

Corrigé internat odontologie 2011 : grandes questions

Proposition de corrigé — non officielle. Internat en odontologie, admission 2011 : les trois grandes questions présentes dans le fichier officiel, avec le cas clinique et ses figures. Les pages de réponse vierges omises du fichier ne constituent pas des questions supplémentaires. Cadre historique de la session, sans barème officiel.

[Sujet officiel](#) · [Annales de ce concours ou examen](#)

1. Cas pluridisciplinaire : une patiente de 53 ans

1.1. Diagnostic argumenté

Le diagnostic principal est une **parodontite**, avec des destructions importantes sur certains sites. Les saignements, les antécédents d'abcès, les pertes dentaires et les lésions osseuses visibles sur les rétro-alvéolaires dépassent le cadre d'une gingivite isolée. Dans le vocabulaire utilisé à la session 2011, l'hypothèse la plus vraisemblable est une parodontite chronique, de sévérité hétérogène. L'histoire familiale constitue un élément de risque à explorer ; elle ne suffit pas à établir une parodontite agressive ni une transmission génétique certaine.

Les tableaux de sondage montrent un site mésial à 9 mm et un site distal à 6 mm sur 16, contre de nombreux sites à 2–4 mm. Les incisives mandibulaires présentent plusieurs profondeurs de 5 mm ; la 45 atteint 6 mm distalement et 5 mm mésialement. Les radiographies montrent des pertes osseuses, notamment antérieures, et des défauts plus localisés dans les secteurs postérieurs. La photographie révèle des espaces interdentaires et une modification de la position de certaines dents antérieures, compatibles avec une perte de soutien, à confronter au bilan occlusal.

Une profondeur de poche ne mesure pas à elle seule la perte d'attache. Pour préciser l'étendue et la gravité, il faut associer au sondage la position de la jonction amélo-cémentaire et les récessions, le saignement, la plaque, les mobilités et les atteintes de furcation. Le dossier ne fournit pas tous ces indicateurs : un pourcentage exact de sites atteints ou un pronostic définitif pour chaque dent ne peut pas être calculé.

Diagnostics associés ou différentiels à rechercher :

- une composante endodontique sur les dents présentant une image apicale ou une lésion profonde localisée, par tests de sensibilité pulpaire, percussion et examen radiologique ;
- une atteinte de furcation sur 16, à confirmer par sondage ;
- des facteurs locaux de rétention de plaque, notamment autour des restaurations prothétiques ;
- une surcharge occlusale susceptible d'aggraver les symptômes sur un parodonte réduit, sans en faire la cause unique de la parodontite ;

- une fissure ou fracture radiculaire si une poche très localisée et les autres examens l'évoquent. Le scan seul ne la démontre pas.

L'interrogatoire complète l'état général : tabac, diabète connu ou signes justifiant une orientation médicale, habitudes d'hygiène, progression des pertes et traitements antérieurs. Le sujet affirme un état général satisfaisant ; il n'autorise pas à inventer une maladie systémique.

1.2. Plans de traitement possibles

Première phase : information, contrôle de l'inflammation et traitement initial. Expliquer le mécanisme de la maladie, les objectifs réalistes et l'importance d'un entretien durable. L'apprentissage du brossage et du nettoyage interdentaire accompagne le détartrage et le surfaçage radiculaire. Un détartrage annuel isolé n'a pas contrôlé la situation ; il faut une prise en charge parodontale structurée. Les foyers douloureux et les éventuels abcès sont traités selon leur origine, avec drainage ou débridement lorsque cela est indiqué. Une antibiothérapie ne remplace pas ces gestes et n'est pas systématique pour une parodontite chronique chez une patiente sans facteur médical décrit.

Contrôler les facteurs locaux accessibles : restaurations débordantes ou mal adaptées, caries éventuelles et contacts traumatiques démontrés. Une contention temporaire peut être discutée si une mobilité gêne la fonction, après analyse clinique ; elle ne guérit pas la maladie. Une dent irrécupérable peut nécessiter une extraction, mais aucune série d'extractions ne doit être décidée sur la seule profondeur de sondage.

