

FEDERATION FRANCAISE D'ORTHODONTIE

Certificat d'Excellence en Orthodontie



REALISATION
DES
DOSSIERS DE CAS TRAITES

*Board Français d'Orthodontie
(Comité de Maîtrise en
Pratique Orthodontique)*

1) Le choix des 10 cas.

L'examen est basé sur la présentation des dossiers de dix cas cliniques, et sur un entretien relatif aux principes théoriques et pratiques expliquant les traitements. Les 10 cas peuvent être présentés en 2 ou 3 fois, mais le Certificat d'Excellence ne peut être décerné qu'après exposition et acceptation de l'ensemble des 10 cas, à l'occasion d'une même session d'examen.

Il représente un éventail des malocclusions les plus caractéristiques, rencontrées dans la pratique orthodontique.

Catégorie 1 : traitement précoce.

Un cas traité en une ou deux phases, commencé en denture lactéale ou mixte (phase 1) et terminé en denture permanente (phase 2). La première phase de traitement doit mettre en évidence une amélioration significative de la malocclusion initiale. Il est nécessaire de fournir les documents de début et de fin de la phase 1, de début et de fin de la phase 2, et de fin de contention.

Pour ce cas, les documents sont donc plus nombreux que ceux de l'exemple type du paragraphe 4.

Catégories 2 et 3 : Classe I.

Malocclusions de Classe I avec bi-proalvéolie et-ou dysharmonie dento-maxillaire importante. L'un des deux cas est traité à l'aide d'extractions de prémolaires.

Catégories 4 et 5 : Classe II division 1.

Malocclusions de Classe II dentaire et squelettique associée à une bi-proalvéolie et-ou une dysharmonie dento-maxillaire importante.

Un contexte squelettique hyperdivergent est souhaitable.

Catégories 6 et 7 : Classe II division 2.

Malocclusions de Classe II dentaire et squelettique avec supraclusion incisive conséquent, bi-rétrusion labiale et dentaire, traitées non chirurgicalement.

Un contexte squelettique hypodivergent est souhaitable.

Catégorie 8 : Classe III.

Malocclusion de Classe III dentaire et squelettique en denture adulte jeune, traitée non chirurgicalement.

Catégorie 9 : cas optionnel.

Catégorie 10 : cas optionnel.

Si le candidat ne fait pas de traitement en denture mixte (Catégorie 1), ce cas peut être remplacé par une autre malocclusion. La demande en sera faite, par écrit, auprès du Secrétariat de la commission du Certificat d'Excellence en Orthodontie, et la réponse jointe au dossier de substitution.

2) Le dossier du cas.

Les feuilles 21x27cm sont dactylographiées et placés dans un porte-feuillets. Chaque page est mise dans un transparent.

Ce dossier doit inclure :

A- Une page de titre, comportant les informations suivantes :

Certificat d'Excellence en Orthodontie,

Candidat n°x Cas n°x

Type du cas (traitement précoce, traitement d'adulte, Cl. II-DDM, ...)

La numérotation des cas doit suivre celle du paragraphe 1)- : Le choix des dix cas ;

B- Un résumé du cas ;

C- Un résumé céphalométrique ;

D- Un diagnostic avec une brève description de la nature et du degré des anomalies (liste des problèmes) ;

E- Des objectifs thérapeutiques :

- squelettiques : maxillaires et mandibulaires ;

- dentaires : denture maxillaire et mandibulaire ;

- esthétiques ;

- fonctionnels ;

F- Un plan de traitement :

- les raisons des choix thérapeutiques doivent être explicitées : extractions ou non, appareils utilisés, moyens d'ancrage, biomécanique, thérapies associées, contention, pronostic ;

- les étapes de traitement : indiquer son évolution, la réponse et les complications éventuelles ;

- les résultats au niveau facial, squelettique, dentaire, péri-dentaire, esthétique et fonctionnel seront évalués ainsi que les observations radiologiques ;

- la contention : elle comporte les appareils, leurs indications et les procédures annexes.

- l'évaluation finale : elle comporte toutes les observations pertinentes nécessaires, le pronostic d'évolutivité. Tout changement post-thérapeutique est à décrire.

