

CF-75-Odontologie (Omnipraticien)-QCM-EVC-2025

Q 1. Concernant l'Interface dent / adhésif / céramique et sa stabilité à long terme, lors du collage d'un onlay en disilicate de lithium, quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exactes ?

- a) Une hybridation dentinaire est un préalable à la séance de collage et se réalise après la préparation
 - b) Le silane pré-hydrolysé est préférable au silane bi-composant pour une meilleure stabilité chimique
 - c) La formation d'une couche de silice amorphe après mordantage à l'acide fluorhydrique augmente la résistance de liaison
 - d) L'utilisation d'un adhésif universel contenant du MDP augmente les liaisons à l'hydroxyapatite du bandeau périphérique
 - e) Le post-chauffage du silane ($\approx 200^\circ\text{C}$ / 60 s) améliore la condensation du réseau siloxane et donc la durabilité de la liaison
-

Q 2. Adhésion et assemblage : Concernant le collage d'une facette en disilicate de lithium sur l'émail, quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exactes ?

- a) Le mordantage de la céramique à l'acide fluorhydrique permet de créer une micro-rétention dans la phase vitreuse
 - b) Le silane agit uniquement sur la phase cristalline
 - c) L'adhésif photo-polymérisable est contre-indiqué sur des facettes fines ($< 0,7\text{ mm}$)
 - d) L'acide phosphorique sur la dentine avant le silane permet d'augmenter la mouillabilité de la céramique
 - e) Une polymérisation en mode flash est préférable pour limiter les contraintes de contraction de prise
-

Q 3. Parmi les complications biologiques et mécaniques en prothèse fixée collée et conventionnelle, quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exactes ?

- a) Les décollements sont plus fréquents pour les bridges collés bi-ailettes que pour les mono-ailettes
 - b) Les caries secondaires sont plus fréquentes sous les prothèses scellées conventionnellement que sous les restaurations collées
 - c) Les fractures céramiques sont plus fréquentes sur zircone monolithique que sur zircone stratifiée
 - d) Le ciment de scellement joue un rôle majeur dans la prévention des infiltrations en prothèse collée
 - e) Un collage est indiqué dans l'assemblage zircone
-

Q 4. Pour un bridge collé cantilever remplaçant la dent 12 avec les dents 11 et 13 saines, quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exactes ?

- a) Le bridge peut être réalisé en céramique feldspathique ou disilicate de lithium
 - b) Les préparations se font sur 11 et sur 13
 - c) La forme de l'intermédiaire de bridge recommandée est dite "ovoïd pontic"
 - d) L'assemblage peut se faire avec un ciment verre-ionomère renforcé à la résine
 - e) La hauteur de l'élément de connexion est le facteur majeur de résistance mécanique pour éviter la fracture
-

Q 5. Concernant les préparations pour les facettes céramiques collées, quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exactes ?

- a) Les préparations avec réduction du bord occlusal peuvent être sans retour palatin de type « Butt Margin » ou avec retour palatin de type « incisal overlap ».
 - b) Elles doivent préserver un minimum de 50% de la surface de l'émail.
 - c) Les limites cervicales doivent idéalement rester supragingivales et la réduction d'épaisseur au niveau cervical ne doit pas dépasser 1,2 mm.
 - d) Elles peuvent être réalisées au travers d'un masque type « mock up » ou avec des fraises spécifiques à butées d'enfoncement.
 - e) La préparation sans réduction du bord occlusal de type fenêtre (« window ») présente le plus de risque biomécanique de fracture ou de décollement.
-

Q 6. Concernant les empreintes sur des préparations coronaires périphériques en prothèse fixée, quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exacte(s) ?

- a) Elles peuvent être réalisées selon la technique en 1 temps / 2 viscosités (double mélange) ou selon la technique en 2 temps / 2 viscosités.
 - b) Elles nécessitent la mise en place de fil (ou cordonnet) rétracteur imprégné de Chlorure d'Aluminium si la limite de préparation est intra-sulculaire.
 - c) Elles nécessitent la mise en place de fil rétracteur imprégné d' Eugénolate de Zinc si la limite de préparation est intra-sulculaire.
 - d) Les empreintes numériques sont moins sensibles que les empreintes physico-chimique aux fluides biologiques (salive, sang, exsudat) car les systèmes optiques peuvent filtrer les zones humides et reconstruire numériquement les limites masquées.
 - e) La précision marginale des empreintes numériques dépend de la stratégie de balayage et de la gestion thermique du capteur.
-

Q 7. En prothèse amovible partielle, concernant les attachements intra-coronaires, quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exacte(s)?