Deuxième phase : réévaluation. Après la phase initiale et un délai de cicatrisation adapté, comparer les mêmes paramètres : plaque, saignement, poches, attache, suppuration, mobilités et gêne fonctionnelle. Cette étape sépare les sites stabilisés de ceux qui demeurent actifs. Elle permet de réviser le pronostic dentaire et de discuter les coûts avec la patiente.

Troisième phase : traitements complémentaires ciblés. Pour des poches persistantes et accessibles difficilement, envisager un lambeau d'assainissement. Des défauts infra-osseux favorables peuvent justifier une approche régénératrice ; leur morphologie et la coopération de la patiente conditionnent l'indication. Une atteinte endodontique avérée reçoit un traitement propre ; certaines dents pluriradiculées peuvent relever d'un traitement plus complexe, ou d'une extraction si la conservation n'est pas raisonnable.

Quatrième phase : réhabilitation puis maintenance. Après stabilisation, discuter une solution fonctionnelle proportionnée au budget : conservation des dents utilisables, restauration ou adaptation de la prothèse existante, prothèse amovible ou solution fixe si les supports le permettent. Un implant ne dispense pas de contrôler la maladie ni de la maintenance. La patiente ne demande pas une correction esthétique du sourire : l'objectif prioritaire est une mastication confortable et le maintien des dents.

Deux scénarios peuvent donc être présentés : un traitement conservateur progressif avec réévaluation et interventions ciblées ; ou une conservation plus limitée, accompagnée d'extractions de dents au pronostic réellement défavorable puis d'une réhabilitation. Le choix se fait sur les résultats de la première phase et les contraintes de la patiente, non sur une solution prothétique imposée d'emblée.

1.3. Pronostic

Le pronostic global est **réservé au départ, mais améliorable**. La motivation, l'absence de traitement médical mentionné et la volonté de conserver les dents sont favorables. Les pertes de soutien, les antécédents d'abcès et l'hétérogénéité des lésions imposent un suivi rapproché et une réévaluation site par site.

La 16 et la 45 nécessitent une attention particulière en raison des poches profondes ; les secteurs antérieurs demandent une appréciation de la mobilité et de l'occlusion. On ne peut pas promettre de conserver toutes les dents ni désigner avec certitude celles à extraire à partir des images fournies. Les poches résiduelles, la suppuration, les furcations, le niveau d'attache, la restauration possible et l'observance déterminent le pronostic après traitement. La réduction de l'inflammation ne restitue pas automatiquement tout l'os perdu.

2. Risque carieux élevé chez un enfant de six ans

Caractérisation du risque

L'évaluation associe l'interrogatoire et l'examen : lésions carieuses actives ou antécédents récents, plaque importante, apports sucrés fréquents entre les repas, boissons sucrées, brossage insuffisant, exposition fluorée inadaptée et difficultés d'accès aux soins. Les défauts de l'émail, certaines pathologies ou certains traitements et le contexte familial peuvent renforcer le risque. Aucun enfant particulier n'est décrit : ces facteurs sont à rechercher, pas à lui attribuer.

À cet âge, la denture est en transition. Il faut identifier les premières molaires permanentes, souvent prises par la famille pour des dents temporaires, et surveiller leurs sillons. La présence de caries sur les dents temporaires renseigne sur le risque futur ; elle ne justifie pas d'attendre leur chute pour intervenir.

Stratégie préventive et prise en charge

- **Réduire la fréquence des sucres.** Organiser repas et collations, limiter les prises répétées de boissons ou aliments sucrés et privilégier l'eau entre les repas. Expliquer la fréquence d'exposition, sans se limiter à une interdiction générale de tous les aliments.
- **Installer un brossage biquotidien efficace.** Un adulte supervise ou aide selon les capacités de l'enfant. Le dentifrice fluoré, sa quantité et la prévention de son ingestion sont adaptés à l'âge et à la capacité à recracher.
- **Renforcer la prévention professionnelle.** Dans les recommandations disponibles en 2011, les vernis fluorés et les scellements des sillons des premières et secondes molaires permanentes sont proposés selon le risque. Les scellements sont vérifiés et réparés si nécessaire. Le traitement précoce des lésions fait partie de la prise en charge.
- **Organiser un suivi adapté au risque,** avec réévaluation du contrôle de plaque, des lésions et des pratiques familiales. Les recommandations HAS 2010 prévoient des actes de prophylaxie renforcés ; l'intervalle de contrôle est individualisé.