Une récurrence légère ne disqualifie pas un candidat. Les modifications thérapeutiques qui seraient éventuellement faites par rapport au plan de traitement initial, doivent être précisées. Il est important de dire ce que ce cas a appris au candidat.

Le texte doit faire de trois à six pages (éliminer les brièvetés excessives et les longueurs abusives).

Il est obligatoire, pour le candidat, de remplir les quatre feuilles de RESUME, de DIAGNOSTIC, de CEPHALOMETRIE et de THERAPEUTIQUE fournies avec le syllabus, sous peine, dans le cas contraire, de voir ses dossiers refusés.

3) Les documents.

Les documents obligatoires :

Ils doivent être pris :

- (A) - Avant traitement ;
- (B) - Après traitement actif ;
- (C) - Un an au moins, après contention.

Ce sont des :

- modèles d'étude ;
- orthopantomographies et-ou radiographies rétro-alvéolaires ;
- téléradiographies sagittales ;
- tracés céphalométriques ;
- résumé des mesures céphalométriques ;
- photographies faciales ;
- photographies intra-orales en couleur.

NB : Les documents (B) doivent être pris dans l'année qui suit la fin du traitement actif. Si les radiographies ont été prises moins de trois mois avant la fin du traitement, elles peuvent remplacer les radiographies de fin de traitement.

Les documents (C) doivent être pris au moins un an après la fin de la contention.

Une contention a minima peut toujours être présente.

Ces documents seront identifiés par une couleur.

- **Noir** : avant traitement ;
- **Bleu** : documents intermédiaires ;
- **Rouge** : après traitement ;
- **Vert** : après contention.

Les documents conseillés :

Ce sont tous les éléments permettant d'approfondir le diagnostic et de faciliter la compréhension du traitement : axiographies, montage sur articulateur, documents radiologiques complémentaires, etc.

Les documents obligatoires peuvent être complétés par des documents propres à la technique utilisée par le candidat.

4) La présentation des documents.

L'ordre de présentation des documents et leur pagination doivent obligatoirement être respectés comme suit :

- page 1 : page de titre avec mention du numéro de candidat et du numéro de cas,

- page 2 : résumé du cas,

- documents avant traitement :

- page 3 : photographies du visage et 3 bis : photographies intra-buccales,

- page 4 : cliché panoramique,

- page 5 : cliché téléradiographique,

- page 6 : tracé céphalométrique,

- page 7 : analyse céphalométrique,

- page 8 : diagnostic,

- page 9 : thérapeutique,

- documents après traitement :

- page 10 : photographies du visage et 10 bis : photographies intra-buccales,

- page 11 : cliché panoramique,

- page 12 : cliché téléradiographique,

- page 13 : tracé céphalométrique,

- page 14 : analyse céphalométrique,

- page 15 : superpositions téléradiographiques générales,

- page 15 bis : superpositions téléradiographiques locales,

- documents après contention :

- page 16 : photographies du visage et 16 bis : photographies intra-buccales,

- page 17 : cliché panoramique,

- page 18 : cliché téléradiographique,

- page 19 : tracé céphalométrique,

- page 20 : analyse céphalométrique,

- page 21 : superpositions téléradiographiques générales,

- page 21 bis : superpositions téléradiographiques locales.

Les pages suivantes serviront pour les commentaires et les documents complémentaires, au gré du praticien.

Résumé du cas : cette feuille, fournie par le secrétariat de la commission du Certificat d'Excellence en Orthodontie, devra comprendre les éléments reproduits ci-dessous.



RESUME

Cas n°

A. Documents avant traitement : _____

Diagnostic : _____

Traitement : _____

B. Documents de fin de traitement : _____

Contention : _____

C. Documents de fin de contention : _____

D. Documents ultérieurs : _____

Observations cliniques : _____

Feuille diagnostique : pour obtenir une observation clinique minimum et standardisée, la commission du Certificat d'Excellence en Orthodontie fournit une fiche diagnostique que le postulant remplit lisiblement.



