

CF-78-Orthopédie dento-faciale-QCM-EVC-2025

Q 1. Selon la dernière revue Cochrane des traitements des Classes II Division 1, si l'on compare des traitements en 1 ou 2 phases en fin de 1^{ère} phase, une première phase fonctionnelle d'un traitement orthodontique de 12 à 15 mois initiaux permet par rapport à un groupe contrôle non traité :

- a) Une réduction significative de l'ANB
 - b) Une réduction significative du surplomb incisif
 - c) Une estime de soi significativement améliorée à la fin de la 1^{ère} phase
 - d) Une incidence significativement diminuée des traumatismes incisifs pendant la première phase
 - e) Une diminution significative de l'indice PAR à l'issue de la première phase.
-

Q 2. Selon la dernière revue Cochrane des traitements des Classes II Division 1, si l'on compare des traitements en 1 ou 2 phases en fin de deuxième phase, le groupe traité en deux phases à l'aide d'une première phase fonctionnelle se distingue du groupe traité en 1 phase par :

- a) Une réduction significative de l'ANB
 - b) Une réduction significative du surplomb incisif
 - c) Une estime de soi significativement améliorée à la fin de la 2^{ème} phase
 - d) Une incidence significativement diminuée des traumatismes incisifs pendant la deuxième phase
 - e) Une diminution significative de l'indice PAR à l'issue de la deuxième phase.
-

Q 3. En cas de suspicion d'inclusion palatine d'une canine maxillaire auprès d'un jeune patient de 11 ans, constatée sur une radio panoramique :

- a) Si l'angle α est supérieur ou égal à 30° , et la pointe cuspidienne de la canine permanente se situe en secteur 4, il vaut mieux procéder à l'avulsion de la canine temporaire correspondante
 - b) Si l'angle α est compris entre 20° et 30° , et la pointe cuspidienne de la canine permanente se situe en secteur 2 ou 3, il vaut mieux procéder à l'avulsion de la canine temporaire correspondante
 - c) Si l'angle α est inférieur ou égal à 20° , et la pointe cuspidienne de la canine permanente se situe en secteur 2, il vaut mieux procéder à l'avulsion de la canine temporaire correspondante
 - d) Si l'angle α est compris entre 20° et 30° , et la pointe cuspidienne de la canine permanente se situe en secteur 2 ou 3, il faut se contenter d'observer
 - e) Si l'angle α est inférieur ou égal à 20° , et la pointe cuspidienne de la canine permanente se situe en secteur 2, il faut se contenter d'observer
-

Q 4. Selon Adrian Becker, l'avulsion d'une dent surnuméraire bloquant l'éruption d'une incisive va entraîner l'éruption spontanée de l'incisive retenue, sous condition qu'un espace nécessaire lui soit offert.

- a) Dans les 6 à 8 mois qui suivent
 - b) Dans les 16 à 20 mois qui suivent
 - c) Dans les 2 à 4 mois qui suivent
 - d) Dans les 20 à 24 mois qui suivent
 - e) Dans les 10 à 12 mois qui suivent
-

Q 5. Accélère-t-on les traitements orthodontiques avec des :

- a) Vibrations
 - b) Brackets auto-ligaturants
 - c) Piézocisions
 - d) Photobiomodulation / lasers
 - e) Corticotomies.
-

Q 6. Les assertions suivantes concernant les articulés inversés postérieurs sont-elles vraies ?

- a) Les articulés inversés postérieurs représentent de 7 à 22% de la population en denture temporaire, associés dans 4 cas sur 5 à une occlusion de convenance
 - b) Les articulés inversés postérieurs représentent de 9 à 24% de la population en denture permanente
 - c) il y a correction spontanée dans 17 à 21% des cas d'un articulé inversé postérieur à l'âge de 4 ans
 - d) 16% des cas exempts d'anomalie transversale à 4 ans développent un articulé inversé postérieur une fois passés en denture mixte
 - e) Dans le cas d'une correction d'un articulé inversé postérieur entreprise auprès de 90 patients en denture temporaire, 34% d'entre eux développent après correction initiale un articulé inversé des premières molaires permanentes
-

