

☛ Cocher la ou les bonnes réponses :

Q1 : La LIR :

- 1 : concerne uniquement les PM et molaires
- 2 : Est un signe de sévérité de la maladie parodontale
- 3 : Son évaluation est toujours réalisée dans le sens horizontal seulement
- 4 : Est influencée par la hauteur du tronc radiculaire

Q2 : La LIR :

- 1 : Possède toujours un pronostic sombre
- 2 : Est d'origine multifactorielle
- 3 : l'épaisseur des corticales influence sur la forme de la lyse osseuse
- 4 : Le sondage verticale a toute son importance pour diagnostiquer et traiter cette dernière

Q3 : Dans les thérapeutiques des LIR :

- 1 : La chirurgie est indiquée pour la cl 1 sous-cl B et C
- 2 : La tunnellisation est indiquée pour les cl 2 évérés
- 3 : La chirurgie résectrice est indiquée pour la 3
- 4 : Le lambeau d'assainissement seule est indiqué pour les lésions supra-osseuse

Q4 : la lésion intra-osseuse (LIO) :

- 1 : est une lyse parodontale horizontale ou verticale
- 2 : le pronostic de ces lésions dépend du nbr de parois
- 3 : généralement associée à des poches profondes
- 4 : toutes les réponses justes

Q5 : la LIO :

- 1 : Le potentiel de cicatrisation des cratères est plus satisfaisants/deux parois contiguës
- 2 : meilleure pronostic pour une lésion étroite
- 3 : mauvais pronostic pour une lésion profonde
- 4 : sondage, palpation de la corticale+Rx rétro : moyen de diagnostic

Q6 : le tré des LIO :

- 1 : les procédés thérapeutiques dépendent de la largeur et profondeur des lésions
- 2 : le meilleur potentiel cicatriciel pour LIO large et profonde
- 3 : le DSR est vraiment efficace en cas de LIO étroite et superficielle
- 4 : en cas de LIO profonde et large la seul solution c'est l'avulsion de la dent

Q7 : les techniques chirurgicales des LIO :

- 1 : ostéotomie-plastie pour LIO superficielle et large
- 2 : lambeau de débridement seul pour lésion étroite et profonde
- 3 : techniques régénératives beaucoup plus pour les LIO profondes et larges
- 4 : la RTI : utilisation des dérivés de la matrice amélaire

☛ Cocher la ou les bonnes réponses :

Q1 : La LIR :

- 1 : concerne uniquement les PM et molaires
- 2 : Est un signe de sévérité de la maladie parodontale
- 3 : Son évaluation est toujours réalisée dans le sens horizontal seulement
- 4 : Est influencée par la hauteur du tronc radiculaire

Q2 : La LIR :

- 1 : Possède toujours un pronostic sombre
- 2 : Est d'origine multifactorielle
- 3 : l'épaisseur des corticales influence sur la forme de la lyse osseuse
- 4 : Le sondage verticale a toute son importance pour diagnostiquer et traiter cette dernière

Q3 : Dans les thérapeutiques des LIR :

- 1 : La chirurgie est indiquée pour la cl 1 sous-cl B et C
- 2 : La tunnellisation est indiquée pour les cl 2 évères
- 3 : La chirurgie résectrice est indiquée pour la 3
- 4 : Le lambeau d'assainissement seule est indiqué pour les lésions supra-osseuse

Q4 : la lésion intra-osseuse (LIO) :

- 1 : est une lyse parodontale horizontale ou verticale
- 2 : le pronostic de ces lésions dépend du nbr de parois
- 3 : généralement associée à des poches profondes
- 4 : toutes les réponses justes

Q5 : la LIO :

- 1 : Le potentiel de cicatrisation des cratères est plus satisfaisants/deux parois contiguës
- 2 : meilleure pronostic pour une lésion étroite
- 3 : mauvais pronostic pour une lésion profonde
- 4 : sondage, palpation de la corticale+Rx rétro : moyen de diagnostic

Q6 : le trt des LIO :

- 1 : les procédés thérapeutiques dépendent de la largeur et profondeur des lésions
- 2 : le meilleur potentiel cicatriciel pour LIO large et profonde
- 3 : le DSR est vraiment efficace en cas de LIO étroite et superficielle
- 4 : en cas de LIO profonde et large la seul solution c'est l'avulsion de la dent

Q7 : les techniques chirurgicales des LIO :

- 1 : ostéotomie-plastie pour LIO superficielle et large
- 2 : lambeau de débridement seul pour lésion étroite et profonde
- 3 : techniques régénératives beaucoup plus pour les LIO profondes et larges
- 4 : la RTI : utilisation des dérivés de la matrice amélaire

2 : la cicatrisation de 1^{ère} intention est toujours privilégiée

3 : néovascularisation maximale à partir du 5^{ème} jr en 1^{ère} intention

4 : toutes les réponses justes

Q16 : la cicatrisation des tissus parodontaux :

1 : La migration des cellules Ep se termine par la formation d'une attache ep-cj

2 : une 2^{ème} intention est produite lorsque le conj est dénudé

3 : tous les substituts osseux ont un pouvoir ostéoinducteur

4 : L'ostéogenèse nécessite un os spongieux et non pas cortical

Q17 : Au cours de la réévaluation parodontale :

1 : il est possible d'élever un lambeau et travailler à ciel ouvert.

2 : La zone de furcation ne mérite pas une attention spécifique

3 : Les sites inter-proximaux sont à risque

4 : la déminéralisation de l'espace interradiculaire peut être signe de T.O.

Q18 : Au cours du protocole de la réévaluation P :

1 : l'exacerbation de la mobilité dentaire n'intéresse pas l'opérateur

2 : la Rx conventionnelle sous-estime la réalité clinique

3 : la perte osseuse radiographique présente un retard de 3 à 4 mois à la perte d'attache clinique.

4 : les pertes d'attache actives évolutives nécessitent un diag étiologique

Q19 : Le tabagisme :

1 : affecte à la fois l'immunité acquise et innée des patients

2 : la fonction fibroblastique est altérée

3 : la production des médiateurs de l'inflammation est accentuée

4 : la vascularisation est perturbée

Q20 : Lorsque on pose un pronostic en parodontologie :

1 : Ce dernier est plus réservé si le patient a déjà bénéficié d'un trt parodontal

2 : la persistance d'une poche de 6mm et plus est un signe d'un pronostic réservé

3 : Il est d'autant plus défavorable que le pourcentage de perte osseuse augmente.

4 : l'impact de l'alvéolyse sur le pronostic est différent selon la dent considérée.



Dr. BOUARISSA S

BON COURAGE