DIAGNOSTIC

Cas n°

Diagnostic facial :

- sens vertical :

typologie faciale

hyperdivergente normodivergente hypodivergente

relation nez-lèvres-menton

comprimée harmonieuse étirée

- sens horizontal :

position de l'étage moyen par rapport à la base du crâne

projetée normale rétrusive

position de l'étage inférieur par rapport à l'étage moyen

projetée normale rétrusive

Diagnostic squelettique :

- sens vertical :

hyperdivergent normodivergente hypodivergent

- sens horizontal :

Classe I Classe II Classe III

Diagnostic dentaire :

- sens vertical :

supraocclusion incisive normocclusion béance

- sens horizontal :

Classe I Classe II,1 Classe II,2 Classe III

normoposition incisive proalvéolie biproalvéolie

- sens transversal :

normocclusion unilatéral inversé bilatérale inversée

Diagnostic étiologique : _____

Problèmes ajoutés :

- - agénésies
- - troubles de l'articulation crano-mandibulaire
- - parodontopathie
- - dysfonction neuro-musculaire

Coopération : mauvaise moyenne bonne

Feuille thérapeutique : cette feuille, fournie par la commission du Certificat d'Excellence en Orthodontie, permet au postulant d'organiser, de rédiger, d'expliquer et de discuter ses choix d'extractions éventuelles, son plan de traitement détaillé et adapté à la particularité du cas, le type et la durée de la contention réalisée, le résultat envisageable et le temps de traitement prévu.



THERAPEUTIQUE

Cas n°

Reprise des éléments diagnostiques : _____

Choix d'extractions éventuelles, explications : _____

Stratégie de traitement : _____

Plan de traitement : _____

Type d'appareillage : _____

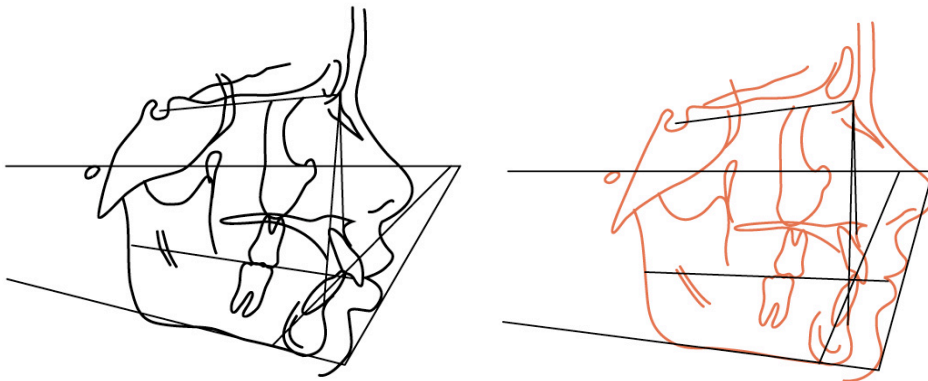
Durée de traitement : _____

Contention : _____

Téléradiographie sagittale : film 23,7x29,7cm ou 17x23,8cm orienté avec le plan de Francfort parallèle au plus grand coté, la tête du sujet étant prise dans un céphalostat dont les olives se superposent exactement. La qualité du cliché permet, sans discussion, le repérage des éléments nécessaires au tracé céphalométrique.

Le tracé de début de traitement est en ligne continue de couleur **noire**, celui de fin de traitement est en ligne continue de couleur **rouge** et celui de fin de contention est en ligne continue de couleur **verte**.

Tracé céphalométrique : effectué sur papier transparent (acétate ou rhodoïds) pour permettre à l'examineur de contrôler la justesse des relevés pratiqués. L'épaisseur du trait noir continu n'excède pas 1mm. Le tracé céphalométrique comprend le dessin des structures anatomiques nécessaires pour l'analyse utilisée, ainsi que les lignes correspondant à l'analyse céphalométrique choisie. Les seules inscriptions que porte cette feuille de tracé céphalométrique, sont le **numéro du cas**, le **sex**e du patient, son **âge au moment de la prise du cliché** et la **date de la prise du cliché**.



