

SOME FACTORS RESPONSIBLE FOR FAILURE IN FELLOWSHIP EXAMINATIONS IN SURGERY – A VIEW POINT

QUELQUES FACTEURS RESPONSABLES DES ECHECS AU COURS DES EXAMENS DE SPECIALITES EN CHIRURGIE :UN POINT DE VUE

Ajao O.G., Ugwu B.T.

ABSTRACT

The major reasons for repeated failures at the Fellowship Examinations in Surgery are due to poor preparation and underrating the scope and depth of the expectations of the examiners. Attention to details and comprehensive answers to every question in the theory, clinical parts of the examination, viva voce and thesis are the linchpins to success. The answers should show mastery and up-to-date information of the subjects under discussion. Adequate preparation for fellowship examination should include reading the appropriate textbooks and surgical journals thoroughly, participating actively in clinical case presentations before peers and trainers, as well as searching the internet for current concepts in the areas of interest.

KEY WORDS: Surgery fellowship examination, Medical first degree, Surgical textbooks, Literature search.

RÉSUMÉ

Les principales raisons des échecs répétés aux examens en chirurgie sont dus à une mauvaise préparation et sous-estimer la portée et la profondeur des attentes des examinateurs. L'attention aux détails et les réponses complètes à toutes les questions dans la théorie, les parties de l'examen clinique, de vive voix et de la thèse sont les chevilles ouvrières de la réussite. Les réponses doivent montrer la maîtrise et la mise à jour des informations des sujets en cours de discussion. Une bonne préparation à l'examen bourse doivent inclure la lecture des manuels scolaires appropriés et revues chirurgicales à fond, en participant activement à des présentations de cas cliniques avant pairs et les formateurs, ainsi que des recherches sur internet pour les concepts actuels dans les domaines d'intérêt.

MOTS CLÉS: examen médical, la chirurgie bourse au premier degré, les manuels chirurgicaux, recherche documentaire.

INTRODUCTION

One reason for repeated failure in Fellowship Examination (FE) in surgery is because some candidates prepare for the examination as if it is a Medical First Degree (MFD) or MB, BS degree examination. There are certain fundamental differences in the approach of the two types of examination. But many postgraduate residents sitting for the FE are not aware of these differences in approach; strict adherence to these guidelines yields good results.

In the Medical First Degree examination, the subconscious attitude of the examiners may be, 'Let him go', if the error is of a minor nature. The thinking of the examiner usually is 'after all he is going to train further in his chosen specialty'. So, the examiners tend to overlook some not-too-serious lapses. The net effect of this is that a just-below-average student may be successful in the MFD examination.

However, in the postgraduate fellowship examination the situation is the reverse. Subconsciously, the examiner is thinking, *'How do I thoroughly assess him to identify his/her weaknesses or suitability? Is he adequate enough to be a member of my elite club? This is an exit examination. After this he will be a consultant and manage patients unsupervised. Can he make good life-and-death decisions on patients? Is he adequate for that?'* It is only when the examiners can not find an irredeemable fault in the presentations, and the answers to the above are in the affirmative, that the candidate is deemed to have satisfied the examiners in the examination. Therefore a

Department of Surgery, University College Hospital, Ibadan, Nigeria.
E-mail: ogajao@gmail.com &
Department of Surgery, Jos University Teaching Hospital, Jos, Nigeria.

*Correspondence

Grant support: None
Subvention: Aucun

Conflict of interest: None
Conflit d'intérêts: Aucun

INTRODUCTION

Une des raisons de l'échec répété en matière d'examen Fellowship (FE) dans la chirurgie parce que certains candidats à se préparer à l'examen comme s'il s'agissait d'un premier diplôme de médecine (MFD) ou MB, BS examen de licence. Il ya certaines différences fondamentales dans l'approche de ces deux types d'examen. Mais de nombreux résidents de troisième cycle assis pour le FE ne sont pas conscients de ces différences d'approche, le strict respect de ces lignes directrices donne de bons résultats.

Lors de l'examen du premier degré médicale, l'attitude inconsciente des examinateurs peut-être, «Laissez-le aller», si l'erreur est de nature mineure. La pensée de l'examineur est généralement «après tout, il va former plus loin dans sa spécialité choisie. Ainsi, les examinateurs ont tendance à négliger certains manquements pas trop graves. L'effet net est que l'élève juste inférieure à la moyenne peut être reçues à l'examen MFD. Toutefois, lors de l'examen bourse de troisième cycle, la situation est inverse. Inconsciemment, l'examineur pense: «Comment puis-je évaluer soigneusement le pour identifier ses faiblesses / elle ou l'aptitude? Est-il assez suffisant pour être un membre de mon club d'élite? Il s'agit d'un examen de sortie. Après cela, il y aura un conseiller et gérer les patients sans surveillance. Peut-il prendre de bonnes décisions de vie ou de mort sur les patients? Est-il suffisant pour cela? «Ce n'est que lorsque les examinateurs ne peuvent pas trouver un défaut irrémédiable dans les présentations et les réponses à ce qui précède sont dans l'affirmative, si le candidat est réputé avoir satisfait aux examinateurs pour l'examen. Par conséquent, un candidat peu au-dessus borderline peut échouer à l'examen bourse alors qu'un élève légèrement au-dessous de la limite-médical peut passer l'examen de

slightly-above-borderline candidate may fail the fellowship examination whereas a slightly-below-borderline medical student may pass the medical first degree examination.

