

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

ICO – Rubriques d'évaluation de compétence chirurgicale ophtalmologique – Chirurgie de la cataracte à petite incision (ICO-OSCAR:SICS) ICO-Ophthalmology Surgical Competency Assessment Rubric: Small Incision Cataract Surgery (ICO-OSCAR:SICS)							
Date _____	Stagiaire _____	Évaluateur _____	Novice (score : 2)	Débutant (score : 3)	Débutant avancé (score : 4)	Compétent (score : 5)	Non classé score : 0
1	Champ opératoire	Incapable de mettre le champ sans aide.	Mettre le champ avec un minimum d'instruction verbale. Couverture incomplète des cils.	Cils majoritairement couverts, champ mis en place avec un minimum d'obstruction de la vue.	Cils complètement couverts. Site d'incision bien dégagé. Champ n'obstruant pas la vue.		
2	Accès scléral. Cautérisation.	Incapable d'accéder correctement à la sclère. Cautérisation insuffisante ou excessive en intensité et en superficie.	Accès difficile et hésitant à la sclère. Cautérisation insuffisante ou excessive en superficie ou en intensité.	Accès scléral réussi avec une difficulté moyenne. Cautérisation adéquate.	Accès scléral avec précision. Cautérisation appropriée et précise.		
3	Tunnel scléro-cornéen.	Incision inappropriée dans sa profondeur, son siège, sa taille avec dissection hésitante. Hernie de l'iris pouvant être survenir.	Un des critères suivants : profondeur, siège, taille de l'incision. Capable de disséquer vers l'avant mais incapable de percevoir la profondeur.	Deux des critères suivants : profondeur, siège, taille de l'incision. Avoir la notion de profondeur du tunnel mais incapable de rectifier.	Profondeur, siège et taille corrects de l'incision. Tunnel confectionné suivant un plan correct, sinon capable de rectifier.		
4	Ouverture de la chambre antérieure.	Entrée hésitante dans la chambre antérieure avec un kératome. Incapable d'élargir l'orifice interne. Rétrécissement significatif de la chambre antérieure. Nécessité d'élargir ou de suturer l'incision.	Entrée réussie dans la chambre antérieure mais élargissement difficile. Plans de dissection multiples différents. Entrée antérieure ou postérieure par rapport au siège de dissection. Rétrécissement moyen de la chambre antérieure. Nécessité d'élargir ou de suturer l'incision.	Entrée réussie dans la chambre antérieure suivant un plan correct, capable d'élargir mais utilisation répétitive de solution viscoélastique. Orifice interne irrégulier. Nécessité d'élargir ou de suturer l'incision.	Entrée facile dans la chambre antérieure suivant un plan correct. Taille adéquate de la plaie, pas de besoin d'élargissement. Résidus de solution viscoélastique durant l'élargissement. Plaie étanche permettant d'effectuer les manœuvres chirurgicales.		
5	Paracentèse et injection de solution viscoélastique.	Affaissement de la chambre antérieure par la paracentèse. Longueur, largeur et siège inappropriés. Perforation de la capsule antérieure par l'entrée. Hésitations sur le temps d'utilisation, le type et la quantité de solution viscoélastique. Difficulté d'accéder à la chambre antérieure par la paracentèse.	Incision de dimension et de siège appropriés. Affaissement moyen de la chambre antérieure. Nécessité d'un minimum d'instruction. Temps d'utilisation correct mais type et quantité de solution viscoélastique incorrects.	Incision de dimension et de siège inappropriés. Chambre antérieure presque stable. Ne nécessite aucune instruction. Temps d'utilisation, type et quantité de solution viscoélastique corrects avec bonne position de la canule.	Incision de dimension et de siège appropriés. Quantité et temps d'utilisation de solution viscoélastique corrects. Bout de la canule entre la capsule antérieure et l'endothélium.		