- a) ils assurent la rétention et la stabilisation
 - b) ils remplacent intégralement les appuis occlusaux
 - c) ils réduisent les contraintes sur les dents piliers
 - d) ils participent à l'esthétique en supprimant les crochets
 - e) ils ne nécessitent aucun entretien particulier
-

Q 8. Concernant le suivi d'une prothèse combinée, quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exacte(s)?

- a) Un démontage systématique annuel de la partie fixée
 - b) Une surveillance régulière des attachements ou barres (usure, jeu, rétention)
 - c) Une hygiène rigoureuse sous la partie amovible et autour des piliers
 - d) Une maintenance comparable à celle d'une prothèse amovible simple
 - e) Un remplacement obligatoire de la prothèse amovible tous les 2 ans
-

Q 9. Concernant l'empreinte secondaire en Prothèse Amovible Complète (PAC), quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exacte(s) ?

- a) Idéalement, avant d'utiliser un PEI en résine auto-polymérisable, il faut attendre 24 heures pour éviter toute déformation secondaire qui pourrait fausser l'empreinte secondaire
 - b) La présence d'un manche de préhension sur le PEI plutôt qu'un bourrelet de préhension n'a pas d'incidence sur la qualité des empreintes secondaires
 - c) En bouche, la rigidité, l'épaisseur des bords et la stabilité du PEI sur la surface d'appui doivent être contrôlées avant la réalisation du joint périphérique
 - d) La réalisation du joint périphérique à la pâte de Kerr peut se faire en un seul temps
 - e) Le praticien doit avoir noté le fond du vestibule sur son empreinte secondaire avant tout renvoi au laboratoire
-

Q 10. Concernant la gestion des matériaux pour la réalisation des empreintes secondaires en prothèse complète, quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exacte(s)?

- a) Les polysulfures ont une stabilité dimensionnelle limitée qui impose un traitement de l'empreinte dans les 24 heures qui suivent la prise d'empreinte
 - b) Les polyéthers et la pâte oxyde de Zinc eugénol (ZnO) ont une stabilité dimensionnelle remarquable dans le temps
 - c) La pâte à ZNO est un matériau hydrophobe
 - d) L'usage d'un adhésif sur la surface du porte empreinte individuel (PEI) pour la pâte oxyde de zinc eugénol est recommandé
 - e) Les polyéthers sont des matériaux hydrophiles, ce qui permet d'optimiser la reproductibilité des surfaces à enregistrer
-

Q 11. Concernant les objectifs de l'empreinte secondaire en prothèse amovible complète, quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exacte(s) ?

- a) Enregistrer les détails de la surface d'appui.
 - b) Obtenir un modèle sur lequel sera fabriquée la prothèse.
 - c) Enregistrer le jeu dynamique de la musculature.
 - d) Enregistrer la surface d'appui sous pression.
 - e) Améliorer la qualité d'une empreinte primaire jugée insuffisamment précise
-

Q 12. Au moment du réglage du bourrelet maxillaire en PAC, le Plan de Camper est objectivé par : (veuillez choisir une ou plusieurs bonne(s) réponses)

- a) Postérieurement, centre des Conduits Auditifs Externes
 - b) Antérieurement, le point sous-orbitaire
 - c) Antérieurement, le point sous-nasal
 - d) L'angulation par rapport au plan axio-orbitaire égale à 15°
 - e) L'angulation par rapport au plan axio-orbitaire égale à 10°
-

Q 13. Concernant la Dimension Verticale d'Occlusion (DVO), quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exacte(s) ?

- a) La méthode de la dimension verticale de repos permet d'estimer la DVO en soustrayant l'espace libre d'innocclusion physiologique.
 - b) Après avoir réalisé un mouvement tonique comme un rire ou un bâillement, le sujet se replace automatiquement en DVO.
 - c) La phonation permet de détecter une DVO excessive si les dents antérieures entravent l'émission de sons comme /s/ ou /ch/.
 - d) Un excès de DVO peut provoquer des douleurs musculaires et des troubles articulaires.
 - e) Une hyperactivité musculaire et une fatigue musculaire sont les conséquences d'une perte de DVO
-

Q 14. En prothèse amovible complète (PAC) uni-maxillaire, quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exacte(s) ?

