

VADEMECUM pour la présentation des cas de spécialisation

Cette annexe au règlement est un **modèle contraignant** pour la présentation de la partie casuistique de l'examen pour l'obtention du titre de « médecin-dentiste spécialiste en orthodontie (CH) ».

Il sert également d'aide aux candidats pour la description du cas et doit permettre aux examinateurs d'obtenir plus rapidement une meilleure vue d'ensemble des cas présentés, grâce à sa structure standardisée.

Classement des cas en fonction de leur situation initiale

La gamme des différents cas doit remplir les critères suivants, chaque situation initiale devant apparaître au moins une fois dans l'ensemble de la casuistique, plusieurs situations initiales pouvant également être combinées dans un ou deux cas :

- au moins 1 cas de classe II (au moins $\frac{3}{4}$ d'une largeur de prémolaire pour les 6, également palatines)
- au moins 1 cas avec extraction/fermeture de l'espace interdentaire dans le segment buccal inférieur
- au moins 1 cas entamé sur dentition mixte (au moins $V_{\pm V}$ encore in situ)
- pour tous les cas, toute la dentition restante, hormis les 8, doit être en occlusion, sauf si le cas a été commencé avec une dentition mixte. Dans ce cas, le contact des 7 est facultatif (pour autant qu'on n'assiste pas à un mauvais alignement).

Degré de difficulté du traitement

Le degré de difficulté du traitement pour les cas soumis doit être suffisamment élevé. Un traitement par appareil doit avoir été appliqué sur les deux maxillaires. Un cas avec nivellement de classe I sans autre divergence n'est pas suffisamment complexe pour la casuistique. Il doit y avoir au moins une divergence, selon la liste ci-dessous :

- Overjet d'au moins 6 mm ou denture de classe II molaire d'au moins $\frac{3}{4}$ d'une largeur de prémolaire
- Occlusion croisée antérieure d'au moins 2 paires antagonistes sans occlusion postérieure
- Occlusion profonde d'au moins 5 mm
- Béance verticale d'au moins 2 mm sur plus de 3 paires antagonistes, causée par éruption
- Occlusion croisée latérale ou non-occlusion buccale d'au moins 2 paires antagonistes, déviations axiales supérieures à 3 mm
- Germes dentaires retenus, devant être classés du point de vue orthodontique
- Ankylose précoce des dents de lait avec problèmes consécutifs affectant la dentition définitive
- Problème d'espace insuffisant, nécessitant une récupération de place par appareil (appareil semi-fixe ou amovible) ou l'extraction de dents définitives
- Cas combinés d'orthodontie-chirurgie maxillaire
- Patients avec infirmité congénitale au sens des chiffres 201, 206, 208, 209, 210 et 218
- Coordination préalable pré-prothétique, avec répartition des dents-piliers
- Transpositions corrigées
- Combinaison de plus de 2 de ces critères dans leur forme légèrement atténuée

Structure / présentation

La numérotation des pages et les critères présentés sont contraignants. Les documents doivent être au format A4, orientation portrait. La taille de police doit être d'au moins 10 points, avec une marge d'au moins 2,5 cm. Il convient d'adopter une description concise, hormis pour les considérations conceptuelles et l'épicrose. On renoncera à des répétitions inutiles. La présentation doit se limiter aux pages prévues à cet effet (exception : pages A1, A9 et B10, évent. AB6 ; dans ces cas, une seconde page « A1-2 » ou « A1-suite » peut être utilisée). Les photos, radiographies numériques, fichiers stl des modèles et un fichier pdf de la documentation complète correspondante doivent être joints dans leur taille originale sur une clé USB, en trois exemplaires.

