

Rubrique d'évaluation de compétence chirurgicale ophtalmologique du Conseil International d'Ophtalmologie (ICO-OSCAR)

Les "rubriques d'évaluation de compétence chirurgicale ophtalmologique" du Conseil International d'Ophtalmologie (ICO-OSCARs) sont conçues pour faciliter l'évaluation et l'enseignement d'habiletés chirurgicales. Les procédures chirurgicales sont décomposées en différentes étapes et chaque étape est graduée sur une échelle comprenant novice, débutant, débutant confirmé et qualifié. Une description d'intervention nécessaire pour atteindre chaque niveau à chaque étape est fournie. L'évaluateur entoure simplement la description de la l'intervention observée à chaque étape de la procédure. L'ICO-OSCAR doit être rempli à la fin de chaque cas et doit être immédiatement discuté avec l'élève afin de fournir des commentaires opportuns, structurés et précis sur la prestation. Ces outils ont été développés par des panels d'experts internationaux et sont des évaluations valides d'habiletés chirurgicales.

Directives pour l'instructeur ICO-OSCAR

1. Observez l'interne en chirurgie.
2. Idéalement, immédiatement après le cas, entourez chaque encadré de description par rubrique observée. Certaines personnes préfèrent laisser l'interne entourer eux-mêmes les encadrés d'abord. Si le cas est enregistré, il peut être revu et noté plus tard mais cela retarde des commentaires plus rapides et efficaces.
3. Notez tout commentaire pertinent qui n'est pas abordé par la rubrique.
4. Examinez les résultats avec l'interne.
5. Elaborez un plan de progression (par ex. entraînement en aqualabo/conseils pour le cas suivant).

Suggestions:

- Si des cas antérieurs ont été accomplis, examinez les données de l'ICO-OSCAR pour noter les zones à améliorer.
- Si différents formateurs notent les mêmes internes, il est conseillé de noter ensemble plusieurs chirurgies enregistrées avant d'utiliser l'outil afin de s'assurer que les notations soient en accordance.

Adaptez et traduisez ce document pour vos besoins non-commerciaux, mais veuillez indiquer la mention ICO. Accédez et téléchargez les ICO-OSCARs à l'adresse icoph.org/ico-oscar.

ICO-OSCAR

Tableau Rubrique de compétence chirurgicale ophtalmologique du Conseil International d'Ophtalmologie : Tarsorrhaphie latérale (ICO-OSCAR:LTS) ICO-Ophthalmology Surgical Competency Assessment Rubric: Lateral Tarsal Strip (ICO-OSCAR:LTS)						
Date _____ Stagiaire _____ Evalueur _____	Novice (score = 2)	Débutant (score = 3)	Debutant avancé (score = 4)	Compétent (score = 5)	Non applicable. Fait par le précepteur score= 0	
1	Administration de l'anesthésie locale: location & volume	Dosage inapproprié. Anesthésique donné trop profondément ou de façon trop superficielle (p.e. raclement de l'os ou du périoste ou blanchiment). Mauvaise localisation cause de douleurs plus tard lors de l'intervention.	Quantité excessive d'anesthésique provoquant un chémosis et pouvant être un obstacle lors de la dissection ou bien quantité insuffisante ou placée de façon sous-optimale.	Quantité adéquate d'anesthésique placée dans un endroit quasi optimal. N'interfère pas dans la poursuite de l'intervention.	Infiltration de l'anesthésique local (avec épinéphrine) s'étendant de l'angle canthal externe jusqu'au bord orbitaire du périoste tout en évitant les gros vaisseaux. Volume suffisant pour provoquer une analgésie et aider l'hémostase sans induire un chémosis.	
2	Préparation & mise en place des draps opératoires. Accès libre au champ opératoire	Les champs opératoires sont mal placés. Les cheveux dépassent. Les draps sont mal fixés et se détachent lors de l'intervention. Les champs opératoires gênent l'accès de la zone opératoire. Le plafonnier se projette directement sur la face du patient.	Les champs opératoires sont placés de façon adéquate mais l'exposition de la zone d'opération n'est pas optimale et les draps se détachent lors de l'intervention. L'angle de projection de la lumière n'est pas optimal.	Les champs sont placés de façon adéquate mais l'exposition de la zone d'opération n'est pas optimale. Angle de projection de la lumière adéquate.	Bon accès au canthus et bord orbitaire latéral. Projection de la lumière au dessus de la tête du patient permettant un ajustement progressif de l'intensité de la lumière. La face est exposée de la naissance des cheveux jusqu'au nez permettant ainsi de comparer la position du canthus droit et gauche lors de l'intervention ..	
3	Incision: Localisation, Longueur, Direction, Orientation	Incision mal construite. Trop courte/longue ou contre la ligne de tension de la peau relaxée. Profondeur inappropriée. Site anatomique exposé de façon inappropriée	L'incision est trop longue et ne tient pas compte de la ligne de tension de la peau relaxée	L'incision est petite mais le chirurgien s'en rend compte et l'élargie. L'incision suit la ligne de tension de la peau relaxée.	L'incision s'étend du canthus sur environ 5-10 mm latéralement le long de la ligne de tension de la peau relaxée afin d'exposer le bord orbitaire.	
4	Préparation de la tarsorrhaphie Relaxation des attaches de la paupière.	Mauvaise hémostase durant l'intervention compliquant la vue lors de la dissection. Libération inadéquate de l'attache inférieure. Echec d'identification et d'exposition du tendon. Perte du	Libération incomplète de l'attache inférieure. Doit reprendre plus tard cette étape après avoir reçu des remarques. Quelques difficultés d'hémostase	Libération incomplète de l'attache inférieure. Réalise son erreur sans que l'on le lui fasse remarquer et reprend ceci plus tard. Hémostase adéquate.	Identification and libération de l'attache inférieure du tendon canthal latéral avec un minimum de dissection permettant une libération totale de la paupière inférieure du périoste orbitaire. L'hémostase permet la	