- a) Le montage des dents sur la PAC s'adapte à l'occlusion des dents antagonistes.
 - b) Le schéma occlusal recommandé est celui de l'occlusion bilatéralement équilibré.
 - c) Le plan d'occlusion peut être modifié par des techniques additives.
 - d) Les contacts des dents antérieures est recherché en occlusion d'intercuspidie maximale.
 - e) Une empreinte fonctionnelle en occlusion doit être privilégiée pour le maxillaire.
-

Q 15. Concernant la prothèse complète immédiate, quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exacte(s)?

- a) L'empreinte secondaire anatomo-fonctionnelle est inutile en PAC immédiate d'usage en raison de la présence de dents résiduelles
 - b) L'enregistrement de la relation intermaxillaire en PAC immédiate est guidé par les contacts dento-dentaires
 - c) Lors de la phase chirurgicale précédant l'insertion d'une prothèse immédiate d'usage, l'utilisation d'un guide chirurgical permettant une plastie osseuse n'est pas indispensable
 - d) La réfection de base en PAC immédiate d'usage dans la première année qui suit les extractions est inutile
 - e) L'insertion prothétique de deux prothèses complètes immédiates d'usage peut être réalisée en deux séances distinctes si le patient le souhaite
-

Q 16. Concernant la mise en condition tissulaire en prothèse amovible complète, quelle(s) propositions est (sont-elles) exacte(s)?

- a) Elle a pour objectif d'assainir la surface d'appui ostéo-fibromuqueuse avant de réaliser la prothèse.
 - b) Elle peut être réalisée en complément d'une chirurgie pré-prothétique.
 - c) Elle peut être réalisée avec des matériaux résine à prise retardée.
 - d) Elle permet de réadapter définitivement la prothèse amovible complète.
 - e) Cet acte est identifié par un code de Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) opposable.
-

Q 17. Concernant l'intérêt de la Prothèse amovible supra implantaire (PACSI), quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exacte(s)?

- a) La pose de deux implants permet d'augmenter l'efficacité masticatoire grâce à une meilleure stabilisation de la prothèse mandibulaire
 - b) La résorption post-extractionnelle au maxillaire est centrifuge et à la mandibule centripète
 - c) Grâce à la rétention implantaire, l'encombrement de la base prothétique mandibulaire peut être diminué
 - d) Le positionnement des éléments de rétention à l'intérieur de la prothèse devra se faire sous contrainte occlusale pour tenir compte de la dépressibilité tissulaire et des forces transmises aux infrastructures implanto-portées
 - e) La pose de deux implants symphysaires génère un surcoût financier important pour le patient
-

Q 18. Concernant le consensus de Mc Gill sur la prothèse amovible complète supra-implantaires (PACSI), quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exacte(s) ?

- a) La PACSI est le traitement de référence de l'édentement complet au maxillaire.
 - b) La PACSI est une prothèse implanto-retenue ou à complément de rétention implantaire.
 - c) La PACSI utilise des attachements cylindriques ou des attachements sphériques ou des barres à section ronde.
 - d) La PACSI utilise des attachements à liaison articulée pour prendre en compte la différence de dépressibilité tissulaire entre les implants et la surface d'appui ostéo-fibro-muqueuse.
 - e) Une force de rétention de l'attachement de 25 Ncm^{-1} est recommandée.
-

Q 19. L'empreinte pour une prothèse fixe implanto-portée (veuillez choisir une ou plusieurs bonne(s) réponses) :

- a) Doit utiliser un transfert d'empreinte pour une empreinte physico-chimique ou un « scan body » pour une empreinte numérique.
 - b) Dans le cas d'une restauration supportée par 4 implants il est recommandé de solidariser les transferts d'implants pour une empreinte physico-chimique.
 - c) Peut se réaliser avec des transferts directs implants lorsque les implants divergent de 45° .
 - d) Peut utiliser une technique d'empreinte qui emporte les transferts d'empreinte appelée également technique d'empreinte « à ciel ouvert ».
 - e) Toutes les propositions sont fausses.
-

Q 20. Concernant les prothèses implantaires transvissées, quelle(s) propositions est (sont-elles) exacte(s) ?

- a) Elles augmentent le risque de péri-implantite par rapport à la prothèse scellée.
 - b) La vis de pilier doit être protégée avec un matériau, comme du téflon, pour une réintervention possible.
 - c) Chaque dévissage de prothèse implantaire portée et torquée au couple recommandé par le fabricant nécessite de renouveler des vis de prothèses.
 - d) Elles ont un risque augmenté de fracture de céramique cosmétique par rapport à la prothèse implantaire scellée.
 - e) Elles nécessitent une passivité de l'armature avec un seuil maximal d'imprécision de $100 \mu\text{m}$.
-

Q 21. À la lecture d'une radiographie panoramique, vous notez la présence d'une volumineuse lésion radio claire sur l'hémi-mandibule droite sous forme d'une lacune multiloculaire très nette entourée d'une ligne radio opaque de condensation osseuse. Concernant la ou les nature(s) de cette lésion, quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exacte(s) ?