6	Capsulorrhéxis : début du lambeau et détachement	Nécessité d'instruction. Tentatives, tendance à abîmer le rhexis au lieu de le maîtriser. Le cortex pourrait être rompu.	Minimum d'instruction, perte occasionnelle du contrôle du rhexis, possible rupture du cortex.	Bon contrôle, peu de maladresse ou de mouvements de repositionnement. Pas de rupture du cortex.	Approche délicate, précise et contrôle confident du rhexis, pas de rupture.	
7	Capsulorrhéxis : confection et finition circulaire	Taille et position inadéquates pour la densité du noyau, une déchirure pourrait survenir.	Taille et position tout juste adéquates pour la densité du noyau, difficulté d'avoir un rhexis circulaire, une déchirure pourrait survenir.	Taille et position presque exactes pour la densité du noyau, contrôle de la situation avec seulement un minimum d'instruction.	Taille et position adéquates pour la densité du noyau, pas de déchirure, contrôle rapide de la radialisation sans aide. Maîtrise du lambeau et de la profondeur de la chambre antérieure pendant le capsulorrhéxis.	
8	Hydrodissection : propagation visible de l'onde de liquide et hernie d'un pôle du noyau	Quantité et point d'injection du liquide d'hydrodissection inadéquats pour avoir la rotation ou la hernie du noyau.	Besoin de plusieurs tentatives. Capable de provoquer la hernie d'un pôle nucléaire après des efforts multiples. Forcer manuellement la hernie du noyau avant une hydrodissection adéquate.	Point d'injection du liquide correct, capable de provoquer la hernie d'un pôle du noyau avec plus qu'un minimum de résistance.	Propagation idéalement visible de l'onde de liquide, facilité de provoquer la hernie du noyau par l'hydrodissection ou par une autre manœuvre mécanique avec un minimum de résistance. Conscient des contre indications du capsulorrhéxis.	
9	Mobilisation totale du noyau vers la chambre antérieure.	Incapable de mobiliser le noyau vers la chambre antérieure. Accrochage de la face antérieure ou postérieure du noyau. Libre rotation du noyau dans le sac, n'arrive pas à éviter l'iris et la cornée, rétrécissement pupillaire, possible rupture capsulaire ou zonulaire.	Hernie du noyau après des tentatives maladroites et répétées. Besoins d'instruction, débris corticaux gênant la visibilité. Touche l'iris ou la cornée. Pas de rupture capsulaire ou zonulaire.	Hernie du noyau dans la chambre antérieure avec plus qu'un minimum de résistance. Réussit à éviter de toucher la cornée.	Hernie du noyau dans la chambre antérieure avec un minimum de résistance. Pas de traumatisme de l'iris et de la pupille.	
10	Extraction du noyau	Traumatise l'endothélium, l'iris ou la capsule. Incapable de maintenir et d'extraire le noyau avec des mouvements mal coordonnés.	Mouvements bien coordonnés mais incapables d'extraire le noyau, avec un traumatisme de l'iris ou de la cornée. Incapacité d'évaluer la taille de l'incision par rapport à la densité du noyau.	Extraction du noyau en plus d'un morceau, après des tentatives multiples. Un élargissement de l'incision pourrait être nécessaire avant l'extraction.	Extraction réussie du noyau avec une ou deux tentatives. Taille appropriée de l'incision en rapport avec la densité du noyau.	
11	Technique d'irrigation et d'aspiration avec lavage adéquat du cortex.	Grande difficulté d'introduire le bout de la canule d'aspiration sous le bord du capsulorrhéxis, position non contrôlée du trou aspirateur, incapable de régler l'intensité du flux d'aspiration comme convenu, incapable	Difficulté modérée d'introduire le bout de la canule d'aspiration sous le bord du capsulorrhéxis, maintient le biseau de la canule tourné vers le haut, tentative d'aspiration sans obstruer le bout, mauvaise compréhension de la dynamique	Minimum de difficulté d'introduire le bout de la canule d'aspiration sous le bord du capsulorrhéxis, biseau de la canule tourné vers le haut, épiluchage lent du cortex, peu d'erreur	Le bout de la canule d'aspiration est introduit sous le bord libre du capsulorrhéxis en mode irrigation avec le biseau d'aspiration tourné vers le haut. Aspiration activée pour	