Q 7. Quelles sont parmi ces 5 propositions les 3 modes d'activation exacts d'un disjoncteur maxillaire rapide selon Proffit :

- a) Activation semi-rapide : 1 activation tous les 2 jours
 - b) Activation rapide : 2 activations par jour
 - c) Activation lente : 1 activation par semaine
 - d) Activation semi-rapide : 1 activation par jour
 - e) Activation lente : 1 activation tous les 2 jours.
-

Q 8. Selon la dernière revue Cochrane des traitements des traitements orthodontiques des articulés inversés postérieurs :

- a) Les traitements par plaque amovible d'expansion maxillaire sont aussi efficaces que les quadhelix
 - b) Les quadhelix sont statistiquement plus efficaces que les plaques amovibles d'expansion maxillaire
 - c) Les disjoncteurs de type Hyrax sont statistiquement plus efficaces que les disjoncteurs de type Haas
 - d) Les disjoncteurs de type Hyrax sont aussi efficaces que les disjoncteurs de type Haas
 - e) Les disjoncteurs à appui osseux sont statistiquement plus efficaces que les disjoncteurs de type Hyrax à appui dentaire.
-

Q 9. Selon la dernière revue Cochrane des traitements des Classes III, si l'on compare un groupe d'enfants traités par un masque de Delaire pendant 9 à 15 mois à un groupe contrôle, on constate :

- a) une augmentation statistiquement significative du surplomb incisif de 5,05 mm par opposition au groupe contrôle, 9 à 15 mois après le début du traitement
 - b) une augmentation statistiquement significative de l'ANB de 3,60° par opposition au groupe contrôle, 9 à 15 mois après le début du traitement
 - c) une augmentation statistiquement significative de l'estime de soi par opposition au groupe contrôle, 9 à 15 mois après le début du traitement
 - d) une absence de différence significative du surplomb du groupe traité par masque de Delaire par opposition au groupe contrôle, constatée 3 ans après le début du traitement précoce.
 - e) une augmentation statistiquement significative de l'ANB d'1,4° par opposition au groupe contrôle, constatée 3 ans après le début du traitement précoce.
-

Q 10. Selon l'essai clinique multicentrique des traitements des Classes III par masque de Delaire mené en Grande-Bretagne par Mandall, on constate 6 ans après le début du traitement précoce :

- a) une différence non statistiquement significative de surplomb incisif entre le groupe traité avec un masque de Delaire et le groupe contrôle
 - b) une différence statistiquement significative de +1,04 mm de surplomb incisif entre le groupe traité avec un masque de Delaire et le groupe contrôle
 - c) une absence de différence statistiquement significative d'ANB entre le groupe traité avec un masque de Delaire et le groupe contrôle
 - d) une augmentation statistiquement significative d'ANB de 0,89° entre le groupe traité avec un masque de Delaire et le groupe contrôle
 - e) une absence de différence statistiquement significative d'estime de soi entre le groupe traité avec un masque de Delaire et le groupe contrôle
-

Q 11. Dans un cas avec extractions des premières prémolaires, lors d'une phase de recul canin par chaînette sur un fil souple ou sous-dimensionné lequel ou lesquels des effets suivants peut ou peuvent apparaître :

- a) - Disto-version canine
 - b) - Arc-boutement du fil orthodontique
 - c) - Mésio-version canine
 - d) - Disto-rotation canine
 - e) - Vestibulo-version canine
-

Q 12. Lors d'un recul des secteurs latéraux maxillaires à l'aide d'une traction élastique depuis deux mini-vis, placées en vestibulaire de chaque côté entre la première molaire et la seconde prémolaire, vers les canines maxillaires, quel(s) effet(s) parasite(s) peut ou peuvent survenir sans précaution particulière :

- a) - Ouverture d'une béance antérieure
 - b) - Egression molaire
 - c) - Rotation horaire maxillaire
 - d) - Mésio-version molaire maxillaire
 - e) - Disto-version canine
-

Q 13. Chez un patient adulte, en classe 1 occlusale, la fermeture orthodontique de l'espace d'extraction de 36 (délabrée) par mésialisation de 37 et 38 peut favoriser :