Though this approach may be regarded as subjective, it is a reasonable one at that, and the one that is familiar to many seasoned examiners of medical students and postgraduate residents.

The purpose of this paper therefore is to highlight factors that may be responsible for repeated failures in fellowship examinations in surgery. Some sections of the examination have not been fully discussed here because that is beyond the scope of this paper.

Our sources of Information for the review

In writing this review article we gathered information from various articles dealing with this subject from English literature. Our other sources of information included personal experiences, personal notes, oral information from our colleagues who were seasoned examiners. We also gathered information from the experiences of residents who had failed the examination at least once.

Preparation for the Examination

The expected answers to the questions in fellowship examinations are "the most appropriate" not necessarily the "correct" answers lifted from old textbooks¹. For example, in considering the intravenous infusion to give a postoperative patient after surgery, one has to realize that the patient had been starved since the previous night and may not be able to eat for the next few days after surgery. So he needs, among other electrolytes, glucose to prevent or reduce negative nitrogen balance. If a postgraduate candidate says he will give Ringer's lactate instead of dextrose-saline, the answer may be considered wrong because Ringer's lactate

diplôme de médecine d'abord. Bien que cette approche peut être considérée comme subjective, il est raisonnable de surcroît, et celui qui est familier à de nombreux examinateurs chevronnés des étudiants en médecine et les résidents de troisième cycle. Le but de cet article est donc de mettre en évidence les facteurs qui peuvent être responsables de manquements répétés aux examens en chirurgie. Certaines sections de l'examen n'ont pas été pleinement discutées ici, parce que c'est au-delà de la portée du présent document.

Nos sources d'information pour l'examen En écrivant cet article de revue, nous recueilli des informations auprès de divers articles traitant de ce sujet à partir de la littérature anglaise. Nos autres sources d'information comprenaient des expériences personnelles, des notes personnelles, des informations orales de nos collègues qui étaient examinateurs chevronnés. Nous avons également recueilli des informations à partir des expériences des résidents qui avaient échoué à l'examen au moins une fois.

Préparation à l'examen Les réponses attendues aux questions posées dans les examens de bourses sont "les plus appropriés" ne sont pas nécessairement les «bonnes» réponses levée de textbooks¹ ancienne. Par exemple, en considérant la perfusion intraveineuse à donner à un patient postopératoire après une intervention chirurgicale, il faut se rendre compte que le patient avait été privées depuis la nuit précédente et peut ne pas être capable de manger pour les prochains jours qui suivent la chirurgie. Donc il a besoin, entre autres électrolytes, du glucose pour prévenir ou réduire le bilan azoté négatif. Si un candidat troisième cycle dit qu'il va donner le lactate de Ringer au lieu de dextrose une solution saline, la réponse peut être considérée comme fausse, car le lactate de Ringer ne contient pas de glucose, mais il est idéal pour la réanimation en

contains no glucose, although it is ideal for resuscitation in emergency trauma in an accident patient where overnight fast is not involved. Ringer's lactate solution should not be given to patients with gastric outlet obstruction or patients with sustained vomiting because of the tendency to metabolic alkalosis in these conditions. But if a final year medical student says the infusion should be Ringer's lactate, the reaction of the examiner may be, 'We-e-e-e-I-I he is relatively safe. At least he won't kill the patient.' And he probably will pass.

Another example is the infusion to give a deeply jaundiced patient the night before surgery to prevent post operative hepato-renal syndrome. If a postgraduate candidate fails to include mannitol after rehydration, his answer may be considered incomplete. But if a final year medical student mentions safe infusions even without mannitol, he or she may pass because the reaction of the examiners may be, 'Well he/she has an idea that the patient should be hydrated'

So a cause of failure is because many fellowship postgraduate candidates do not give the "most appropriate" answers; they fail to realize that postgraduate examinations test the ability to integrate and analyze critically all the theoretical and clinical data concerning the index patient. Residents often give "answers that will not kill the patients" like medical students. This is the beginning of a negative outcome of the examination for the candidate. The countdown towards failure has therefore started.