		d'enlever adéquatement les matières corticales, accroche la capsule ou l'iris avec le biseau de la canule d'aspiration.	d'aspiration, épluchage mal contrôlé du cortex, saccadé et lent, intégrité compromise de la capsule. Tentatives répétées résultant en un minimum de résidus corticaux.	technique, minimum de résidus corticaux. Quelques difficultés à enlever le cortex engagé sous l'incision.	induire un courant juste suffisant à obstruer le bout de la canule. Lavage efficace de tous les résidus corticaux. Les matières corticales sont pelées gentiment vers le centre de la pupille, tangentiellement en cas de fragilité zonulaire. Pas de difficulté à enlever les résidus corticaux engagés sous l'incision.	
12	Implantation, rotation et mise en place de l'implant intraoculaire.	Incapable d'insérer un implant intraoculaire.	Insertion et manipulation difficiles de l'implant intraoculaire, manipulation brutale, chambre antérieure instable. Tentatives répétées, hésitantes, pour placer l'anse inférieure dans le sac capsulaire, tentatives répétées de rotation avec force excessive pour mettre en place l'anse supérieure.	Insertion et manipulation de l'implant intraoculaire, effectuées avec un minimum d'instabilité de la chambre antérieure. Mise en place de l'anse inférieure avec quelques difficultés et de l'anse supérieure avec effort et tension.	Insertion et manipulation de l'implant intraoculaire effectuées dans une chambre antérieure profonde, stable et dans le sac capsulaire. Incision appropriée au type d'implant. Anse inférieure placée doucement dans le sac capsulaire, et la deuxième tournée ou gentiment courbée puis placée sans trop tirer sur le capsulorrhéxis ou les zonules.	
13	Fermeture de l'incision (suture, hydratation, contrôle de la sécurité)	En cas de suture, besoins d'instruction, points de suture mal placés, de façon maladroite avec beaucoup de difficultés, d'astigmatisme induit, et aiguilles tordues. Rotation incomplète des sutures résultant en une fuite de l'incision. Incapable d'enlever complètement la solution viscoélastique, incapable de confectionner une incision étanche ou ne vérifiant pas l'étanchéité de l'incision. Pression intraoculaire finale non rétablie.	En cas de suture, points de suture confectionnés avec quelques difficultés, sutures pouvant être à refaire, étanchéité de la plaie et lavage de la solution viscoélastique pouvant être remis en question avec une probabilité d'astigmatisme induit, nécessité d'instruction. Nécessité d'autres manœuvres pour éviter la fuite de l'incision à la fin de l'opération. Pression intraoculaire pouvant être inadéquate.	En cas de suture, points de suture confectionnés avec un minimum de difficultés, juste assez serrés pour tenir la plaie fermée, peu d'astigmatisme induit, lavage adéquat de la solution viscoélastique avec quelques difficultés, incision vérifiée, étanche ou besoin d'un minimum de réajustage à la fin de l'opération. Pression intraoculaire pouvant être inadéquate.	En cas de suture, points de suture normalement serrés pour maintenir la plaie fermée, pas assez forts pour induire un astigmatisme. lavage adéquat de la solution viscoélastique, incision vérifiée et étanche à la fin de l'opération. Pression intraoculaire rétablie.	
14	Indice général Neutralité de la plaie, minimum	Mouvements oculaires constants précoces et distorsion cornéenne.	Œil n'étant pas souvent en position primaire, plis de distorsion fréquents.	Œil fréquemment en position primaire, plis de distorsion cornéenne moyens.	Œil maintenu en position primaire pendant la chirurgie. Pas de plis de distorsion	

	de rotation oculaire et de distorsion cornéenne.				induits. Longueur et siège de d'incision empêchant la distorsion cornéenne.	
15	Œil centré au milieu du champ visuel du microscope.	Besoins constants de réajustage.	Besoins occasionnels de réajustage.	Fluctuation moyenne de la position de la pupille.	Pupille maintenue centrée pendant l'opération.	
16	Manipulation des tissus conjonctival et cornéen.	Manipulation brutale des tissus et apparition de dégâts.	Manipulation de façon intermédiaire, minimum de dégâts.	Manipulation gentille des tissus mais risque potentiel de dégâts.	Pas de dégâts, ni risque par les manipulations.	
17	Notion d'espace intraoculaire	Instruments touchant souvent la capsule, l'iris, l'endothélium cornéen, instruments émoussés non tenus en bonne position.	Instruments touchant occasionnellement la capsule, l'iris, l'endothélium cornéen, instruments émoussés quelquefois en bonne position.	Instruments touchant rarement la capsule, l'iris, l'endothélium. Instruments émoussés souvent en bonne position.	Pas de contact accidentel avec la capsule, l'iris, l'endothélium. Instruments émoussés maintenus en bonne position.	
18	Protection de l'iris	Iris constamment à risque, manipulé avec brutalité	Iris occasionnellement à risque, besoin d'aide sur l'utilisation de crochet, d'anneau, ou d'autres méthodes de protection de l'iris.	Iris généralement bien protégé. Peu de difficulté sur l'utilisation de crochet, d'anneau ou d'autres méthodes de protection de l'iris.	Iris intact. crochet, anneau ou autres méthodes correctement utilisés pour protéger l'iris.	
19	Durée et fluidité des procédures.	Hésitation, débuts et arrêts fréquents. Pas de fluidité du tout.	Débuts et arrêts occasionnels, manipulations inefficaces et inutiles fréquentes, durée de l'intervention d'environ 60 minutes.	Manipulations inefficaces et/ou inutiles occasionnelles. Durée de l'intervention d'environ 45 minutes.	Manipulations inefficaces et/ou inutiles évitées, durée appropriée en rapport avec la difficulté de l'intervention. En général, 30 minutes pourraient être adéquates.	

Commentaires :

Traduit par Dr. Philippe Rakotondrajo
 Contrôlé par Béatrice Cochener