- a) - L'apparition d'une classe 3 molaire gauche
 - b) - L'apparition d'une vestibulo-version des incisives mandibulaires
 - c) - L'apparition d'un pli gingival
 - d) - L'apparition d'une classe 2 canine gauche
 - e) - La mésio-version de 37
-

Q 14. Chez un patient adulte présentant une rétrognathie mandibulaire, une classe 2 occlusale bilatérale complète sans encombrement et une agénésie de 12, le plan de traitement orthodontique idéal comprend laquelle ou lesquelles de(s) proposition(s) suivante(s) :

- a) - Les extractions de 35,45,24 et la fermeture de tous les espaces
 - b) - L'extraction de 24 et une fin de traitement en classe 2 thérapeutique
 - c) - Une prothèse remplaçant 12 et une fin de traitement en classe 2 canine
 - d) - Une prothèse remplaçant 12 et une chirurgie d'avancée mandibulaire
 - e) - La fermeture de l'espace de 12 et un stripping pour réduire le surplomb résiduel
-

Q 15. Dans les cas de forte classe II squelettique avec compensations alvéolaires, traitée par chirurgie orthognathique, la préparation orthodontique la plus fréquente consiste en :

- a) - Linguo-verser les incisives mandibulaires
 - b) - Linguo-verser les incisives maxillaires
 - c) - Vestibulo-verser les incisives mandibulaires
 - d) - Vestibulo-verser les incisives maxillaires
 - e) - Nivelier complètement la courbe de Spee
-

Q 16. Concernant l'inclusion d'une canine maxillaire, laquelle est ou lesquelles des étiologies suivantes est ou sont exacte(s) :

- a) - Obstacle mécanique lié à un odontome
 - b) - Carence en vitamines A, C, D
 - c) - Rétrognathie mandibulaire
 - d) - Endognathie maxillaire
 - e) - Proalvéolie des incisives maxillaires
-

Q 17. Dans le cas d'un enfant de 8 ans, en classe II squelettique, présentant un SAHOS (syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil) confirmé, quel est ou quels sont le (ou les) acte(s) orthodontique(s) pouvant être indiqué(s) pour sa prise en charge :

- a) - Expansion maxillaire par disjoncteur
 - b) - Contraction mandibulaire par bi-helix
 - c) - Propulsion mandibulaire par appareil à bielles
 - d) - Extractions de 53,63
 - e) - Recul maxillaire par Forces extra-orales
-

Q 18. Parmi les dysmorphoses suivantes, laquelle est ou lesquelles sont les plus susceptible(s) de récidiver si aucun dispositif de contention n'est mis en place après leur correction par traitement orthodontique

- a) - Une supraclusion
 - b) - Une rotation incisive marquée
 - c) - Une occlusion inversée unilatérale
 - d) - Une inclusion d'une canine maxillaire
 - e) - Un diastème de plus de 4 mm
-

Q 19. Parmi les facteurs suivants pouvant survenir au cours du vieillissement physiologique du patient, lequel est celui ou quels sont ceux pouvant perturber la stabilité de l'alignement dentaire :

- a) - La rotation antérieure résiduelle mandibulaire
 - b) - La rotation antérieure résiduelle maxillaire
 - c) - La migration mésiale physiologique des dents postérieures
 - d) - La descente et le recul du stomion
 - e) - La prise de poids
-

Q 20. En présence d'une classe III squelettique, laquelle ou lesquelles des affirmations suivantes est ou sont vraie(s) :

- a) - Il n'y a pas d'aplasie faciale si une rétromaxillie est présente
 - b) - La prognathie mandibulaire est la forme la plus fréquente
 - c) - Une latérogathie mandibulaire est fréquemment associée
 - d) - La vestibulo-version des incisives mandibulaires est une compensation fréquente
 - e) - Les canines maxillaires sont fréquemment en malposition ou incluses
-

Q 21. La rotation totale mandibulaire de BJORK est

- a) La rotation du corps mandibulaire / à la base du crâne
 - b) La rotation du plan mandibulaire / à la base du crâne
 - c) La rotation du plan mandibulaire / à la ligne implantaire
 - d) Le plus fréquemment de type rotation antérieure
 - e) Le plus fréquemment de type rotation postérieure
-