- a) Un ostéosarcome
 - b) Un kyste épidermoïde
 - c) Un kyste folliculaire
 - d) Un chondroblastome
 - e) Un améloblastome
-

Q 22. Concernant la lésion précédemment évoquée, un examen complémentaire en imagerie de l'hémi-mandibule est demandé. Pour quelle(s) raison(s) demande-t-on cet examen complémentaire, (veuillez choisir une ou plusieurs bonnes réponses) ?

- a) Pour déterminer la situation du foramen mandibulaire par rapport à la lésion.
 - b) Pour visualiser la situation du nerf alvéolaire inférieur.
 - c) Pour déterminer les biomensurations de la lésion
 - d) Pour estimer l'état de la corticale de la paroi vestibulaire.
 - e) Pour évaluer les rapports de la lésion avec la loge submandibulaire.
-

Q 23. Quel est l'examen complémentaire le plus approprié en imagerie pour examiner une volumineuse lésion endo-osseuse ?

- a) L'IRM.
 - b) La tomodensitométrie.
 - c) L'échographie.
 - d) La sialographie.
 - e) Le cone beam computed tomography (CBCT)
-

Q 24. À propos des reconstructions DICOM (Digital imaging and communication in medicine) en imagerie, parmi les plans de reconstruction, quelle(s) propositions est (sont-elles) exacte(s) ?

- a) Le plan dit vertical nommé aussi plan axial.
 - b) Le plan dit horizontal nommé aussi plan axial.
 - c) Le plan dit panorex nommé aussi plan transversal.
 - d) Le plan dit coronal nommé aussi plan transversal.
 - e) Le plan coronal est orienté selon l'axe vestibulo-lingual.
-

Q 25. À l'interrogatoire médical au cours d'une consultation, nous apprenons que le patient présente une maladie auto immune. Il est traité pour cette maladie par corticothérapie au long cours (depuis cinq ans) à raison de 5mg par jour. À propos des effets secondaires de ce traitement, quelle(s) propositions est (sont-elles) exactes ?

- a) Une thrombopénie.
 - b) Une hypoglycémie.
 - c) Une immuno dépression.
 - d) Un retard de cicatrisation.
 - e) Un trouble de l'hémostase.
-

Q 26. Nous apprenons au cours de l'interrogatoire médical, qu'un patient traité pour une HTA (hypertension artérielle), prend un AOD (anticoagulant oral direct). À propos de cet anticoagulant, quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exacte(s) ?

- a) Cet anticoagulant fait partie de la famille des AVK.
 - b) Cet anticoagulant agit directement sur un facteur de la coagulation.
 - c) Une INR sera prescrite pour évaluer l'hémostase de ce patient.
 - d) Tout acte chirurgical est proscrit chez un patient sous AOD.
 - e) Un traitement relai par héparane sulfate est systématiquement demandé chez un patient sous AOD.
-

Q 27. En consultation post-opératoire, un patient se plaint de gênes qui se sont manifestées au niveau de sa langue. À propos de la nature de la lésion, quelle(s) proposition(s) est (sont-elles) exacte(s) ?

- a) Une lésion du nerf mandibulaire peut occasionner un défaut de mobilité de la langue.
 - b) Une lésion du nerf lingual peut occasionner un défaut de mobilité de la langue.
 - c) Une lésion du nerf lingual peut occasionner une anesthésie des deux tiers antérieurs de l'hémi-langue en rapport avec le nerf concerné.
 - d) Une lésion du nerf lingual peut occasionner un trouble gustatif du tiers postérieur de l'hémi-langue en rapport avec le nerf concerné.
 - e) Une lésion du nerf alvéolaire inférieur a obligatoirement une conséquence sur le nerf lingual.
-

Q 28. Un patient se présente en urgence avec un œdème de la joue. À propos de cet œdème, quelle(s) propositions est (sont-elles) exacte(s) ?