Feuille céphalométrique : le candidat peut utiliser l'analyse céphalométrique de son choix, mais, dans tous les cas, il doit compléter la grille suivante fournie par la commission du Certificat d'Excellence en Orthodontie :



CEPHALOMETRIE

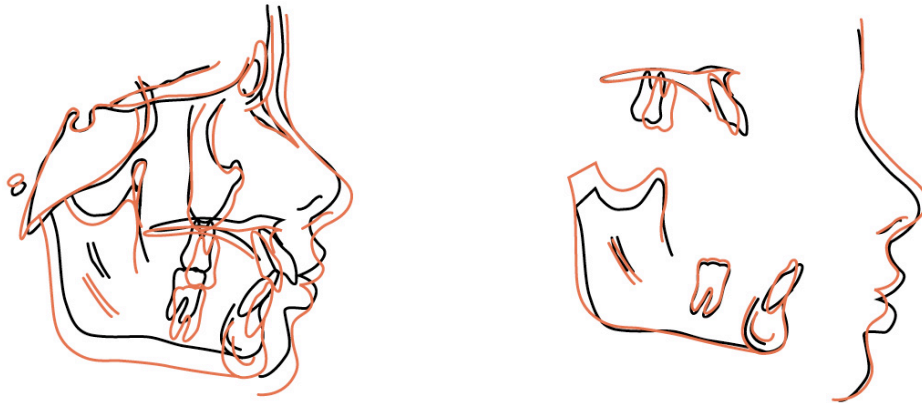
Cas n°

		Début Tt	Cours Tt	Fin Tt	Fin Cont
SNA	82° ± 2				
SNB	80° ± 2				
ANB	2° ± 2				
FMA	25° ± 3				
IMPA	87° ± 3				
OP/F	10°				

Les superpositions : elles sont générales et locales. Elles concernent les tracés de début de traitement et de fin de traitement, d'une part, et de fin de traitement et de fin de contention, d'autre part.

Le candidat peut réaliser les superpositions de son choix, mais, dans tous les cas, il doit effectuer les superpositions suivantes :

- superpositions générales : faire coïncider les selles turciques et ajuster au mieux les structures des bases des crânes ;
- superpositions locales :
 - . maxillaire : faire coïncider les lignes inférieures des palais et ajuster au mieux les autres structures osseuses ;
 - . mandibule : faire coïncider les corticales internes des symphyses mentonnières et ajuster au mieux les canaux dentaires inférieurs ;
 - . profil : faire coïncider les zones frontales et ajuster au mieux les zones mentonnières.



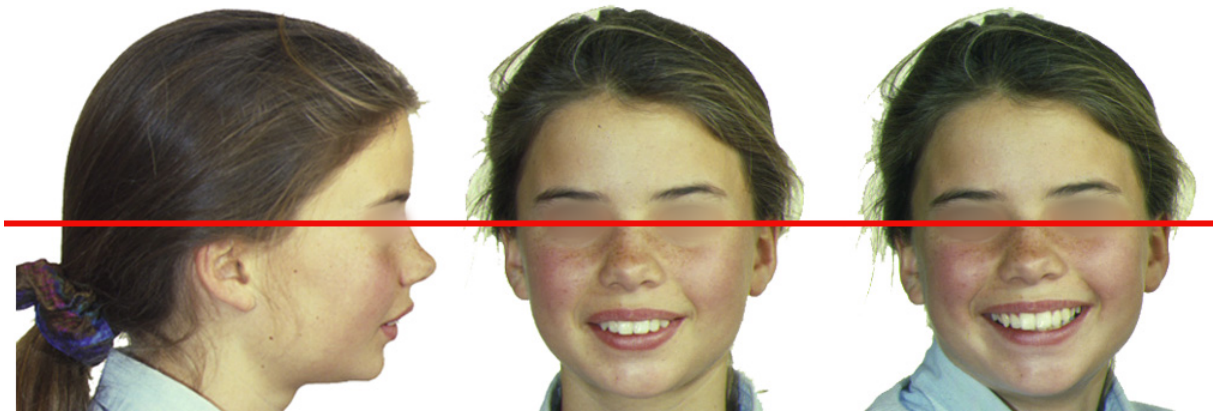
Les tracés des éléments à superposer sont réalisés sur des feuilles transparentes différentes pour chacun des contrôles céphalométriques (**noir, rouge, vert, ...**), de telle sorte que l'examineur puissent les mobiliser et effectuer les superpositions qu'il souhaite.