Inadequate Source of Relevant Information in Preparing for Fellowship Examination

Many candidates limit themselves to information in surgical textbooks while preparing for the fellowship examination. While relying only on textbooks for the medical first degree examination is adequate, this alone

traumatologie d'urgence chez un patient accident où jeûne de la nuit n'est pas impliqué. La solution de lactate de Ringer ne doit pas être administrée aux patients présentant une obstruction de la vidange gastrique ou les patients ayant des vomissements soutenue en raison de la tendance à l'alcalose métabolique dans ces conditions. Mais si un étudiant en dernière année médicale indique la perfusion doit être lactate de Ringer, la réaction de l'examineur peut être: «Nous-e-e-e-I-I il est relativement sûr. Au moins, il ne sera pas tuer le patient. "Et il ne sera probablement passer.

Un autre exemple est la perfusion à donner à un patient profondément aigri la nuit avant la chirurgie pour prévenir les postopératoires syndromes hépatoréal. Si un candidat ne parvient pas à troisième cycle comprennent le mannitol après réhydratation, sa réponse pourrait être considérée comme incomplète. Mais si un étudiant en dernière année médicale mentionne perfusions de sécurité, même sans le mannitol, il peut passer à cause de la réaction des examinateurs peut-être: «Eh bien, il / elle a une idée que le patient doit être hydratée”

Donc, une cause d'échec est parce que de nombreux candidats de troisième cycle de bourses ne donnent pas les «plus appropriées» réponses, ils ne réalisent pas que les examens de troisième cycle tester la capacité d'intégrer et d'analyser de manière critique toutes les données théoriques et cliniques concernant le patient index. Les résidents donnent souvent des "réponses qui ne tuera pas les patients», comme les étudiants en médecine. C'est le début d'un résultat négatif de l'examen pour le candidat. Le compte à rebours vers l'échec a donc commencé.

Source inadéquate de l'information pertinente en préparation pour l'examen de Bourse

De nombreux candidats se limiter à l'information dans les manuels chirurgicaux tout en se préparant pour l'examen bourse. Tout en se fondant uniquement sur les manuels scolaires pour l'examen médical au premier degré est suffisant, cela seul peut ne pas être

cannot be sufficient for fellowship examination because fellowship examination lays emphasis on the current medical findings. For example from the conception to the time it appears in print, it may take up to eight years for a good surgical textbook to be produced. This means that the information in a new textbook is, at least, a number of years old at the time it is published. Schwartz in the *Bulletin of the American College of Surgeons* wrote, "We are told that the doubling time for scientific knowledge is now only four years, which translates into rapid evolution of many aspects of surgery"². Therefore, a textbook alone cannot be adequate to prepare for fellowship examination because it may not contain all the up-to-date information on the subject. It can be likened to the foundation and the walls of an uncompleted building. It is not habitable until it has been plastered, windows and doors installed and decorated with furniture. For example, in some surgical textbooks, entero-cutaneous (which may now be referred to as entero-atmospheric) fistula is still classified as "high out-put and low out-put" types. But many recent literature on the subject consider this classification obsolete and they now classify it based on new parameters^{3,4}. Also the old popular Ochsner-Sherren method of delayed or expectant management of "appendix mass" is now considered not only obsolete but dangerous⁵. Current trends and evidence-based practice are the knowledge expected of any candidate at the fellowship examinations. In some old textbooks the treatment of obstructed hernia includes elevation of the foot of the bed, ice pack application and analgesics, all in an attempt to reduce the obstructed hernia. But this is now considered to be wrong; immediate surgical repair is what is advocated for good outcome as the trapped loop of bowel may be strangulated. Immediate surgical exploration is the best option whether it is deemed gangrenous or not. These textbook pieces of information may be