La [HAS 2010](#), reprenant l'Afssaps 2008, distingue les enfants jusqu'à six ans de ceux de plus de six ans pour les concentrations de dentifrice. Pour les plus de six ans, elle indique 1 000–1 500 ppm. À la frontière d'âge posée par le sujet, la réponse doit donc expliquer l'adaptation professionnelle et la maîtrise du brossage, plutôt que prescrire automatiquement une forte concentration. Une

supplémentation systémique ne se cumule pas avec l'aveuglement avec les autres apports : dans ce cadre historique, elle suppose un bilan fluoré et une indication. Ces recommandations historiques ne sont pas une ordonnance ni un protocole actualisé.

3. Absence d'une canine permanente maxillaire sur l'arcade

Établir la cause avant de choisir un traitement

Rechercher l'âge, le développement dentaire, les antécédents d'extraction ou de traumatisme, l'asymétrie d'éruption et la persistance de la canine temporaire. Inspecter et palper les régions vestibulaire et palatine ; évaluer l'espace disponible, la position des incisives et l'occlusion. L'absence sur l'arcade peut correspondre à un retard d'éruption, une dent ectopique ou incluse, une agénésie ou une perte antérieure. Elle n'est pas synonyme d'inclusion.

Une imagerie justifiée permet de rechercher le germe et de localiser la dent, en première intention avec les clichés conventionnels adaptés. Des incidences complémentaires permettent une localisation par parallaxe. Une exploration tridimensionnelle n'est indiquée que si une question utile à la prise en charge demeure, par exemple un rapport avec les racines voisines ou une suspicion de résorption. L'irradiation doit rester justifiée et optimisée.

Le bilan précise la position vestibulaire ou palatine, l'angulation, la hauteur, les obstacles, l'espace, l'état radiculaire et parodontal des dents adjacentes, ainsi que d'éventuelles complications. L'avis orthodontique précède une décision de traitement.

Discuter les options selon le bilan

- **Retard avec trajectoire favorable** : surveillance organisée et maintien d'un espace suffisant.
- **Situation favorable en denture mixte** : interception orthodontique, éventuellement extraction de la canine temporaire, après évaluation ; l'éruption spontanée n'est pas garantie.
- **Canine conservable mais incluse** : préparation orthodontique de l'espace puis exposition chirurgicale et traction selon sa position, avec protection parodontale et surveillance des dents voisines.
- **Conservation défavorable ou complication** : extraction discutée et projet de remplacement ou de fermeture orthodontique de l'espace.
- **Agénésie ou perte** : plan orthodontique et prothétique individualisé ; la croissance limite le choix et le calendrier de certaines solutions implantaires.
- **Abstention choisie** : information sur les risques, contrôles cliniques et radiologiques adaptés ; l'absence de douleur ne suffit pas à arrêter le suivi.

Le pronostic dépend notamment de la position, de l'âge, des rapports radiculaires, de l'ankylose éventuelle, de l'espace et de la coopération. La question ne donne ni âge ni radiographie de canine : aucun plan unique ne peut être affirmé.

Références et cadre historique

Le cas parodontal est éclairé par les [recommandations ANAES/HAS de 2002](#) ; la prévention carieuse s'appuie sur la HAS 2010. La classification parodontale postérieure de 2017 n'est pas appliquée rétroactivement comme une attente du concours 2011.

Les [recommandations françaises de 2015 sur les canines incluses](#) sont un complément de lecture **postérieur à la session**, et ne sont pas présentées comme un texte dont le candidat disposait en 2011. Elles permettent de retrouver la démarche diagnostique et les options exposées ; elles ne donnent pas le barème du jury.