- Page de titre :** Numéro du candidat, numéro du patient, âge au début du traitement, classement selon situation initiale, superposition totale de la téléradiographie A-B avant traitement – après traitement
- Pages A :** Documentation 6 mois maximum avant le début du traitement (dans les cas exceptionnels motivés, remonter plus loin, en cas de prises de vue supplémentaires avant/au moment du début du traitement), diagnostic, planification thérapeutique, déroulement du traitement
- Pages AB :** Résultats intermédiaires pertinents pour le déroulement du traitement, réévaluation / modifications du concept initial ; justificatifs avant chirurgie bucco-maxillaire avec planification d'opération
- Pages B :** Documentation de fin de traitement actif, analyse du résultat du traitement, épicrose, clarification relative aux dents de sagesse, évaluation de stabilité
- Pages C :** Documentation pendant ou après la rétention, et explications

Voir les détails en pages 4 à 6.

En temps normal, les pages A et B sont suffisantes. En cas de réévaluation du concept thérapeutique, en cas de combinaison d'orthodontie et de chirurgie bucco-maxillaire avant l'intervention orthognate et en cas de traitement en 2 phases, les justificatifs AB sont obligatoires (notamment les téléradiographies et les superpositions). Après des étapes intermédiaires importantes, on réalisera au moins une photo de l'état intermédiaire ; des exceptions justifiées sont admissibles. Les documents C (notamment photos et modèles) sont souhaités, si la fin du traitement date de plus de 6 mois.

Le modèle vierge correspondant peut être téléchargé directement en fichier Word depuis le site Internet de Swissortho.

Pour la rédaction des documentations de cas, on veillera à n'utiliser aucune abréviation qui ne puisse être considérée avec certitude comme étant connue de tous. Sinon, on joindra un glossaire. On évitera également le « jargon clinique », dans la mesure où les experts ne sont généralement pas diplômés de la même université que les candidats.

Evaluation

Toutes les documentations, tous les résultats, diagnostics, planifications et déroulements thérapeutiques, superpositions de téléradiographies, interprétations et épicroses sont évalués par l'expert selon un schéma prédéfini. Les pondérations suivantes, arrondies à des pourcentages entiers, sont appliquées aux différentes parties:

Qualité de la documentation	5 %
Evaluation / diagnostic	15 %
Planification thérapeutique	20 %
Evolution thérapeutique	15 %
Interprétation / épicrose / superpositions de téléradiographies	20 %
Qualité des résultats	25 %

Une attention particulière sera accordée à une planification thérapeutique cohérente et à une épicrose autocritique. L'expert doit constater que le patient reconnaît les erreurs commises et qu'il en a tiré des leçons.

On accordera également une attention particulière à certains facteurs, du fait qu'ils font l'objet d'une pondération élevée dans l'évaluation. A l'extrême, un cas peut être refusé en raison d'un tel facteur, même si le traitement a, par ailleurs, été réalisé consciencieusement (notamment si l'écart ne peut pas être expliqué de manière plausible).

Facteurs critiques devant être réalisés dans toute la mesure du possible :

- Degré de difficulté du traitement suffisamment élevé (voir page 1)
- Respect du classement en fonction de la situation initiale (voir page 1)
- Documentation complète, permettant d'évaluer la cohérence des travaux du candidat
- Principaux problèmes correctement décrits
- Présentation des différentes options thérapeutiques et, le cas échéant, des options d'ancrage, avec leurs avantages et leurs inconvénients respectifs. L'évaluation ne doit pas se faire séparément dans les 3 dimensions ; on comparera au contraire directement les avantages et les inconvénients des différentes options thérapeutiques.
- Choix du concept thérapeutique avec justification
- Choix de l'équipement thérapeutique selon les déplacements souhaités des dents
- Connaissance du mode d'action des appareils utilisés :
 - Les appareils sélectionnés sont-ils adaptés pour obtenir les déplacements des dents et, le cas échéant, du maxillaire, souhaités dans le cadre du concept ?
 - Les effets secondaires possibles ont-ils été identifiés et contrôlés dans la mesure du possible (asymétries, maxillaire antagoniste, situation gingivo-parodontale)?
- Bonne finition (en rapport avec le degré de gravité)
- Appareils de rétention adaptés à la situation
- Superpositions et interprétation correctes des téléradiographies
- Epicrise autocritique

Facteurs critiques devant être évités dans toute la mesure du possible :