		plan de dissection			visibilité des structures.	
5	Préparation de la tarsorrhaphie . Façonnement de la bande tarsale	Mauvaise compréhension des buts anatomiques . Bande tarsale trop courte (provoquant une tension indésirable) N'atteignant pas le périoste. Mauvais dégagement de la conjonctive, du muscle, des cils en dehors de la bande tarsale.	Ablation excessive de tissu. Bande tarsale trop mince rendant difficile le placement de sutures d'ancrage.	La bande tarsale est mince mais permet quand même de maintenir les sutures de façon adéquate.	La bande tarsale est appropriée et la peau et la conjonctive tarsale sont correctement libérées. Les rétracteurs inférieurs et la conjonctive ont été disséqués du bord inférieur du tarse . Incision de la ligne grise avec libération de la lamelle postérieure.	
6	Dissection: accès au bord orbitaire.	Le périoste est exposé de façon inadéquate. Mauvaise technique de dissection provoquant des dommages collatéraux du tissu y compris le périoste. Hémorragie excessive.	Orbiculaire recouvrant le périoste. Accès difficile du site de fixation. Incapacité de réagir de façon adéquate au prolapsus de la graisse orbitaire au niveau du champ opératoire.	Dissection excessive provoquant un prolapsus de la graisse orbitaire. Contraction adéquate de la graisse à l'aide d'un cautère bipolaire. .	Le périoste orbitaire latéral est exposé près du site de fixation du tendon. La dissection permet un accès facile et une bonne visualisation de la partie interne du bord orbitaire latéral..	
7	Suture : Suture de la bande tarsale au périoste au bord orbitaire interne:	Sutures sur la bande tarsale mal placées ne permettant pas d'ancrer la bande tarsale de façon adéquate. Impossibilité de solidement fixer les sutures/ sutures non parallèles :sur le même plan avec comme résultat une tension asymétrique/rotation de la bande. Difficulté majeure à ancrer la suture au périoste. Aiguille pliée ou tissu déchiré.	Après plusieurs essais les sutures sont placées de façon adéquate mais la prise du périoste orbitaire est inadéquate.	Les sutures sont placées dès le second essai. Fixation adéquate du périoste.	Emploi approprié du matériel de suture. Sutures passées à travers la bande tarsale ce qui permet une bonne apposition au périoste. Les sutures sont placées à l'intérieur du périoste du bord orbitaire et permet une bonne apposition au globe.	

8	Suture: Hauteur et position de la paupière	Asymétrie des deux canthus latéraux et/ou n'a pas tenu compte de la hauteur du canthus contralatéral. Suture au périoste latéral trop serrée ou mal fixée de sorte que le canthus latéral est déplacé vers le centre. Le canthus latéral est placé/reformé trop bas au même niveau ou plus bas que le canthus médial.	Asymétrie légère de la hauteur du canthus ou estimation incorrecte de la hauteur requise du canthus. Tension excessive ou insuffisante.	Estimation correcte de la hauteur du canthus. Tension excessive ou insuffisante	La hauteur et la position de la paupière sont correctes. La bande tarsale est attachée de façon solide au périoste sous suffisamment de tension. La suture est fixée de façon à ce qu'il n'y ait pas de nœud palpable au bord orbitaire après l'intervention.	
9	Suture: fermeture du canthus, muscle & peau	Impossibilité de reformer le canthus latéral. Technique de suture médiocre, difficultés à suturer nécessitant plusieurs essais de placement, médiocre alignement des sutures	L'angle canthal n'est pas bien aligné. Fermeture inadéquate de la plaie ou excision inappropriée de l'orbitaire	L'angle canthal est à peu près en place mais il n'est pas aligné parfaitement. Se rend compte de son erreur et la corrige.	L'angle canthal latéral est reformé avec ou sans suture absorbable. L'orbitaire est préservé et rattaché au périoste du bord orbitaire afin de supporter la paupière inférieure. L'excès de peau est enlevé et la peau est suturée sans tension excessive..	
	Indices Globaux					
10	Maintenir l'hémostase	Mauvaise connaissance de l'anatomie vasculaire. Mauvais usage de l'électrocautère avec comme conséquence brûlure, dommage collatéral et hémostase inadéquate.	A des difficultés à localiser l'origine de l'hémorragie. Le cautère est appliqué dans la région mais pas à l'endroit du saignement.	En général l'hémostase est suffisante mais difficultés lors d'hémorragies profuses.	L'électrocautère est utilisé de façon efficace pour obtenir l'hémostase lors des différentes étapes de l'intervention. Ceci permet une bonne visibilité de l'anatomie.	
11	Visualisation adéquate des tissus	Ne parvient pas à respecter les plans chirurgicaux. Ne parvient pas à exposer le tissu de façon appropriée lors de la dissection.	Ne parvient pas à obtenir une bonne exposition chirurgicale de façon constante. Corrige ses erreurs après remarques.	Exposition chirurgicale raisonnable mais ne parvient pas à respecter les plans chirurgicaux de façon consistante. Se rend compte de ses erreurs et tente à les corriger.	Taille suffisante de l'incision, bonne hémostase et rétraction permettant une bonne exposition constante des tissus.	