- a) Le tissu cellulo-graisseux de la région jugale est une voie de propagation des phénomènes inflammatoires.
 - b) Un foyer infectieux ayant pour origine la dent numéro 16 peut générer un œdème s'étendant jusque sous le plancher de l'orbite.
 - c) Un foyer infectieux ayant pour origine la dent numéro 46 peut générer un œdème s'étendant jusque sous le plancher de l'orbite.
 - d) La dissémination d'un foyer infectieux ayant pour origine une dent est limitée à la région jugale.
 - e) Ces phénomènes inflammatoires jugaux s'étalent sur la face latérale du muscle buccinateur.
-

Q 29. Dans quels cas la thérapie parodontale chirurgicale est-elle préférée à la thérapie non chirurgicale ? (veuillez choisir une ou plusieurs bonnes réponses)

- a) Lorsque l'amélioration esthétique est le seul objectif.
 - b) En présence de poches parodontales profondes ne répondant pas à la thérapie non chirurgicale, ou pour accéder à des procédures régénératives.
 - c) La thérapie chirurgicale est toujours préférée dans le traitement parodontal.
 - d) Lors du traitement de la gingivite.
 - e) Elle ne l'est jamais.
-

Q 30. Concernant la classification actuelle des maladies parodontales, quelle(s) propositions est (sont-elles) exacte(s) ?

- a) La parodontite chronique et la parodontite agressive constituent deux entités distinctes.
 - b) La sévérité de la parodontite est évaluée uniquement en fonction de la profondeur de poche.
 - c) La classification repose sur les notions de stade ("stage") et de grade ("grade").
 - d) Les facteurs de risque systémiques n'influencent pas la classification.
 - e) Cette classification a pour objectif de définir un pronostic de l'évolution de la maladie parodontale
-

Q 31. Chez un enfant de 4 ans présentant un risque carieux élevé, une ou plusieurs de ces mesures font-elles partie des recommandations de la HAS ?

- a) Brossage au minimum 2 fois par jour systématiquement réalisé ou assisté par un adulte
 - b) Utilisation d'un dentifrice fluoré à 1 000-1 500 ppm
 - c) Utilisation d'un dentifrice fluoré à 500 ppm en quantité adaptée
 - d) Prise en charge des caries de la denture temporaire et application de vernis ou gel fluoré 2 fois par an
 - e) Prescription de supplémentation fluorée (comprimés, gouttes) après bilan des apports
-

Q 32. Chez un enfant de 6 ans présentant un risque carieux élevé, une ou plusieurs de ces mesures font-elles partie des recommandations de la HAS ?

- a) Application de vernis fluoré deux fois par an
 - b) Scellement des sillons des premières molaires permanentes uniquement
 - c) Prescription systématique de fluor par voie orale sans évaluation préalable
 - d) Utilisation d'un dentifrice fluoré dosé entre 1 000 et 1 500 ppm
 - e) Suppression du brossage si une supplémentation fluorée est prescrite
-

Q 33. À propos des mesures de prévention collective de la carie recommandées en France par la HAS, une ou plusieurs de ces propositions sont-elles exactes?

- a) La fluoration du sel est une mesure de prévention collective et passive recommandée
 - b) Le sel fluoré doit être exclu de la restauration collective
 - c) Les cantines scolaires peuvent utiliser du sel fluoré en informant les usagers
 - d) La HAS recommande la substitution systématique du sucre par un édulcorant dans les médicaments
 - e) La fluoration de l'eau est recommandée en France par la HAS
-

Q 34. Parmi les situations suivantes, une ou plusieurs correspondent-elles à un haut risque d'endocardite infectieuse selon la HAS 2024 ?

- a) Patient porteur d'un pacemaker
 - b) Patient avec antécédent d'endocardite infectieuse
 - c) Patient porteur d'une prothèse valvulaire
 - d) Patient avec communication interauriculaire non opérée
 - e) Patient porteur d'une pompe d'assistance ventriculaire
-

Q 35. Vous prenez en charge un patient de 35 ans à haut risque d'Endocardite Infectieuse. La gencive a un Indice Gingival 3. Il est allergique aux betalactamines. quelle(s) propositions est (sont-elles) exacte(s) ?

- a) Vous pouvez réaliser une anesthésie ostéocentrale avec antibioprophylaxie
 - b) La pose d'une digue de nécessite pas d'antibioprophylaxie
 - c) Si besoin, vous pourrez réaliser un coiffage pulpaire avec antibioprophylaxie
 - d) Si besoin, vous pourrez réaliser un traitement endodontique avec une antibioprophylaxie de 500mg d'azythromycine dans l'heure qui précède
 - e) Chez cette catégorie de patient, le retraitement endodontique est contre-indiqué
-

Q 36. Vous prenez en charge en urgence un patient adulte à haut risque d'Endocardite Infectieuse qui vient de subir un trauma dentaire. Laquelle ou lesquelles des propositions suivantes est-elle ou sont-elles exactes ?

