en 'coquille'). Elle affecte les deux dentitions primaire et permanente et peut entraîner une fragilité dentaire et une usure prématurée. L'amélogénèse imparfaite est une anomalie de l'émail, pas de la dentine.

25. ✗ Quel(s) est (sont) l' (les) avantage(s) des restaurations indirectes (inlays/onlays) par rapport aux restaurations directes étendues ?

A. Meilleure résistance à l'usure

B. Meilleure adaptation marginale

C. Moins de temps clinique au fauteuil

D. Nécessitent moins de préparation dentaire

Explication: Les restaurations indirectes (inlays/onlays) offrent plusieurs avantages par rapport aux restaurations directes étendues. Elles présentent une meilleure résistance à l'usure et à la fracture, en particulier pour les matériaux céramiques ou composites polymérisés en laboratoire. L'adaptation marginale est souvent supérieure car la restauration est fabriquée en laboratoire sur un modèle. Elles nécessitent généralement plus de temps clinique (deux séances) et une préparation dentaire plus importante pour assurer la rétention et la résistance.

26. ✗ Quel(s) est (sont) le (les) signe(s) radiographique(s) d'un kyste radiculaire ?

A. Image radio-claire circonscrite à l'apex, avec un liseré radio-opaque

B. Épaississement du ligament parodontal

C. Résorption radiculaire externe

D. Image radio-opaque en 'cible'.

Explication: Un kyste radiculaire est une lésion inflammatoire chronique d'origine pulpaire. Radiographiquement, il se caractérise typiquement par une image radio-claire (sombre) bien circonscrite à l'apex de la dent, souvent entourée d'un fin liseré radio-opaque (blanc) qui représente la corticale osseuse réactive. L'épaississement du ligament parodontal est un signe de parodontite apicale ou de traumatisme occlusal. La résorption radiculaire externe peut être associée mais n'est pas spécifique au kyste. Une image radio-opaque en 'cible' n'est pas un signe de kyste radiculaire.

27. ✗ Parmi les causes de l'halitose (mauvaise haleine), laquelle (lesquelles) est (sont) d'origine buccale ?

Explication : Un kyste radiculaire est une lésion inflammatoire chronique d'origine pulpaire. Radiographiquement, il se caractérise typiquement par une image radio-claire (sombre) bien circonscrite à l'apex de la dent, souvent entourée d'un fin liseré radio-opaque (blanc) qui représente la corticale osseuse réactive. L'épaississement du ligament parodontal est un signe de parodontite apicale ou de traumatisme occlusal. La résorption radiculaire externe peut être associée mais n'est pas spécifique au kyste. Une image radio-opaque en 'cible' n'est pas un signe de kyste radiculaire.

27. ✗ Parmi les causes de l'halitose (mauvaise haleine), laquelle (lesquelles) est (sont) d'origine buccale ?

- A. Les caries profondes
- B. Les maladies parodontales
- C. Le reflux gastro-œsophagien
- D. La xérostomie (bouche sèche).

Explication : La majorité des cas d'halitose (environ 90%) ont une origine buccale. Les caries profondes et les maladies parodontales (gingivite, parodontite) sont des sources majeures de bactéries produisant des composés sulfurés volatils responsables de l'odeur. La xérostomie (bouche sèche) réduit le flux salivaire, ce qui diminue le nettoyage naturel de la bouche et favorise la prolifération bactérienne. Le reflux gastro-œsophagien est une cause extra-buccale d'halitose.

28. ✗ Quelle(s) est (sont) la (les) caractéristique(s) d'un abcès parodontal ?

- A. Douleur localisée, tuméfaction et rougeur
- B. Mobilité dentaire accrue.
- C. Présence d'une poche parodontale profonde
- D. Origine systématiquement pulpaire

Explication : L'abcès parodontal est une infection localisée des tissus de soutien de la dent. Il se manifeste par une douleur localisée, une tuméfaction gingivale, une rougeur et souvent une mobilité dentaire accrue due à la pression du pus. La présence d'une poche parodontale profonde est un facteur prédisposant majeur car elle permet l'accumulation bactérienne. Son origine est parodontale, non systématiquement pulpaire (ce serait un abcès périapical).