- Absence de documents importants, qui rendent impossible une planification adéquate du cas ou une évaluation par l'expert
- Omission de situations (potentiellement) dommageables du point de vue structurel et/ou génération de telles situations par le traitement.
- Erreur grave dans le diagnostic, qui conduit à un concept thérapeutique erroné
- Expansion transversale significative de la largeur des canines inférieures (hormis en cas de déplacement lingual des 3 ou de distraction symphysaire)

- Protrusion excessive de l'avant du maxillaire inférieure, notamment, si elle présentait déjà une protrusion avant le traitement
- Rétractation excessive de l'avant du maxillaire inférieure par fermeture ou extraction dans des situations claires de non-ex / en cas d'espace clairement suffisant pour les mouvements antérieurs
- Round-trips inutiles sans justification cohérente
- Nivellement de l'avant du maxillaire inférieur en cas d'extraction avant résolution du chevauchement avant (en cas de chevauchement important : après l'extraction, attendre jusqu'à ce que le chevauchement se résorbe spontanément, bonding sélectif avec lace-backs ou rétractation fractionnée)
- Traitements de compromis (les souhaits du patient, par ex. de non-ex, d'évitement de réduction de l'émail interdentaire ou de chirurgie maxillaire ne peuvent pas être invoqués pour justifier le fait de n'avoir pas atteint un résultat optimal. Ces traitements de compromis ne conviennent pas comme cas de spécialisation).
- Déviation significative par rapport à la forme de présentation demandée
- Manipulation de documents (hormis corrections de couleurs et découpage de photos et radiographies)

Structure détaillée et présentation des documents du cas

Page de titre Numéro du/de la candidat(e), numéro du patient, âge au début du traitement, classement selon la situation initiale, superposition totale de la téléradiographie A-B

Page A0 Résumé :

- Prénom, initiales du nom de famille (*par ex. Robert S.*)
- Sexe
- Date de naissance
- Date des documents initiaux (ci-après « DOC ») et âge
- Classement de la situation initiale
- Plan thérapeutique en phases
- Appareils utilisés
- Date de début du traitement et âge
- DOC intermédiaires évent. et âge
- DOC de fin traitement actif et âge
- Durée du traitement
- Appareils de rétention
- Event. DOC pendant/après rétention et âge

Page A1 Anamnèse, état médical général y c. ORL, description extra-orale, fonction (slide RK-IK, rapports de guidage, DCM), examen intra-oral y c. statut parodontal et diagnostic des caries, habitudes / parafunctions, modèles : sagittal (1/4 de largeur d'aimant permanent pour les 6, les canines et évent. les 4 séparément), vertical (y c. mode de soutien de l'avant du maxillaire inférieure), transversal (en cas d'occlusion croisée, diagnostic différentiel fonctionnel / dentaire / squelettique, ainsi qu'évaluation du déficit transversal en classe I resp. occlusion visée), description maxillaires supérieur et inférieur avec bilan d'espace (bilan d'espace détaillé en dentition mixte : Moyers, Tanaka/Müller, Ingervall ; directe en cas de dentition définitive), divergences Bolton
Pour A1, une seconde page (A1-2 / A1-suite) est autorisée.