suffisante pour examen communion fraternelle parce que l'examen met l'accent sur les conclusions médicales actuelles. Par exemple, de la conception à la fois qu'il apparaît dans la presse, il peut prendre jusqu'à huit ans pour un bon manuel chirurgical pour être produite. Cela signifie que les informations contenues dans un nouveau manuel est, au moins, un certain nombre de ans au moment où elle est publiée. Schwartz dans le Bulletin des Chirurgiens de l'Université Américaine a écrit: «On nous dit que le temps de doublement de la connaissance scientifique est maintenant seulement quatre ans, ce qui se traduit par une évolution rapide de nombreux aspects de la chirurgie" 2. Par conséquent, un manuel seul ne peut pas être suffisant pour se préparer à l'examen communion, car il peut ne pas contenir toutes les informations mises à jour sur le sujet. Elle peut être comparée à la fondation et les murs d'un bâtiment inachevé. Il n'est pas habitable avant d'avoir été plâtré, portes et fenêtres installées et décorées avec des meubles. Par exemple, dans certains manuels chirurgicaux, entéro-cutanée (qui peut maintenant être appelé entéro-atmosphérique) fistule est encore classé comme "élevés sur les entrées et les bas-put" types. Mais beaucoup la littérature récente sur le sujet considèrent cette classification obsolète et ils ont maintenant le classer basé sur la nouvelle parameters^{3, 4}. Aussi la vieille populaire Ochsner-Sherren méthode de gestion retardé ou ayant récemment accouché de «masse annexe" est maintenant considéré non seulement obsolète mais dangereux⁵. Les tendances actuelles et la pratique fondée sur des données probantes sont les connaissances attendues d'un candidat aux examens de bourses. Dans certains anciens manuels du traitement de la hernie obstrué comprend l'élévation du pied de l'application lit, la banquise et les analgésiques, le tout dans une tentative de réduire la hernie obstrué. Mais ceci est maintenant considéré comme faux; réparation chirurgicale immédiate est ce qui est préconisé pour obtenir de bons résultats que la boucle de l'intestin piégé peut être étranglée. Exploration chirurgicale immédiate est la meilleure option si elle est réputée gangrène ou non. Ces pièces de manuels d'information peut être acceptable pour l'examen médical au

acceptable for the medical first degree examination but they are not likely to be accepted for the fellowship examination because the candidates are expected to be current and they are regarded as potential teachers of medical students.

Therefore in addition to regular clinical presentations to peers and consultants, and reading the latest editions of surgical textbooks, to serve as a base, the candidate for fellowship examination must complement these with indexed journals, as well as search the internet for relevant information on current concepts for good outcome. This is *sine qua non* for success in the fellowship examinations in surgery.

Direct application of knowledge to the particular patient presented

The fellowship examination emphasizes the ability of the candidate to deploy the appropriate knowledge and skills to solve the problems of the patient in question. Let us clarify this statement by this "extreme" example: *a medical student was asked the differential diagnoses of a 25-year-old boy with possible appendicitis at his bedside. His differentials included: Mittelschmerz disease (ovulation pain), ectopic pregnancy, twisted ovarian cyst etc.* Even though these may be considered as possible differential diagnoses of possible acute appendicitis, they cannot be the differential diagnoses for this 25-year-old boy! The candidate is simply reeling out the possible textbook differentials without aligning them to the patient in question.

Many candidates do a similar thing at the fellowship examinations although not as "extreme" as this. In one of the short cases at the fellowship examination, *a 70-year-old man sat comfortably in a chair reading the news paper. This man had gynecomastia that would be the envy of any 18-year-old girl! He also had an indwelling catheter.* A candidate was asked

premier degré, mais ils ne sont pas susceptibles d'être acceptés pour l'examen bourse parce que les candidats sont censés être à jour et ils sont considérés comme des enseignants potentiels des étudiants en médecine.

Par conséquent, en plus de présentations cliniques réguliers avec les pairs et les consultants, et la lecture des dernières éditions des manuels chirurgicaux, pour servir de base, le candidat à l'examen bourse doit les compléter avec des revues indexées, ainsi que des recherches sur Internet pour obtenir des informations pertinentes sur les cours concepts pour obtenir de bons résultats. C'est la condition *sine qua non* pour la réussite aux examens de bourses en chirurgie.

L'application directe des connaissances du patient particulier présenté

L'examen bourse souligne la capacité du candidat à déployer les connaissances et les compétences nécessaires pour résoudre les problèmes du patient en question. Précisons cette déclaration par cette «extrême» par exemple: un étudiant en médecine a été demandé aux diagnostics différentiels d'un garçon de 25 ans avec une appendicite possible à son chevet. Ses différences suivantes: Mittelschmerz maladie (douleur d'ovulation), la grossesse extra-utérine, etc kyste de l'ovaire tordu Même si ceux-ci peuvent être considérés comme des diagnostics différentiels possibles d'appendicite aiguë possible, ils ne peuvent être les diagnostics différentiels pour ce garçon de 25 ans! Le candidat est simplement titubant sur les écarts de manuels possibles sans les aligner pour le patient en question.