29. ✗ Quelle(s) est (sont) la (les) particularité(s) de l'ostéonécrose des maxillaires liée aux bisphosphonates (ONJ-BP) ?

- A. Elle survient uniquement chez les patients traités par bisphosphonates par voie orale.
- B. Elle se manifeste par une exposition osseuse qui persiste plus de 8 semaines.
- C. Le risque est maximal après des procédures chirurgicales invasives comme les extractions dentaires.
- D. Le traitement de choix est toujours l'oxygénothérapie hyperbare.

Explication : L'ostéonécrose des maxillaires liée aux bisphosphonates (ONJ-BP) est une complication grave. Elle peut survenir chez les patients traités par bisphosphonates par voie orale ou intraveineuse, bien que le risque soit plus élevé avec la voie IV. La définition clé inclut une exposition osseuse dans la région maxillo-faciale qui persiste pendant plus de 8 semaines, sans antécédent de radiothérapie. Le risque est en effet considérablement augmenté après des procédures chirurgicales invasives. L'oxygénothérapie hyperbare n'est pas le traitement de choix systématique et son efficacité reste débattue; la prise en charge est souvent conservatrice et chirurgicale selon les cas.

30. ✗ Quel(s) élément(s) est (sont) essentiel(s) dans la prévention de la carie dentaire ?

- A. Réduction de la fréquence des apports sucrés.
- B. Utilisation de dentifrices fluorés.
- C. Brossage dentaire régulier et efficace.
- D. Applications systématiques de vernis fluorés chez tous les patients.

Explication : La prévention de la carie dentaire repose sur plusieurs piliers. La réduction de la fréquence des apports sucrés est cruciale pour limiter le temps d'acidité dans la bouche. L'utilisation de dentifrices fluorées renforce l'émail et favorise la reminéralisation. Un brossage dentaire régulier et efficace élimine la plaque bactérienne. L'application systématique de vernis fluorés n'est pas indiquée pour tous les patients, mais pour ceux présentant un risque carieux élevé.

31. ✗ Quelle(s) est (sont) la (les) complication(s) potentielle(s) d'un traitement orthodontique chez l'adulte ?

- A. Résorption radiculaire
- B. Déminéralisation de l'émail
- C. Douleur temporo-mandibulaire

31. ✗ Quelle(s) est (sont) la (les) complication(s) potentiell(e)s d'un traitement orthodontique chez l'adulte?

- A. Résorption radiculaire
- B. Déminéralisation de l'émail
- C. Douleur temporo-mandibulaire
- D. Augmentation systématique du risque carieux

Explication: Les complications potentielles d'un traitement orthodontique chez l'adulte incluent la résorption radiculaire (un raccourcissement des racines), la déminéralisation de l'émail (taches blanches) due à une hygiène insuffisante autour des attaches, et l'apparition ou l'exacerbation de douleurs temporo-mandibulaires. Le risque carieux n'augmente pas systématiquement mais il est accru si l'hygiène bucco-dentaire n'est pas maintenue rigoureusement pendant le traitement.

32. ✗ Parmi les types de résorptions radiculaires, laquelle (lesquelles) est (sont) d'origine inflammatoire?

- A. Résorption externe de remplacement (ankylose).
- B. Résorption interne
- C. Résorption externe cervicale invasive
- D. Résorption externe superficielle

Explication: Les résorptions radiculaires inflammatoires sont causées par une inflammation. La résorption interne est une résorption de la dentine depuis la chambre pulpaire ou le canal, généralement due à une inflammation chronique de la pulpe. La résorption externe cervicale invasive est également inflammatoire, souvent associée à un traumatisme ou un blanchiment débutant à la surface externe de la racine. La résorption externe de remplacement (ankylose) est une fusion de la racine avec l'os, non inflammatoire. La résorption externe superficielle est une réponse physiologique à une pression légère et est souvent auto-limitée.

33. ✗ Quel(s) est (sont) le (les) objectif(s) de l'apicalisation radiculaire (apexification) chez les dents permanentes immatures?

