

Pertinence et indications de
transmission des prélèvements
chirurgicaux au laboratoire
d'anatomopathologie : la chirurgie
générale, la plastie et la dermatologie
Annexes complémentaires

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé

Le présent document contient les annexes complémentaires au rapport *Pertinence et indications de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie : la chirurgie générale, la plastie et la dermatologie*

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section [Publications](#) de notre site *Web*.

Renseignements

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 643-1339
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca
www.inesss.qc.ca

Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation du rapport *Pertinence et indications de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie : la chirurgie générale, la plastie et la dermatologie* aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE A	1
Tableaux exhaustifs des résultats et informations d'intérêt extraits d'études scientifiques	1
ANNEXE B	46
Tableau exhaustif des informations et recommandations d'intérêt extraits des documents publiés par des sociétés savantes	46
ANNEXE C	48
Pièces chirurgicales pouvant être exemptées de l'examen histologique ou de l'examen anatomopathologique complet (macroscopie et histologie) selon certaines sociétés savantes, organismes professionnels et établissements de santé	48
ANNEXE E	52
Obstacles limitant la faisabilité et la portée d'une évaluation économique et pistes de solutions potentielles	52
ANNEXE D	54
Résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus	54
ANNEXE E	91
Traitement des commentaires des lecteurs externes	91
RÉFÉRENCES	98

LISTE DES TABLEAUX

Tableau D-1	Qualité méthodologique des études transversales selon l'outil d'évaluation critique d'une étude descriptive de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)	54
Tableau D-2	Qualité méthodologique selon l'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)	57
Tableau D-3	Qualité méthodologique des guides de pratique clinique selon la grille AGREE II - GRS	58
Tableau D-4	Outil d'évaluation et d'appréciation critique de la littérature grise AACODS	59

ANNEXE A

Tableaux exhaustifs des résultats et informations d'intérêt extraits d'études scientifiques

ÉTUDES/PAYS	NOMBRE DE PATIENTS/ OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS/CONCLUSIONS/LIMITES
Plastie			
<p>Fisher et al., 2018 États-Unis Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : Janvier 2015 - décembre 2015</p> <p>Nombre de spécimens : 759</p> <p>Objectif : Les auteurs ont évalué l'incidence de découvertes cliniques significatives associées à l'examen anatomopathologique des spécimens prélevés lors d'une chirurgie plastique afin de développer des lignes directrices basées sur les données probantes.</p>	<p>Critère d'exclusion : Spécimens qui ne sont pas associés à la chirurgie plastique.</p> <p>Population cible : Personnes ayant subi une chirurgie plastique au cours de laquelle un prélèvement a été effectué.</p>	<p>Résultats : <u>Description des prélèvements (n = 759)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • cartilages de rhinoplastie : 353 • côtes : 166 • cicatrices : 86 <ul style="list-style-type: none"> - sein : 19 • implants mammaires : 60 • peau : 31 <ul style="list-style-type: none"> - sein : 21 • implants de capsules : 30 • extenseurs de tissus : 21 • pannicules : 8 • chéloïdes : 4 <p>Un cas de kératose séborrhéique a été détecté parmi les 21 spécimens de peau de sein analysés (découverte fortuite cliniquement non significative : 0,13 % de tous les spécimens analysés en histologie).</p> <p>Une analyse macroscopique seulement a été effectuée pour 161 spécimens (21,2 %).</p> <p>Au cours d'une période de 12 mois, 88 % d'implants mammaires et 12 % de tous les extenseurs de tissu ont été transmis au laboratoire d'anatomopathologie. De tous ces spécimens, 93 % ont été transmis uniquement pour analyse macroscopique. Aucune découverte cliniquement significative n'a été trouvée dans les 10 spécimens de peau autre que celle du sein.</p>