De nombreux candidats faire la même chose aux examens de bourses Bien que pas aussi "extrême" de ce type. Dans l'un des cas de courte durée à l'examen communion, un homme de 70 ans, assis confortablement dans un fauteuil en lisant le journal nouveau. Cet homme avait une gynécomastie qui ferait l'envie de n'importe quelle fille de 18 ans! Il a également eu un cathéter à demeure. Un

to examine the patient and proffer the diagnosis. He got the diagnosis of gynaecomastia alright. But when asked for the cause of the diagnosis, he said, "Liver cirrhosis." True, liver cirrhosis can cause gynaecomastia. But the patient was neither jaundiced nor had features of hepatic failure. Here is a black man in his 70's looking well with big gynaecomastia and an indwelling catheter. What should come to the mind of the candidate first is carcinoma of the prostate on oestrogen treatment. Without this, the candidate showed that even though he probably knew all the causes of gynaecomastia, he had not "matured" enough surgically to "extract" the part of his knowledge that bears relevance to the patient presented. And therefore, despite all his knowledge of causes of gynaecomastia, he has not addressed his knowledge to help this patient. The examiner is not likely to be impressed by the fact that the candidate knows all the causes of gynaecomastia. He is expected to know that. What the examiner will want to know is that out of all the possible causes of gynaecomastia, can the candidate mention the most likely cause for this particular patient under consideration? To many examiners, to mention liver cirrhosis first will not be regarded as a correct answer. All these small but significant lapses are now building up gradually, and negatively, against the candidate.

Error in Long Case Presentation

The objectives of a long case presentation in the fellowship examinations are two primarily⁶: firstly, to arrive at the most likely diagnosis and secondly, to find other conditions in the patient being examined which may or may not be related to the problem the patient is complaining of¹. So, when a candidate, after clinical examination says, "The main pathology is" He has unwittingly told the examiner that he has not fulfilled the second objective of a long case in the clinical assessment, and he is working to the answer of a pre-conceived diagnosis.

candidat a été invité à examiner le patient et proférer le diagnostic. Il a reçu le diagnostic de gynécomastie bien. Mais lorsqu'on lui a demandé pour la cause du diagnostic, a-t-il dit, «cirrhose du foie." Il est vrai que la cirrhose du foie peut entraîner une gynécomastie. Mais le patient n'est ni aigri, ni présentait des caractéristiques d'insuffisance hépatique. Voilà un homme noir dans son 70 de bonne mine avec grand gynécomastie et une sonde à demeure. Que doit venir à l'esprit du candidat est d'abord un cancer de la prostate sur le traitement d'oestrogène. Sans cela, le candidat a montré que même s'il savait probablement toutes les causes de gynécomastie, il n'avait pas «mûri» assez chirurgicalement pour «extraire» de la part de ses connaissances qui porte un intérêt pour le patient s'est présenté. Et donc, malgré toute sa connaissance des causes de gynécomastie, il n'a pas adressé ses connaissances pour aider ce patient. L'examineur n'est pas susceptible d'être impressionné par le fait que le candidat connaît toutes les causes de gynécomastie. Il est prévu de le savoir. Que l'examineur veut savoir, c'est que sur toutes les causes possibles de gynécomastie, le candidat peut mentionner la cause la plus probable de ce patient particulier à l'étude? Pour grand nombre d'examineurs, pour ne citer cirrhose du foie première ne sera pas considéré comme une réponse correcte. Tous ces manquements faibles mais significatives sont en train de construire progressivement, et négativement, contre le candidat.

Erreur dans Présentation de cas à long

Les objectifs d'une présentation de cas longtemps dans les examens de bourses sont deux primarily⁶: d'une part, pour arriver à un diagnostic le plus probable et d'autre part, de trouver d'autres conditions chez le patient en cours d'examen qui peut ou peut ne pas être lié au problème du patient se plaint sur¹. Donc, quand un candidat, après examen clinique dit: «La principale pathologie est" Il a dit à son insu l'examineur qu'il n'a pas rempli le deuxième objectif d'une longue affaire de l'évaluation clinique, et il travaille à la réponse de un diagnostic préconçue.

In clerking the patient, many candidates omit emphasizing “the medications the patient is currently taking” and a history of allergies in the patient to any medication or substance. So, what is the big fuss on “mundane” things like “allergies and medications”? The big fuss is that cases have been repeatedly reported of patients dying because of allergic (anaphylactic) reaction and because of lack of awareness of the treating physician of the medications the patient was taking before the administration of anaesthetics required for a surgical procedure. The patient may ooze blood uncontrollably from the surgical wound because it was not elicited that he/she was taking low dose aspirin along with blood pressure drugs. These are avoidable deaths that should not occur. So, when a candidate omits such important and simple information, some examiners will regard such a candidate as a “careless” doctor. Of course, no examiner wants to let lose to the public a “careless” surgeon. The examiner might be his patient in future. Again this small significant issue is contributing negatively to the outcome of the examination for the candidate. Gradually, the negative perception of the candidate's clinical competence is building up.

Presentation of a long case is to give precisely and concisely all the relevant facts of the case that will make arrival at the diagnosis obvious. This should not involve telling irrelevant stories about the patient. The presentation should not also sound like a medical report or a discharge summary of the patient.