- A. Obturer le canal radiculaire avec de la gutta-percha
- B. Induire la formation d'une barrière calcifiée à l'apex
- C. Stimuler la fermeture apicale naturelle de la racine
- D. Conserver la vitalité pulpaire

Explication: L'apicalisation radiculaire (apexification) est une procédure pour les dents permanentes immatures dont la pulpe est nécrosée et l'apex ouvert. Son objectif est d'induire la formation d'une barrière calcifiée à l'apex de la racine, permettant ensuite une obturation canalaire étanche. Elle ne vise pas à obturer le canal directement avec de la gutta-percha (ce qui est fait après l'apexification), ni à stimuler la fermeture apicale naturelle (qui est l'objectif de l'apexogénèse pour les pulpes vitales), ni à conserver la vitalité pulpaire (la pulpe étant déjà nécrosée).

34. ✗ Quelle(s) est (sont) la (les) principal(e)s différenc(e)s entre une pulpite réversible et irréversible?

- A. La pulpite réversible est spontanée, la pulpite irréversible est provoquée
- B. La douleur de la pulpite réversible est courte et disparaît après le stimulus, celle de l'irréversible est prolongée.
- C. La pulpite réversible ne nécessite pas de traitement, l'irréversible nécessite une endodontie
- D. La pulpite irréversible entraîne systématiquement une nécrose pulpaire

Explication: La distinction clé entre pulpite réversible et irréversible réside dans la réversibilité de l'inflammation pulpaire. Dans la pulpite réversible, la douleur est provoquée (par le froid, le sucré), de courte durée et disparaît rapidement après le retrait du stimulus. Dans la pulpite irréversible, la douleur est souvent spontanée, intense, lancinante et prolongée, ne disparaissant pas facilement. La pulpite réversible peut être traitée par élimination de la cause (restauration), tandis que la pulpite irréversible nécessite un traitement endodontique pour éviter la nécrose pulpaire, qui est sa conséquence inévitable si elle n'est pas traitée.

35. ✗ Parmi les matériaux d'obturation canalaire, lequel (lesquels) est (sont) considéré(s) comme le (les) gold standard?

- A. La gutta-percha
- B. Les ciments à base d'oxyde de zinc-eugénol
- C. Les résines époxy
- D. Les biocéramiques

A. La gutta-percha

B. Les ciments à base d'oxyde de zinc-eugénol

C. Les résines époxy

D. Les biocéramiques

Explication: La gutta-percha est le matériau d'obturation canalaire le plus utilisé et considéré comme le 'gold standard' en combinaison avec un ciment de scellement. Elle est biocompatible, radiopaque, facilement malléable et retirée en cas de reprise de traitement. Les ciments (à base d'oxyde de zinc-eugénol, résines époxy, biocéramiques) sont utilisés comme scellants, mais ne constituent pas à eux seuls le matériau d'obturation principal.

36. ✗ Quel(s) est (sont) l' (les) objectif(s) principal (principaux) du traitement parodontal non chirurgical (surfaçage radiculaire) ?

A. Éliminer la plaque et le tartre supra-gingival uniquement

B. Éliminer le biofilm bactérien et le tartre sous-gingival.

C. Réduire la profondeur des poches parodontales

D. Stimuler la régénération osseuse.

Explication: Le surfaçage radiculaire est une procédure essentielle du traitement parodontal non chirurgical. Son objectif principal est d'éliminer le biofilm bactérien, le tartre sous-gingival et les toxines bactériennes de la surface radiculaire pour créer une surface biocompatible avec les tissus parodontaux. Ceci permet de réduire l'inflammation, de diminuer la profondeur des poches parodontales et d'arrêter la progression de la maladie. L'élimination du tartre supra-gingival est la première étape (détartrage). La stimulation de la régénération osseuse est un objectif des traitements parodontaux chirurgicaux régénératifs, pas du surfaçage seul.

37. ✗ Quelle(s) est (sont) la (les) principal(s) complication(s) post-opératoire(s) précoce(s) d'une extraction dentaire simple ?

A. Alvéolite sèche.

B. Hémorragie

C. Infection

D. Ostéonécrose

Explication: Les principales complications post-opératoires précoces d'une extraction dentaire simple sont l'hémorragie (qui peut être primaire ou secondaire) et l'infection. L'alvéolite sèche est une complication plus tardive (généralement 2-3 jours après l'extraction) et se manifeste par une douleur intense sans pus. L'ostéonécrose est une complication rare, généralement associée à des facteurs de risque spécifiques (bisphosphonates, radiothérapie) et n'est pas une complication simple ou 'précoce' d'une extraction non compliquée.