Q 22. Dans une rotation antérieure mandibulaire les signes structuraux de Bjork sont :

- a) Le condyle est orienté vers l'avant
 - b) La symphyse est trapue
 - c) L'étage inférieur est augmenté
 - d) L'angle goniale est fermé
 - e) L'angle inter-incisif est fermé
-

Q 23. Lors de la croissance, la supraclusion incisive s'accroît selon les types de rotation antérieurs de BJORK

- a) Dans les rotations antérieures mandibulaires de type I
 - b) Dans les rotations antérieures mandibulaires de type II
 - c) Dans les rotations antérieures mandibulaires de type III
 - d) Dans les rotations postérieures mandibulaires de type I
 - e) Dans les rotations postérieures mandibulaires de type II
-

Q 24. Les superpositions céphalométriques structurales

- a) Sont plus faciles à réaliser que les superpositions périostées
 - b) Sont plus précises que les superpositions périostées
 - c) Utilisent des structures stables basi-crâniennes et faciales
 - d) Peuvent être générales ou locales
 - e) Masquent les phénomènes de remodelage matriciel
-

Q 25. Les différences les plus significatives des hauteurs alvéolaires entre hypodivergent et hyperdivergent résident au niveau de la

- a) Molaire maxillaire
 - b) Molaire mandibulaire
 - c) Incisive mandibulaire
 - d) Incisive maxillaire
 - e) Prémolaire mandibulaire
-

Q 26. Le pic de croissance staturale et mandibulaire pour un traitement orthopédique a lieu

- a) Au stade CS1 et CS2 de la maturation vertébrale cervicale
 - b) Au stade CS2 CS3 de la maturation vertébrale cervicale
 - c) Au stade MP3 E et F de la phalange épiphysaire
 - d) Au stade MP3 FG et G de la phalange épiphysaire
 - e) Au stade CS3 CS4 de la maturation vertébrale cervicale
-

Q 27. Dans les dysmorphoses de classe III, quels facteurs définissent un pronostic réservé pour un traitement non chirurgicale

- a) La manœuvre de NEVREZE positive
 - b) Un angle de base du crâne fermé
 - c) Une prognathie mandibulaire vraie
 - d) Un hypo-développement du maxillaire
 - e) Ouverture de l'angle de flexion de la base du crâne
-

Q 28. Le torque radiculo-palatin exercé par une torsion de l'arc en technique Edgewise sur les incisives maxillaire provoque des effets parasites lesquels

- a) une ingression des incisives
 - b) une convergence des racines des incisives
 - c) une égression des incisives
 - d) une expansion molaire
 - e) une version corono-vestibulaire des incisives
-

Q 29. Dans le cadre d'une expansion maxillaire par disjonction

- a) La suture palatine médiane se ferme de la zone postérieure vers la zone antérieure
 - b) La suture est fermée à la fin de la croissance
 - c) L'expansion dento-alvéolaire est de 50 % chez le jeune enfant et 75 % chez l'adolescent
 - d) L'expansion squelettique est de 50 % chez le jeune enfant et 25 % chez l'adolescent
 - e) L'étude de la suture sur une image tridimensionnelle CBCT est une garantie d'ouverture de la suture lors de l'expansion chez l'adulte
-

Q 30. Les extractions dans les dysmorphoses de classe II sont

- a) Plus fréquentes chez les patients hypodivergents
 - b) Moins fréquentes chez les patients hypodivergents
 - c) Plus fréquentes chez les patients hyperdivergents
 - d) Moins fréquentes chez les patients hyperdivergents
 - e) Pas de différence entre les deux types faciaux
-

Q 31. 1. Quels sont le ou les prérequis nécessaire (s) avant la réalisation d'une greffe osseuse alvéolaire chez un patient présentant une fente labio-alvéolo-palatine ?