Some candidates arrive at a diagnosis that the clinical findings do not support in any way. If there are no relevant positive findings or relevant negative findings of a disease in both history and physical examination, then the disease is not likely to be a part of the differentials. *For example, a normal looking lady sitting down quietly without fidgeting but has a thyroid swelling is not likely to have*

En été auxiliaire juridique auprès du patient, de nombreux candidats, omettre de souligner «les médicaments du patient est actuellement en cours” et des antécédents d'allergies chez le patient à un médicament ou d'une substance. Alors, quel est le grand tapage sur la «terre à terre» des choses comme "les allergies et les médicaments»? Le tapage est que les cas ont été signalé à plusieurs reprises des patients meurent à cause de réactions allergiques (anaphylactique) et en raison du manque de prise de conscience du médecin traitant des médicaments que le patient prenait avant l'administration d'anesthésiques nécessaires à une intervention chirurgicale. Le patient peut suinter le sang incontrôlable de la plaie chirurgicale, car il n'a pas été provoquée que il / elle a été prise d'aspirine à faible dose avec des médicaments de tension artérielle. Ce sont des morts évitables qui ne devraient pas se produire. Donc, quand un candidat omet ces informations important et simple, certains examinateurs considèrent comme un candidat comme un «négligente» médecin. Bien sûr, aucun examinateur veut laisser perdre au public un «négligente» chirurgien. L'examinateur peut-être de son patient à l'avenir. Encore une fois ce petit problème important contribue négativement à l'issue de l'examen du candidat. Peu à peu, la perception négative de la compétence clinique du candidat est mise en place.

Présentation d'une longue affaire est de donner avec précision et concision tous les faits pertinents de l'affaire qui fera de votre arrivée sur le diagnostic évident. Cela ne devrait pas impliquer raconter des histoires pertinentes concernant le patient. La présentation ne doit pas aussi sonner comme un rapport médical ou d'un résumé à la sortie du patient.

Certains candidats arrivés à un diagnostic que les résultats cliniques ne confirment pas en aucune façon. S'il n'y a pas pertinents résultats positifs ou négatifs pertinents conclusions d'une maladie à la fois l'histoire et l'examen physique, puis la maladie n'est pas susceptible d'être une partie des écarts. Par exemple, une dame d'apparence normale assis tranquillement,

thyrotoxicosis unless she is already taking anti-thyroid medication.

To some examiners, “summarizing” a presentation seems to be a waste of limited precious time the candidate has for the examination and for assessment. Usually, some examiners ask for this when the candidate has presented a windy history in which the examiner gets lost in the presentation. No summary can make a bad clinical presentation a good one. It just reinforces the poor presentation.

After determining the likely differential diagnosis, the relevant investigations should be grouped into: investigations for diagnosis, investigations for the extent of the disease and the investigations for surgery and monitoring.

Short Cases Presentation

The short cases presentation is supposed to replicate the initial evaluation of a new case seen in the out-patient clinic. Usually at the fellowship examination, each candidate should be examined on about 3 or more short cases in the period allotted.

What may fail some candidates in this section is because of “manipulation” or “malingering” by the patient. Any postgraduate candidate who cannot detect this is not likely to be successful at the examination. *As an example, a 55-year-old post-menopausal woman accidentally discovered a lump of about 5cm x 4cm x 5cm in her breast. But because many doctors, as well as medical students, have been examining her breast while on admission in the hospital, she decided she was not going to allow anymore examination of her breast. So, as soon as the candidate touched the breast, the woman “winced in agony.”* The candidate later presented the mass (which turned out to be fibrocystic disease of the breast) as a “very tender mass” The mass that could be that

sans s'agiter, mais a un gonflement thyroïde n'est pas susceptible d'avoir thyrotoxicose, sauf si elle est déjà taking médicaments anti-thyroïdiens.

Pour certains examinateurs, “résumant” une présentation semble être une perte de temps précieux limité le candidat a pour l'examen et de l'évaluation. Habituellement, certains examinateurs de le préciser lorsque le candidat a présenté une histoire de vent dans lequel l'examineur se perd dans la présentation. Aucun résumé peut faire une mauvaise présentation clinique une bonne idée. Il ne fait que renforcer la mauvaise présentation. Après avoir déterminé le diagnostic différentiel probable, les investigations doivent être regroupés en: enquêtes, investigations pour le diagnostic de l'étendue de la maladie et les enquêtes pour la chirurgie et le suivi.

Présentation courte Cas

Le bref exposé des cas est censé reproduire l'évaluation initiale d'un nouveau cas à la clinique ambulatoire. Habituellement, à l'examen bourse, les candidats doivent être examinés sur environ 3 cas ou plus courts dans le délai imparti.