<https://prepaconcoursdirectspro.com>

38. ✗ Parmi les techniques d'anesthésie locale en odontologie, laquelle (lesquelles) permet (permettent) l'anesthésie de la pulpe et des tissus durs d'une demi-arcade mandibulaire ?

A. Anesthésie locale par infiltration

B. Anesthésie tronculaire au niveau du foramen mentonnier

C. Anesthésie tronculaire au niveau de l'épine de Spix.

D. Anesthésie intraligamentaire

Explication: L'anesthésie tronculaire au niveau de l'épine de Spix (bloc du nerf alvéolaire inférieur) anesthésie le nerf alvéolaire inférieur, le nerf lingual et le nerf buccal. Elle permet d'anesthésier la pulpe de toutes les dents de l'hémi-arcade mandibulaire, les tissus mous buccaux (muqueuse jugale) et linguale, ainsi que la lèvre inférieure et le menton. L'infiltration est limitée à une ou deux dents. L'anesthésie du foramen mentonnier anesthésie la lèvre, le menton et les tissus mous buccaux des incisives, canines et prémolaires, mais pas la pulpe des dents. L'anesthésie intraligamentaire anesthésie une seule dent.

39. ✗ Quelle(s) est (sont) la (les) caractéristique(s) clinique(s) d'une cellulite cervico-faciale d'origine dentaire ?

A. Douleur localisée et bien circonscrite

B. Œdème diffus, chaud, rouge et douloureux

C. Trismus important

D. Absence de signes généraux d'infection

A. Douleur localisée et bien circonscrite

B. Œdème diffus, chaud, rouge et douloureux

C. Trismus important

D. Absence de signes généraux d'infection

Explication: Une cellulite cervico-faciale d'origine dentaire est une infection grave des tissus mous se caractérisant par un œdème diffus, chaud, rouge et très douloureux, souvent accompagné d'un trismus (difficulté à ouvrir la bouche) si l'infection se propage aux muscles masticateurs. Contrairement à un abcès, la cellulite n'est pas bien circonscrite. Des signes généraux d'infection comme la fièvre, la tachycardie et l'altération de l'état général sont fréquemment présents, indiquant une urgence médicale.

40. ✗ Quelle(s) est (sont) la (les) caractéristique(s) de l'amélogénèse imparfaite (AI) ?

A. Elle affecte uniquement la dentine

B. Elle est une anomalie génétique de la formation de l'émail

C. Elle se manifeste par un émail hypoplasique, hypomaturé ou hypominéralisé

D. Le traitement est toujours limité à l'extraction des dents affectées

Explication: L'amélogénèse imparfaite (AI) est un groupe hétérogène d'anomalies génétiques affectant la formation de l'émail, sans aucune atteinte systémique. Elle se manifeste par un émail hypoplasique (défaut de quantité), hypomaturé ou hypominéralisé (défaut de qualité), rendant les dents fragiles, sensibles et inesthétiques. Elle n'affecte pas la dentine. Le traitement est complexe et vise à restaurer la fonction et l'esthétique, rarement l'extraction systématique, sauf si les dents sont irrécupérables.

41. ✗ Quel(s) est (sont) le (les) principe(s) de la préparation canalaire en endodontie ?

A. Préserver le foramen apical.

B. Éliminer la pulpe et les débris bactériens

C. Donner une forme conique continue au canal.

D. Élargir au maximum le canal sans aucune limite

Explication: Les principes de la préparation canalaire sont cruciaux pour le succès endodontique. Il faut éliminer la pulpe et les débris bactériens, donner une forme conique continue au canal pour faciliter l'obturation et préserver le foramen apical pour éviter l'extrusion de matériaux et protéger les tissus périapicaux. Élargir au maximum le canal sans limite est une erreur qui peut entraîner des perforations ou des affaiblissements de la racine.

42. ✗ Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) le (les) plus important(s) pour évaluer le pronostic d'une dent parodontalement compromise ?