- a) Réalisation d'un cone beam maxillaire
 - b) Expansion maxillaire
 - c) Soins des dents temporaires cariées
 - d) Prise en charge de toutes les dents maxillaires par un multi-attaches
 - e) Conserver l'occlusion inversée qui sera traitée après la greffe
-

Q 32. L'âge idéal pour la réalisation de la Greffe osseuse alvéolaire se situe :

- a) A partir de 4 ans
 - b) A partir de 6 ans
 - c) A partir de 8 ans
 - d) Entre 8 et 12 ans
 - e) A partir de 12 ans
-

Q 33. L'enfant présentant une fente labio-alvéolo-palatine rencontre le plus souvent des problèmes fonctionnels de type :

- a) Ventilatoire
 - b) Masticatoire
 - c) Phonatoire
 - d) Déglutition
 - e) SAOS
-

Q 34. La prise en charge d'un enfant présentant une fente labio-alvéolo-palatine nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire pouvant impliquer :

- a) Chirurgien maxillo-facial
 - b) Chirurgien plasticien
 - c) Orthophoniste / Kinésithérapeute
 - d) ORL
 - e) Orthodontiste
-

Q 35. L'enfant présentant une fente labio-palatine peut rencontrer avant son traitement d'orthodontie :

- a) Une étroitesse maxillaire entraînant une occlusion croisée uni ou bilatérale
 - b) Une brachymaxillie
 - c) Une ventilation orale
 - d) Une mastication unilatérale non alternée
 - e) Une agénésie d'une incisive latérale
-

Q 36. En cas d'agénésie bilatérale des incisives latérales maxillaires, dans un contexte de classe I squelettique à tendance classe III :

- a) Il est conseillé de réouvrir les espaces d'agénésies d'incisive latérale
 - b) L'option de choix est de fermer les espaces par mésialisation des secteurs latéraux
 - c) Il est conseillé de laisser l'organisation naturelle avec des diastèmes
 - d) Si on ferme les espaces, il faut organiser une occlusion postérieure en classe III thérapeutique
 - e) Les implants en place de 12 et 22 sont la meilleure option à choisir
-

Q 37. Les agénésies d'incisives latérales maxillaires :

- a) Représente un motif fréquent de consultation et concerne 1,5 % de la population générale
 - b) Leur prise en charge s'avère complexe compte tenu de la place stratégique de ces dents dans le sourire
 - c) Leur étiologie est plurifactorielle : facteurs environnementaux et héréditaires
 - d) lorsque le plan de traitement inclut l'ouverture d'espaces, il est suggéré de privilégier les régions postérieures, de préférence la région des prémolaires
 - e) Les patients qui exposent leur gencive en souriant peuvent être désavantagés lorsqu'on les remplace par des implants
-

Q 38. 1. En cas d'agénésie unilatérale d'une incisive latérale maxillaire :

- a) Il faut systématiquement extraire la dent homologue présente
 - b) Il faut systématiquement extraire la dent homologue et les deux antagonistes
 - c) Il faut systématiquement réouvrir l'espace de la dent absente
 - d) Les deux solutions ouverture et fermeture sont possibles en fonction du contexte
 - e) Seule la fermeture d'espace est acceptée
-

Q 39. Le Syndrome d'Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil (SAHOS) :

- a) est en nette augmentation du fait de la hausse de l'obésité
 - b) est une affection fréquente et encore sous-estimée et toucherait entre 2 et 5% de la population adulte
 - c) est un véritable enjeu sanitaire, économique et social
 - d) sa prise en charge est pluri, multidisciplinaires
 - e) A. les phénotypes et endotypes sont variées
-

Q 40. Le SAHOS :

- a) Il impacte la qualité de vie des patients
 - b) Le score modifié de Friedman quantifie la perméabilité oropharyngée
 - c) Le score de Mallampati permet d'évaluer le volume des amygdales lors de l'ouverture de la bouche avec la langue en position neutre
 - d) la polygraphie ventilatoire (PV) peut-être proposée pour identifier le SAOS et en préciser sa sévérité
 - e) L'enfant pourra aussi être orienté en parallèle vers l'endocrinologue pédiatre de l'équipe pour un diagnostic en cas de surpoids et/ou de troubles métaboliques
-