Que peut échouer certains candidats dans cette section en raison de la «manipulation» ou «simulation» par le patient. Tout candidat troisième cycle qui ne peut pas détecter ce n'est pas de chance de réussir à l'examen. A titre d'exemple, une femme de 55 ans ménopausée a découvert par hasard une boule d'environ 5cm x 4cm x 5cm dans son sein. Mais parce que beaucoup de médecins, ainsi que des étudiants en médecine, se sont penchés sur sa poitrine tandis que l'admission à l'hôpital, elle a décidé qu'elle n'allait pas permettre l'examen plus de son sein. Donc, dès que le candidat a touché la poitrine, la femme “grimaça de douleur.” Le candidat présenté plus tard la masse (ce qui s'est avéré être la maladie fibrokystique du sein) comme une «masse très tendre” La masse qui pourrait être celle d'appel d'offres est le plus susceptible d'être un abcès du sein aiguë. Mais puisque cette femme post-ménopausique n'est

tender is most likely to be acute breast abscess. But since this post-menopausal woman is neither lactating nor pregnant, she is not likely to have an acute breast abscess. If a candidate is unable to distinguish malingering from the real thing, he is not ready to be a consultant. But, in this case, if a candidate rightly shows that the mass is not tender, and that the woman is just making it up, he will get 10 (or P) which is a pass mark. But if the next candidate does not detect that the woman is malingering, he is not likely to get the same mark as the previous candidate. The next lower mark the second candidate can score is 9 (or P-) which is a failure.

The use of a measuring tape for a lipoma or a lump in the trunk can irk some examiners, because this is more of "acting" than examination. The reason is that the exact dimensions of such lumps neither affect the diagnosis nor the treatment for such lumps. It just indicates that the candidate is trying to waste time or trying to impress the examiner or just does not know when exact measurement is indicated in surgery.

However in orthopaedics cases where shortening of a limb, or the distance between the knees or ankles are required, or when the diagnosis of a unilateral leg swelling is required, or when the measurement of a head circumference in a suspected hydrocephalus is required, the use of a measuring tape is a must.

Incomplete answers to questions

This is one situation that generally gives candidates false idea about their performance. *Let us illustrate this with this scenario. Candidate A is asked to give the differences between an umbilical hernia and a para-umbilical hernia.* He gives five points for umbilical hernia: it is congenital, has a ring-like opening, does not usually cause strangulation, may not require repair, more common in the black race. For this he gets 10 (or P) which is a

ni allaitantes, ni enceinte, elle n'est pas susceptible d'avoir un abcès du sein aiguë. Si un candidat n'est pas en mesure de distinguer la simulation de la vraie chose, il n'est pas prêt à être un consultant. Mais, dans ce cas, si un candidat démontre à juste titre que la masse n'est pas tendre, et que la femme est tout simplement le maquillage, il obtiendra 10 (ou P) qui est une note de passage. Mais si le prochain candidat ne détecte pas que la femme est la simulation, il n'est pas susceptible d'obtenir la même marque que le candidat précédent. La marque immédiatement inférieur le deuxième candidat peut marquer est 9 (ou P-), qui est un échec.

L'utilisation d'un ruban à mesurer pour un lipome ou une bosse dans le coffre peut irriter certains examinateurs, parce que c'est plus d'«agir» que l'examen. La raison en est que les dimensions exactes de ces morceaux ne sauraient affecter le diagnostic ni le traitement de tels morceaux. Il indique simplement que le candidat essaie de perdre du temps ou d'essayer d'impressionner l'examineur ou ne sait pas quand la mesure exacte est indiquée en chirurgie.

Toutefois, dans les cas où l'orthopédie raccourcissement d'un membre, ou la distance entre les genoux ou les chevilles sont nécessaires, ou lorsque le diagnostic d'un gonflement des jambes unilatéral est nécessaire, ou lorsque la mesure d'une circonférence de la tête dans une hydrocéphalie suspecte est requise, l'utilisation d'un ruban à mesurer est un must.

Réponses incomplètes aux questions

C'est une situation qui donne généralement les candidats idée fausse au sujet de leur performance. Nous allons illustrer cela avec ce scénario. Un candidat est invité à donner les différences entre une hernie ombilicale et une hernie para-ombilicale. Il donne cinq points pour une hernie ombilicale: il est congénitale, a une forme d'anneau d'ouverture, ne causent généralement pas de strangulation, ne peut pas

pass mark. Candidate B, for the same question gives only 3 features of an umbilical hernia. Should he get the same mark as candidate A? The next lower mark for candidate B will be 9 (or P-) which is a failure. This illustrates how easy it is to fail the postgraduate fellowship examination. Comprehensive details and mastery of the subject under discussion are the key to a successful outcome in a fellowship examination.