A. La profondeur de sondage.

B. Le degré de mobilité dentaire

C. La quantité de perte osseuse radiographique

D. L'âge du patient

Explication: L'évaluation du pronostic d'une dent parodontalement compromise repose sur plusieurs facteurs clés. La profondeur de sondage indique l'étendue de la destruction des tissus de soutien. Le degré de mobilité dentaire reflète la perte d'ancrage et l'intégrité du ligament parodontal. La quantité de perte osseuse radiographique est un indicateur objectif de la destruction osseuse. L'âge du patient est un facteur moins direct ; ce sont plutôt les facteurs de risque spécifiques au patient (tabac, diabète) et la réponse au traitement qui sont déterminants.

43. ✗ Quel(s) est (sont) l' (les) objectif(s) de la chirurgie parodontale résectrice ?

A. Éliminer les poches parodontales

B. Corriger les défauts osseux infra-osseux.

C. Créer une morphologie gingivale compatible avec la santé.

D. Stimuler la régénération des tissus parodontaux perdus

Explication: La chirurgie parodontale résectrice vise à éliminer les poches parodontales en réduisant la hauteur de l'os et/ou des tissus mous, et à créer une morphologie gingivale plus favorable à l'hygiène et à la santé parodontale. Elle ne corrige pas les défauts osseux infra-osseux (c'est le rôle de la chirurgie régénératrice) et ne stimule pas la régénération des tissus perdus, mais plutôt la cicatrisation par réparation.

Explication: La chirurgie parodontale résectrice vise à éliminer les poches parodontales en réduisant la hauteur de l'os et/ou des tissus mous et à créer une morphologie gingivale plus favorable à l'hygiène et à la santé parodontale. Elle ne corrige pas les défauts osseux infra-osseux (c'est le rôle de la chirurgie régénératrice) et ne stimule pas la régénération des tissus perdus mais plutôt la cicatrisation par réparation.

44. ✗ Parmi les méthodes de diagnostic des lésions parodontales, laquelle(lesquelles) est (sont) la (les) plus pertinent(e)s ?

A. Sondage parodontal pour mesurer la profondeur des poches.

B. Radiographies rétro-alvéolaires pour évaluer la perte osseuse.

C. Test de vitalité pulpaire

D. Examen visuel des tissus mous uniquement

Explication: Le diagnostic des lésions parodontales repose sur une combinaison d'examen clinique et radiographique. Le sondage parodontal est essentiel pour mesurer la profondeur des poches, le niveau d'attache clinique et la présence de saignement au sondage. Les radiographies rétro-alvéolaires permettent d'évaluer la perte osseuse horizontale et verticale. Le test de vitalité pulpaire est pertinent pour l'endodontie, pas directement pour les lésions parodontales. L'examen visuel des tissus mous est utile mais insuffisant pour un diagnostic précis de la parodontite.

45. ✗ Parmi les facteurs suivants, lequel(lesquels) est (sont) un (des) facteur(s) de risque d'échec implantaire précoce ?

A. Le tabagisme non contrôlé

B. Le diabète non équilibré

C. Une chirurgie trop traumatisante

D. La présence d'une péri-implantite

Explication: L'échec implantaire précoce survient avant l'ostéointégration (généralement dans les 3-6 premiers mois). Le tabagisme non contrôlé et le diabète non équilibré sont des facteurs de risques systémiques majeurs qui altèrent la cicatrisation osseuse et l'ostéointégration. Une chirurgie trop traumatisante peut également compromettre la vascularisation et la formation osseuse initiale. La péri-implantite est une complication tardive survenant après l'ostéointégration.

46. ✗ Parmi les facteurs suivants, lequel(lesquels) influence (influencent) la réussite d'un implant dentaire ?

A. La qualité et la quantité osseuse du site implantaire

B. Le contrôle de l'hygiène bucco-dentaire du patient

C. Le tabagisme

D. L'âge avancé du patient

Explication: La réussite d'un implant dentaire dépend de plusieurs facteurs. La qualité et la quantité osseuse sont primordiales pour l'ostéointégration. Le contrôle de l'hygiène bucco-dentaire du patient est essentiel pour prévenir les péri-implantites. Le tabagisme est un facteur de risque majeur de complication et d'échec implantaire. L'âge avancé en lui-même n'est pas une contre-indication à la pose d'implants, c'est plutôt l'état de santé général du patient qui est déterminant.