Page A2	Photos extra-orales (<i>au moins</i> de face en IM ou position de repos, de face avec sourire, de profil en IM ; si possible davantage de prises de vue, y compris à 45°)
Page A3	Photos intra-orales (au moins avant, gauche, droite, maxillaire supérieur, maxillaire inférieur) et modélisées
Page A4	OPT ou statut radiographique, évent. radiographies complémentaires, évent. radiographie manuelle
Page A5	Téléradiographie à l'échelle originale
Page A6	Calque de la téléradiographie sur feuillet à l'échelle 1:1 avec tous les points nécessaires pour l'analyse
Page A7	Interprétation des téléradiographies ; paramètres obligatoires : SNA, SNB, ANB, KBW, +1/ANS-PNS, +1/FH, -1/M-Go, -1/FH, différence Holdaway (H-Diff) ou similaire (rapport de position sag. avant du maxillaire à la base), valeurs de comparaison « habituelles » propres à l'âge et au sexe, ainsi qu'écart-type
Page A8	Interprétation OPT, téléradiographie et évent. radiographies complémentaires, détermination de l'âge osseux pour des traitements sensibles à l'âge, au moyen de radiographies de la main ou de la méthode CMV.
Page A9	Résumé des problèmes cutanés, description de la nécessité du traitement (quels sont les problèmes à attendre à long terme ? niveau d'indication), objectifs thérapeutiques, présentation des différentes options thérapeutiques et, le cas échéant, des concepts d'ancrage, avec leurs avantages et leurs inconvénients respectifs, description détaillée du concept de traitement choisi avec justification du choix, phases de traitement prévues, appareils prévus <i>Pour A9, une seconde page (A9-2 / A9-Suite) est autorisée.</i>
Page A10	Représentation minimale de l'évolution thérapeutique : quand l'appareil a-t-il été posé, quand a-t-il été retiré, en cas d'appareil fixe : séquence des arcs utilisés et description de la mécanique utilisée
Page A11	Photos de tous les appareils utilisés, avec date

Les **pages AB** sont obligatoires pour les cas de chirurgie et d'orthopédie maxillaire, en cas de réévaluation du concept thérapeutique et en cas de traitement en 2 phases, notamment si la première phase du traitement pourrait avoir occasionné des modifications potentiellement marquantes du squelette et/ou de la dentition – en particulier des effets secondaires. Il n'est pas nécessaire de compléter toutes les pages, il suffit de compléter celles qui concernent l'évaluation spécifique. Une téléradiographie avec interprétation correspondante et superposition est toutefois requise dans tous les cas.

Page AB1	Photographies extra-orales
Page AB2	Photographies intra-orales et modélisées
Page AB3	OPT ou statut radiographique, évent. radiographies complémentaires

Page AB4	Téléradiographie en échelle originale
Page AB5	Calque de la téléradiographie sur feuillet à l'échelle 1:1 avec tous les points nécessaires pour l'analyse
Page AB6	Superposition globale des téléradiographies selon Björk à l'échelle 1:1 (structurel ; contrôle du déplacement des points selon check-list dans l'appendice) ; <i>en cas de chirurgie, ajouter un court plan d'intervention avec paramétrage de téléradiographie (page complémentaire AB6-2 / AB6-suite autorisée)</i>
Page AB7	Superpositions locales des téléradiographies à l'échelle 1:1 : (maxillaire supérieur, structurel selon Björk ou Best-Fit ; maxillaire inférieur, structurel selon Björk)
Page AB8	Interprétation des téléradiographies ; paramètres obligatoires : SNA, SNB, ANB, KBW, +1/ANS-PNS, +1/FH, -1/M-Go, -1/FH, H-Diff ou similaire (rapport de position sag. avant du maxillaire à la base), valeurs de comparaison « habituelles » propres à l'âge et au sexe, ainsi qu'écart-type
Page AB9	Description du résultat intermédiaire : extra-oral, intra-oral (y c. statut parodontal et diagnostic des caries), modifications depuis le début du traitement, occlusion actuelle, fonctionnel, OPT/statut radiographique, téléradiographies, interprétation des superpositions (effets de la croissance vs du traitement)
Page AB10	Evaluation du traitement actuel, décision de réévaluation / suite à donner
Page B1	Photos extra-orales (<i>au moins</i> de face en IM ou position de repos, de face avec sourire, de profil en IM ; si possible davantage de prises de vue, y compris à 45°)
Page B2	Photos intra-orales (au moins de face, gauche, droite, maxillaire supérieur, maxillaire inférieur) et photos modélisées (modèles sous 1 mois maximum suivant le debonding)
Page B3	OPT ou statut radiographique, évent. radiographies complémentaires
Page B4	Téléradiographie à l'échelle originale
Page B5	Calque de la téléradiographie sur feuillet à l'échelle 1:1 avec tous les points nécessaires pour l'analyse
Page B6	Superposition globale des téléradiographies selon Björk à l'échelle 1:1 (structurel ; contrôle du déplacement des points selon check-list dans l'appendice)
Page B7	Superpositions locales des téléradiographies à l'échelle 1:1 : (maxillaire supérieur, structurel selon Björk ou Best-Fit ; maxillaire inférieur, structurel selon Björk)
Page B8	Interprétation des téléradiographies ; paramètres obligatoires : SNA, SNB, ANB, KBW, +1/ANS-PNS, +1/FH, -1/M-Go, -1/FH, H-Diff ou similaire (rapport de position sag. avant du maxillaire à la base), valeurs de comparaison « habituelles » propres à l'âge et au sexe, ainsi qu'écart-type
Page B9	Description du résultat de traitement : extra-oral, intra-oral (y c. statut parodontal et diagnostic des caries), objectifs de traitement atteints? Occlusion / finition en fonction du degré de gravité, fonctionnel, OPT / statut radiographique, téléradiographie, interprétation des superpositions (effets de la croissance vs du traitement), rétention