5) La réalisation des documents.

a- **Le dossier** : marque DORET conseillée, type 223N. Intercalaires de même marque, type SM3 ou VA3. La bordure de couleur est **noire** pour le début de traitement, **rouge** pour la fin de traitement actif, **verte** pour la fin de contention, etc.

b- Les photographies :

Photographies du visage : sur papier, en noir et blanc ou en couleur, de bonne qualité au niveau du contraste et de l'exposition, représentant une réduction à un quart de la taille réelle du sujet : visage de face avec la ligne bi-pupillaire horizontale, profil droit avec le plan de Francfort en horizontal et visage «de trois quarts» dans une attitude de sourire. Le matériel photographique utilisé ne doit pas créer de déformations au niveau du visage.



Photographies intra-buccales : sur papier couleur format 9x13, en occlusion, vues latérales droite et gauche et vue de face. Les dents doivent être brossées et nettoyées avant la prise du cliché. L'orientation du plan d'occlusion correspond à la médiane horizontale de la photographie. Les vues latérales permettent de voir les relations molaires.



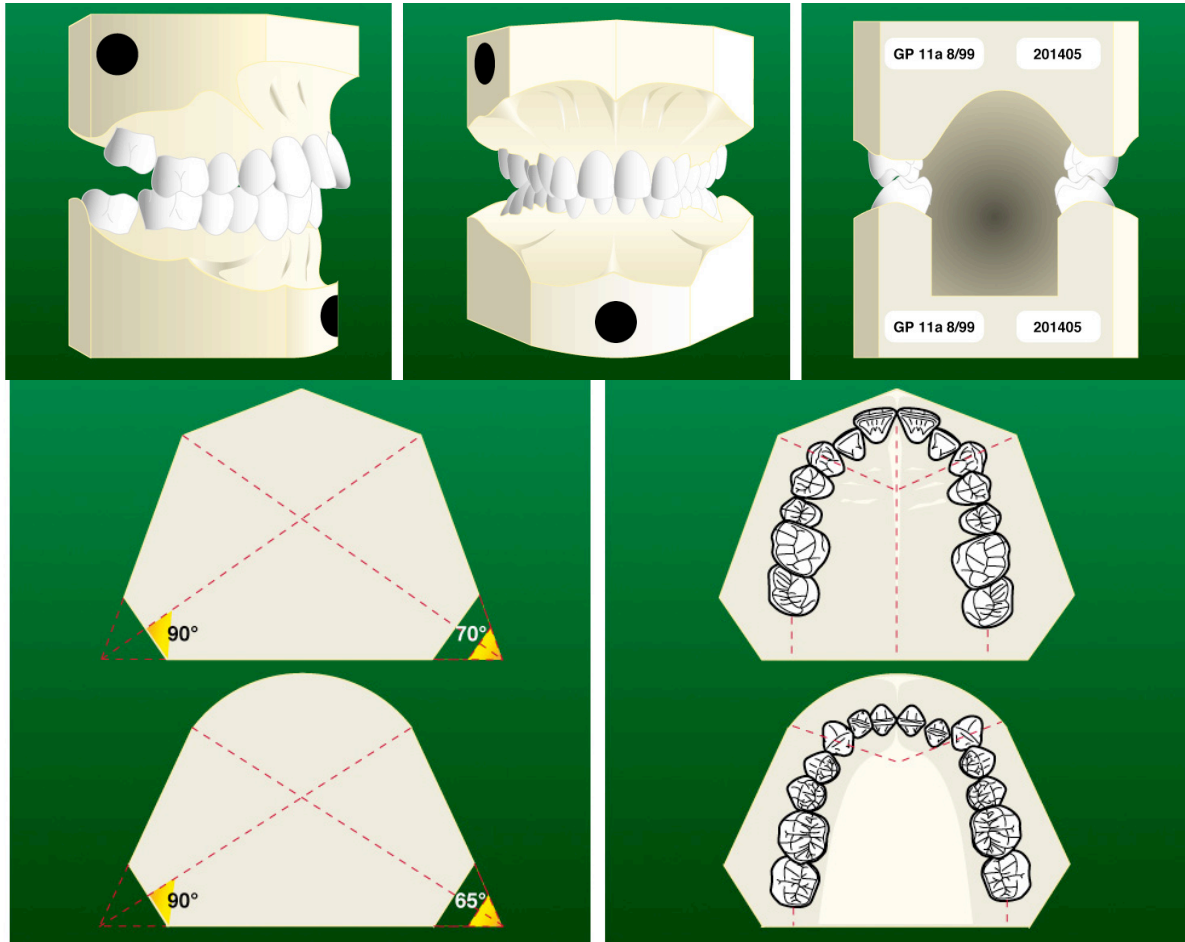
c- Les moulages.