Conclusion

Passing the fellowship examination in surgery is like performing surgery itself. Surgeons do not usually lose patients because of major glaring mistakes like transecting the aorta or forgetting to anastomose transected loop of bowel. It is the small but significant lapses that make the candidates fail, just like a surgeon adds to complications or loses a patient because he forgot an instrument or a piece of gauze in the abdomen of the patient. Or causing an entero-cutaneous fistula by carelessly catching a loop of bowel while closing the abdomen of the patient.

Since the close-marking system is the scoring method adopted in the fellowship examinations in surgery, all these minor lapses that may be regarded as "insignificant" in medical first degree examination make a great difference between 10 (or P) which is a pass mark and 9 (or P-) which is a failure.

Some of these ideas in our opinion may not have universal acceptance among the examiners. But if they improve on clinical performance and evaluation of candidates, then they are worth noting. And in any case, no candidate fails an examination by saying or doing the correct thing even if the examiner is not aware of the "correct" thing the candidate is talking about or doing.

exiger réparation, plus fréquente chez la race noire. Pour cela, il obtient 10 (ou P) qui est une note de passage. Candidat B, pour la même question donne seulement 3 caractéristiques d'une hernie ombilicale. Faut-il avoir la même marque que le candidat A? La marque immédiatement inférieur pour le candidat B sera 9 (ou P-), qui est un échec. Cela montre à quel point il est facile d'échouer à l'examen bourse postdoctorale. Les détails complets et la maîtrise du sujet en discussion sont la clé d'une réussite à un examen bourse.

Conclusion

Réussite à l'examen en chirurgie est comme pratiquer la chirurgie elle-même. Les chirurgiens ne sont généralement pas perdre de patients en raison des grandes erreurs flagrantes comme sectionnant l'aorte ou d'oublier de s'anastomoser boucle sectionné de l'intestin. Ce sont les écarts faibles mais significatives qui font les candidats n'arrivent pas, tout comme un chirurgien ajoute des complications ou perd un patient parce qu'il a oublié un instrument ou un morceau de gaze dans l'abdomen du patient. Ou provoquant une fistule entéro-cutanée par négligemment accrochage d'une boucle de l'intestin tandis que la fermeture de l'abdomen de la patiente. Comme le système de marquage est proche de la méthode de notation adoptée dans les examens en chirurgie, toutes ces déchéances mineures qui peuvent être considérées comme «insignifiant» dans l'examen médical au premier degré font une grande différence entre 10 (ou P) qui est une note de passage et 9 (ou P-) qui est un échec.

Certaines de ces idées à notre avis ne peuvent pas universellement accepté parmi les examinateurs. Mais si elles améliorent le rendement clinique et l'évaluation des candidats, alors qu'ils sont dignes de mention. Et en tout cas, aucun candidat échoue à un examen en disant ou faisant la bonne chose même si l'examineur ne connaît pas la «bonne» chose que le candidat parle ou fait.

REFERENCES

1. Ajao OG. A guide for the examiners and examinees in surgical examinations. *The J of Surgery & Surg Sciences*. 2007; 1:1-5.
2. Schwartz SI. Message from the Editor. *Bulletin of the American College of Surgeons*. July 2001; 86(7):52.
3. McClelland RM(Editor). Small bowel fistula in *Selected readings in general surgery*. 1996; 23: 1-7.
4. Ajao OG. Enterocutaneous fistula – A review article. *Saudi J. gastroenterol* 2001; 7: 51-54.
5. Ajao OG, Adenuga, MO, Ladipo, JK. Colorectal carcinoma in patients age 30 years: a review of 11 cases. *J.R.Coll Surg Edinb*. 1988; 33: 277-279.
6. Ajao OG, Ugwu BT. Evaluating the evaluators in postgraduate fellowship examinations –A viewpoint. *J. West African College of Surgeons* 2011;1:97-104.

REFERENCES

1. Ajao OG. Un guide pour les examinateurs et les sujets examinés lors des examens chirurgicaux. *Le J & des Sciences Chirurgie Surg*. 2007; 1:1-5.
2. SI Schwartz. Message de la rédaction. *Bulletin de l'American College of Surgeons*. Juillet 2001; 86 (7): 52.
3. RM McClelland (Sous la direction). *Fistule du grêle dans les lectures choisies en chirurgie générale*. 1996; 23: 1-7.
4. Ajao OG. Fistules entéro - Un article de revue. *Arabie J. gastroenterol* 2001; 7: 51-54.
5. Ajao OG, Adenuga, MO, Ladipo, JK. Cancer colorectal chez les patients de 30 ans ans: une revue de 11 cas. *J.R.Coll Surg Edinb*. 1988; 33: 277-279.
6. Ajao OG, Ugwu BT. L'évaluation des évaluateurs en bourse postdoctorale examens-Un point de vue. *J. Collège ouest-africain des Surgeons* 2011; 1:97-104.