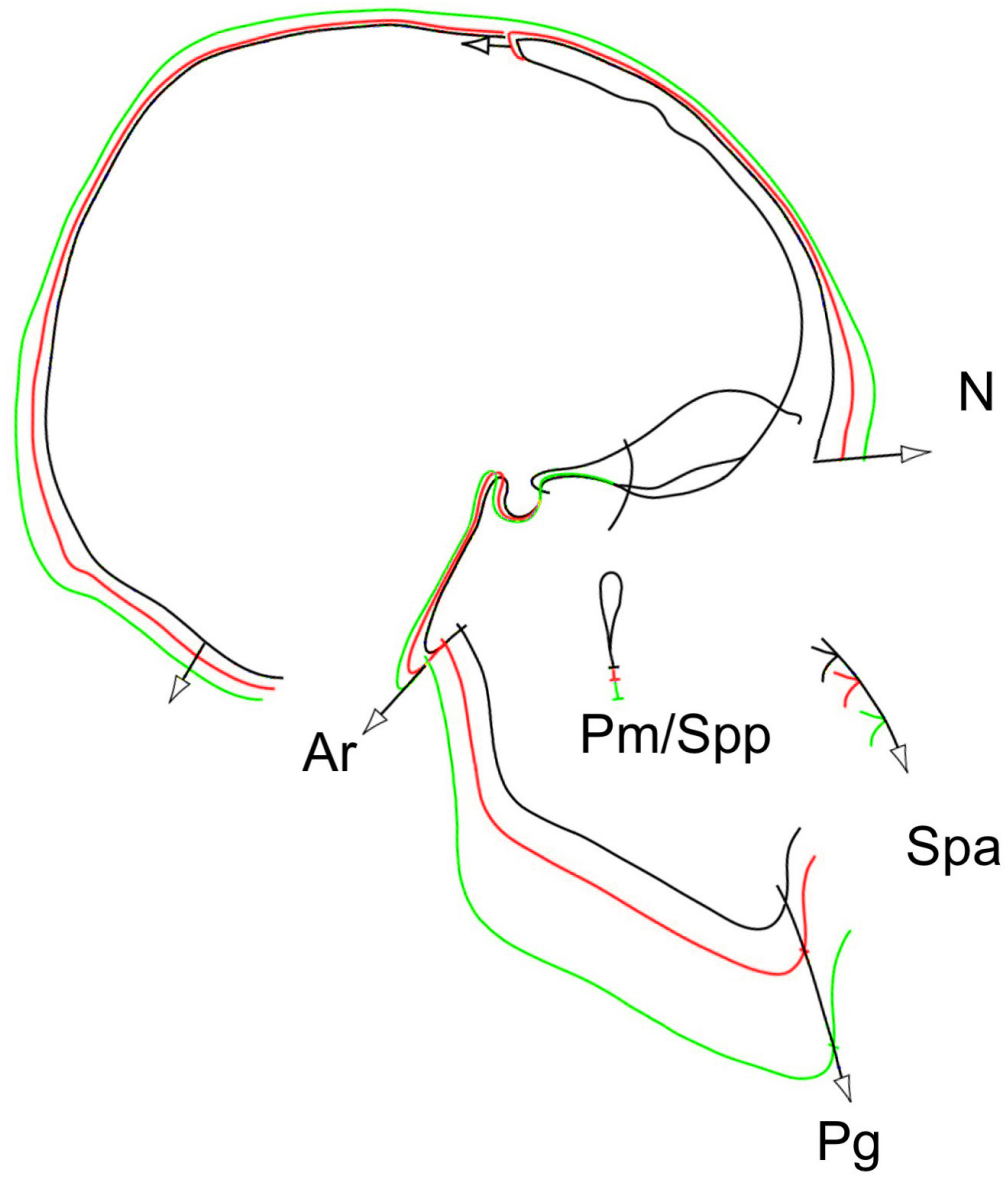
Page **B10** Epicrise autocritique du résultat de traitement, de l'efficacité du traitement, évaluation du concept de traitement par rapport aux alternatives discutées, procédures de rétentioin, évaluation de la stabilité à long terme resp. problématiques éventuelles, problématique des 8