12	Respect des tissus/ traitement des tissus	Traitement excessif et répété des tissus. Ecrasement des tissus par un usage inapproprié des forceps. Lésions des tissus par le placement répété de sutures.	Traitement des tissus parfois inadéquat avec lésion légère des tissus comme conséquence.	Traitement inadéquat des tissus sans lésion des tissus.	Bonne connaissance de l'anatomie régionale avec une manipulation efficace des tissus et dissection minimale nécessaire à créer et rattacher la bande tarsale. Montre une bonne connaissance spatiale du champ opératoire.	
13	Connaissance des instruments	Connaissance médiocre ou absente des instruments. Usage combiné inapproprié des porte-aiguilles, des ciseaux et forceps ayant comme conséquence une chirurgie dangereuse ou provoquant des dommages collatéraux.	Utilise parfois un instrument inapproprié et ne s'en rend pas compte.	Utilise parfois un instrument inapproprié mais se rend compte de son erreur et la corrige.	Emploi des instruments appropriés durant toute l'intervention..	
14	Technique pour enfiler l'aiguille	Difficultés importantes pour enfiler l'aiguille demandant plusieurs essais. L'aiguille n'est pas posée correctement dans le porte-aiguille. Aiguille endommagée/poignée émoussée/aiguille tordue.	Capable d'enfiler l'aiguille mais à une position incorrecte. Stabilité médiocre de l'aiguille dans le porte-aiguilles.	Capable d'enfiler l'aiguille et de la positionner dans le porte-aiguilles mais celle-ci peut encore se retourner et est instable.	L'aiguille sémi-circulaire est prise sur les deux tiers de sa longueur par le porte aiguilles ce qui permet une prise ferme et évite sa rotation lors de son emploi.	
15	Vitesse et efficacité des mouvements	Mouvements répétés et inutiles. Lent et hésitant. Plusieurs essais de la même manœuvre. Mains mal posées et/ou mauvaise position du corps.	Nombreux mouvements inefficaces exigeant une meilleure formation.	Très peu de mouvements inutiles mais une certaine hésitation	Dissection et sutures efficaces Durée d'intervention de moins de 45 minutes par côté.	
16	Déroulement global de l'intervention.	Mauvaise planification de l'intervention. Manque d'aisance. Hésitant. Répétitions multiples des différentes étapes	Arrêts et reprises lors de toute l'intervention.	Rythme raisonnable mais parfois hésitation et manque de décision.	Séquences de l'intervention structurées et logiques avec mouvements précis effectués sans hésitation..	
17	Communication avec le patient et l'équipe chirurgicale.	Incertain, mauvaise communication avec le patient ou l'équipe chirurgicale avec comme résultat des piètres réactions .	Communication inconsistante avec le patient ou l'équipe chirurgicale.	Communication consistante avec le patient et l'équipe chirurgicale mais pas toujours claire et non ambiguë..	Communication claire et sans ambiguïté avec le patient et l'équipe durant l'intervention afin que l'intervention se déroule de façon coordonnée et efficace.	

Commentaires :

Golnik KC, Gauba V, Saleh GM, Collin R, Naik MN, Devoto M, Nerad J. Ophthalmology Surgical Competency Assessment Rubric for Lateral Tarsal Strip Surgery. Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery. 2012 Sep;28(5):350-354.

Copyright © International Council of Ophthalmology 2014. Adapt and translate this document for your non-commercial needs, but please include ICO attribution. Download the full curriculum at <http://icoph.org/curricula.html>. Ce document a été traduit en français par Jean-Jacques DeLaey.