Identification.

Paires de moulage en taille dite "américaine" avec clés de repérage de l'occlusion sur les pans postérieurs et latéro-postérieurs.

Plâtre blanc spécial pour l'orthodontie.

Les moulages sont savonnés et brillants



Pastille noire (début de traitement), rouge (fin de traitement), verte (fin de contention).

Initiales et âge du patient ; numéro du cas attribué par la Commission.

Le dos du moulage maxillaire est perpendiculaire au raphé médian.

Angulation des pans latéraux et latéro-postérieurs par rapport au dos des moulages.

Les pans latéraux maxillaires et mandibulaires ne sont pas parallèles.

Si le candidat utilise une réalisation particulière des moulages orthodontiques liée à une technique précise, il peut les présenter dans une taille autre que la taille "américaine", dans la mesure où le repérage de l'occlusion reste possible sur le dos et les pans latéro-postérieurs.

Cette documentation concerne la présentation des dix cas traités qui sont soumis à l'examen du Jury du Certificat d'Excellence en Orthodontie.

Des documents complémentaires peuvent être présentés, moulages sur articulateur, tracés axiographiques, etc.... et sont placés à la fin du dossier de base.

6) Les modalités de l'examen des cas.

Les examinateurs sont des praticiens titulaires du Certificat d'Excellence ayant obtenu une note globale supérieure à 80%. Ils appartiennent aux différentes sociétés constituant la FFO. Ils sont tirés au sort pour chaque session. La commission du Certificat d'Excellence en Orthodontie s'efforce de maintenir l'anonymat des candidats. Chaque cas est examiné par un minimum de 2 examinateurs. En cas d'écart important au niveau des notes attribuées, le jury d'examen se réunit pour réévaluer le cas.

La qualité des documents est un élément très important de l'appréciation du Jury. Les postulants doivent faire un effort maximum pour que leurs dossiers soient le reflet d'une rigueur diagnostique et thérapeutique visant à l'excellence.

Lors de l'examen des cas, l'examineur détermine le " coefficient de handicap " du cas. En considérant certains paramètres essentiels (décalage horizontal des bases osseuses, typologie squelettique verticale, relations antéro-postérieures des molaires, relations transversales des arcades et DDM), il définit un coefficient qui permettra

- soit de maintenir la note globale du cas,
- soit de la majorer (si le cas présente une difficulté particulièrement sévère qui peut handicaper les résultats),
- soit encore de la minorer (si le cas présente peu de difficulté).

L'application de ce coefficient de handicap permet une appréciation plus objective des résultats du traitement en respectant un cas de difficulté moyenne, en valorisant un cas de grande difficulté et en réduisant un cas de faible difficulté.

La note globale (100 points) attribuée au cas, est fondée

- sur la qualité de la réalisation du dossier (photographies, moulages, radiographies et tracés céphalométriques : 20 points) ;
- sur la qualité de l'appréciation clinique (observation clinique, diagnostic, stratégie de traitement, plan de traitement : 20 points) ;
- sur la qualité de l'intervention thérapeutique (amélioration esthétique, efficacité thérapeutique en fonction de la difficulté du cas, ajustement de l'occlusion de fin de traitement, stabilité des résultats occlusaux : 60 points).

Après avoir chiffré chaque cas, les examinateurs rencontrent le candidat pour dialoguer autour de leur présentation et leur faire connaître l'avis du Jury.

Si un (ou plusieurs) cas n'est pas accepté par le Jury, le candidat présentera de nouveaux cas dans la (ou les) catégorie concernée au cours de la session d'examen suivante.

Le jury indique au candidat les cas acceptés par les examinateurs qui doivent être exposés au public pendant toute la durée du congrès.