- a) Si vous devez réaliser un acte pour lequel une antibioprophylaxie est recommandée, vous devez attendre que le patient aie pris l'antibioprophylaxie avant de commencer votre acte
 - b) Si besoin, vous réalisez une anesthésie para-apicale en zone inflammatoire avec antibioprophylaxie
 - c) Si une dent permanente mature a été expulsée, vous réalisez sa réimplantation en urgence avec une antibioprophylaxie de 2g d'amoxicilline
 - d) Si l'avulsion d'une dent est indiquée, vous la réalisez avec une antibioprophylaxie
 - e) Lors de la dépose des fils de suture, une antibio prophylaxie sera nécessaire
-

Q 37. En cas de trauma avec une expulsion dentaire (dent mature), laquelle ou lesquelles des propositions suivantes est-elle ou sont-elles exactes ?

- a) La dent expulsée doit être remise dans l'alvéole immédiatement. Sur le site de l'accident, si la dent est sale, elle doit être rincée avec du lait ou avec la salive du blessé
 - b) Au cabinet dentaire, vous faites une anesthésie sans vasoconstricteur puis vous repositionnez la dent dans l'alveole et la stabilisez avec une contention souple collée sur la dent et les dents adjacentes pendant 2 semaines
 - c) Si la dent est restée plus de 60mn en milieu sec, la racine doit être méticuleusement grattée pour éliminer les cellules nécrosées
 - d) Vous devez commencer en urgence le traitement endodontique
 - e) Vous prescrivez de la doxycycline et vérifiez le statut vaccinal anti-tétanos
-

Q 38. Vous recevez en urgence un patient adulte qui vient de subir un trauma et présente une fracture radiculaire horizontale ou oblique sur dent mature, quelle(s) propositions est (sont-elles) exacte(s) ?

- a) Vous prenez une radiographie para apicale avec incidence orthogonale, deux autres radios avec différentes angulations verticales ou horizontales et une radiographie occlusale et si besoin, vous réalisez un cone beam
 - b) Si le fragment coronaire est mobile, vous réalisez son extraction
 - c) Si le fragment coronaire est déplacé, vous le remettez en place et vous le stabilisez avec une contention souple pendant 4 semaines
 - d) Si le test de vitalité est négatif, vous démarrez le traitement endodontique en urgence
 - e) Vous réalisez une évaluation clinique et radiologique à 4 semaines, 4 mois, 1 an et tous les ans pendant au moins 5 ans
-

Q 39. Vous recevez un enfant qui vient de subir un trauma sur denture temporaire, quelle(s) propositions est (sont-elles) exacte(s) ?

- a) En cas de fracture coronaire pénétrante, vous réalisez une pulpotomie partielle ainsi qu'un suivi clinique à 1 semaine, 6-8 semaines et 1 an
 - b) En cas de fracture coronaire pénétrante, vous réalisez un coiffage pulpaire ainsi qu'un suivi clinique à 2 semaines, 4-5 semaines et 6 mois
 - c) En cas de fracture corono-radiculaire, vous stabilisez le fragment mobile avec une contention
 - d) En cas de fracture corono-radiculaire, vous retirez le fragment mobile
 - e) Si la dent n'est pas restaurable, vous retirez les fragments mobiles et vous pouvez différer l'extraction de la dent entière
-

Q 40. Vous devez réaliser une avulsion simple chez un patient adulte sous traitement anti-thrombotique, laquelle ou lesquelles des propositions suivantes est-elle ou sont-elles exactes ?

- a) Votre patient prend du Préviscan. Vous faites réaliser un INR 24h avant l'intervention. Si INR < 3, lors de l'extraction vous faites une hémostase locale de niveau 1
 - b) Votre patient prend du Préviscan. Vous faites réaliser un INR 24h avant l'intervention. Si INR > 4, lors de l'extraction vous faites une hémostase locale de niveau 1
 - c) Votre patient prend de l'Eliquis, vous faites un arrêt temporaire de ce traitement et une hémostase locale de niveau 1
 - d) Votre patient prend du Kardégic, vous ne faites pas d'arrêt temporaire de ce traitement et une hémostase locale de niveau 1
 - e) Votre patient prend de l'héparine à titre préventif, vous ne faites aucun autre examen et vous réalisez une hémostase locale de niveau 1
-