47. ✗ Parmi les facteurs de risque de la carie radiculaire, lequel(lesquels) est (sont) le (les) plus pertinent(s) ?

A. L'exposition des surfaces radiculaires

B. La xérostomie

C. Un régime alimentaire riche en fruits frais

D. Une hygiène bucco-dentaire parfaite

Explication: La carie radiculaire affecte la surface de la racine exposée. L'exposition des surfaces radiculaires (par récession gingivale) est donc un prérequis. La xérostomie (bouche sèche) réduit l'effet protecteur de la salive et est un facteur de risque majeur. Un régime alimentaire riche en fruits frais n'est pas un facteur de risque direct de carie radiculaire, bien que les acides des fruits puissent contribuer à l'érosion. Une hygiène bucco-dentaire parfaite est un facteur protecteur, pas un facteur de risque.

48. ✗ Quelle(s) est (sont) la (les) fonction(s) du ligament parodontal (desmodonte) ?

Explication: La carie radiculaire affecte la surface de la racine exposée. L'exposition des surfaces radiculaires (par récession gingivale) est donc un prérequis. La xérostomie (bouche sèche) réduit l'effet protecteur de la salive et est un facteur de risque majeur. Un régime alimentaire riche en fruits frais n'est pas un facteur de risque direct de carie radiculaire, bien que les acides des fruits puissent contribuer à l'érosion. Une hygiène bucco-dentaire parfaite est un facteur protecteur, pas un facteur de risque.

48. ✗ Quelle(s) est (sont) la (les) fonction(s) du ligament parodontal (desmodonte) ?

- A. Absorption des forces occlusales.
- B. Maintien de la dent dans l'alvéole
- C. Rôle sensoriel (proprioception).
- D. Production de ciment

Explication: Le ligament parodontal a des fonctions multiples et essentielles. Il assure l'ancrage de la dent à l'os alvéolaire, maintenant la dent dans son alvéole. Grâce à sa structure fibreuse, il absorbe et distribue les forces occlusales, protégeant ainsi l'os et la dent. Il contient également des récepteurs nerveux qui confèrent un rôle sensoriel (proprioception), permettant de réguler les forces de mastication. Le ciment est produit par les cémentoblastes, cellules présentes dans le ligament parodontal, mais le ligament lui-même ne produit pas le ciment.

49. ✗ Parmi les lésions élémentaires buccales, laquelle (lesquelles) est (sont) à potentiel de transformation maligne ?

- A. La leucoplasie
- B. L'érythroplasie
- C. Le lichen plan buccal érosif.
- D. Les candidoses buccales.

Explication: La leucoplasie (plaque blanche non détachable) et l'érythroplasie (plaque rouge veloutée) sont des lésions potentiellement malignes, l'érythroplasie ayant un potentiel de transformation beaucoup plus élevé. Le lichen plan buccal érosif est également reconnu comme une condition potentiellement maligne. Les candidoses buccales sont des infections fongiques opportunistes et ne présentent pas de potentiel de transformation maligne.

Lecture critique d'articles scientifiques en Chirurgie dentaire

50. ✗ Lors de la lecture critique d'un article sur l'efficacité d'un nouveau dentifrice pour la prévention de la carie, quel(s) type(s) de biais peut (peuvent) affecter la validité interne de l'étude ?

- A. Biais de publication
- B. Biais de sélection.
- C. Biais de performance
- D. Biais de confusion.

Explication: La validité interne d'une étude est la mesure dans laquelle les résultats peuvent être attribués à l'intervention étudiée plutôt qu'à d'autres facteurs. Le biais de sélection survient si les groupes ne sont pas comparables au départ. Le biais de performance se produit si les participants ou les soignants connaissent l'affectation au groupe et modifient leur comportement. Le biais de confusion est dû à un facteur externe associé à l'exposition et au résultat. Le biais de publication est un biais externe (ne concerne pas la validité interne de l'étude elle-même), où les études avec des résultats significatifs sont plus susceptibles d'être publiées.