Pour B10, une seconde page (B10-2 / B10-Suite) est autorisée.

*Les pages **C** éventuelles doivent être numérotées de manière **analogue** aux pages **B**.*

Check list for Structural Superimpositions according to Björk (© Felix Schuler / Roland Männchen)

	Total Superimposition	Maxillary Superimposition	Mandibular Superimposition
Sagittal reference structures	<ul style="list-style-type: none"> - Anterior sella wall - Ala major (SE-point) 	<ul style="list-style-type: none"> - Anterior border of the keyridge - Spa moves purely vertical 	<ul style="list-style-type: none"> - Inner corticalis of the symphysis (- Outer corticalis of the anterior part of the symphysis: Pg-region)
Vertical reference structures	<ul style="list-style-type: none"> - Walker-point (intersection of anterior Sella wall with Proc. clinoides ant.) - Lamina cribrosa - Crista Fronto-ethmoidalis Planum sphenoidale (from age 12) (- Orbital roof) 	<ul style="list-style-type: none"> - Remodeling of the nasal floor caudal and of the orbital floor cranial between 1:2 and 1:1 (40:60%) - Nasal floor parallel or slightly more downward in the anterior region in marked anterior rotation patterns 	<ul style="list-style-type: none"> - Mandibular nerve (- Basis / center of molar germs before root development)
Additional reference structures		<ul style="list-style-type: none"> - Trabecular structures 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabecular structures - Linea mylohyoidea
Normal development	<ul style="list-style-type: none"> - Fossa pterygo-palatina sagittaly ± stable (slight distal movement after excessive headgear/activator) - Pm/Spp move ± caudal - Os frontale moves anterior - N moves forward and usually slightly cranial - Nasal floor is lowered parallel - SPA moves caudal & forward - Symphysis moves caudal & forward depending on the growth rotation pattern - Ar moves backwards and caudal - Pure expansion of the calvarial bone 	<ul style="list-style-type: none"> - Posterior apposition in the Fossa pterygo-palatina - Disto-caudal movement of Spp - Vertical growth of the alveolar process - Apposition on the posterior and caudal part of the keyridge - Apposition on the palate - Tooth movements logical concerning normal growth and TX effects 	<ul style="list-style-type: none"> - Apposition at the posterior border of the ramus - Cranial movement of Ar with posterior or anterior deviations - Vertical growth of the alveolar process - Apposition at the anterior and resorption at the posterior part of the lower mandibular border in marked anterior rotation patterns - Tooth movements logical concerning normal growth and TX effects
Impossible developments	<ul style="list-style-type: none"> - Ar moves forward - Intersecting lines of the calvarial bone - Significant sagittal movements of Fossa pterygo-palatina, Pm or Spp 	<ul style="list-style-type: none"> - Significant sagittal movements of Spa - Significant rotations of the nasal line - Using the maxillary sinus instead of the keyridge 	<ul style="list-style-type: none"> - Apposition at the anterior border of the ascending ramus



© Per Rank