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<p>De même aucune découverte cliniquement significative n'a été trouvée dans les 353 cartilages et 166 spécimens prélevés de côtes analysés.</p> <p>Aucune découverte pathologique n'a été identifiée dans les autres spécimens.</p> <p>Conclusion : Les auteurs émettent l'hypothèse selon laquelle lorsqu'il n'existe pas de règlement ni de politiques de transmission au sein de l'hôpital, les chirurgiens tendront à envoyer les spécimens de façon systématique.</p> <p>Les auteurs proposent trois catégories de spécimens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • spécimens à faible risque pouvant être exemptés d'une analyse en anatomopathologie (implants, extendeurs, spécimens de panniculectomies) • spécimens à analyser en cas de suspicion clinique (peau, cicatrices, cartilage, côtes, chéloïdes, capsules mammaires) • spécimens à risque relativement élevé à toujours analyser (peau et cicatrices du sein en présence d'un antécédent de cancer). <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude. • Plus de 20 % (21,2 %) des spécimens n'ont pas été analysés en histologie, donc il est possible que certaines pathologies n'aient pas été identifiées.

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
Lésions cutanées			
<p>Gargya et al., 2017 États-Unis Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : 1997 – 2014</p> <p>Nombre de spécimens : 13 746</p> <p>Objectif : Évaluer la pertinence d'un examen histopathologique de routine pour les kystes sébacés.</p>	<p>Population cible : Personnes de 16 ans et plus ayant subi une exérèse d'un kyste sébacé.</p>	<p>Résultats : Un total de 13 746 échantillons ont été analysés en anatomopathologie et 48 échantillons avec un diagnostic de cancer pour une incidence de 0,3 % dont le plus fréquent était le carcinome à cellules squameuses. Le clinicien a rapporté des incertitudes pour chacun de ces échantillons (basé sur les antécédents et/ou l'aspect de la lésion).</p> <p><u>Diagnostic du pathologiste</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • carcinome à cellules squameuses : 23 • carcinome basocellulaire : 18 • autres : 7 <p>Conclusion : Les auteurs suggèrent la recommandation que l'examen pathologique de routine des kystes sébacés n'est pas nécessaire sauf pour les cas de suspicion de cancer.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • caractère rétrospectif de l'étude effectuée dans un seul centre
<p>Eads et al., 1996 États-Unis Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : 1^{er} janvier – 14 février 1994</p> <p>Nombre de spécimens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe à l'étude : 1 335 spécimens de polypes fibroépithéliaux • Groupe témoin : 697 naevus mélanocytaires <p>Objectif : Évaluer l'utilité de soumettre des acrochordons pour un examen microscopique de routine.</p>	<p>Critères d'inclusion : Diagnostic de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • acrochordons • naevus mélanocytaire <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic différentiel atypique ou dysplasique de naevus mélanocytaire • Absence de diagnostic préopératoire • Diagnostic différentiel de tumeur maligne 	<p>Résultats : <u>Groupe d'étude</u> Cinq tumeurs malignes sur 1 335 spécimens cliniques soumis comme acrochordons (0,37 %) lors de l'examen microscopique. Aucune des lésions diagnostiquées comme acrochordons par un dermatologue ne s'est avérée maligne lors de l'examen microscopique. 158 médecins ont soumis les 1 335 échantillons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 31,6 % de dermatologues • 34,8 % de médecins de famille • 10,1 % de médecins en médecine interne • 8,3 % de médecins de famille • 8,2 % de chirurgiens • pour 7 % des médecins la spécialisation n'était pas connue

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
		<p>Population cible : Personnes ayant subi une exérèse de acrochordons ou de naevi mélanocytaires.</p>	<p>1 105 spécimens (83 %) soumis par un dermatologue avaient une exactitude diagnostique de 89,8 % tandis que pour 230 spécimens soumis (17,2 %) par des cliniciens non dermatologues, une exactitude de 69,9 % ($p < 0,001$) a été rapportée.</p> <p>Aucune tumeur maligne n'a été identifiée dans les spécimens soumis en tant qu'acrochordon par un dermatologue.</p> <p>Des 70 lésions n'ayant pas reçu le bon diagnostic, 51 335 (0,37 %) étaient des tumeurs malignes.</p> <p><u>Groupe témoin</u> Six tumeurs malignes détectées parmi 697 naevi mélanocytaires transmis en anatomopathologie (0,86 %).</p> <p>La probabilité de détecter un cancer dans les spécimens de acrochordons était plus faible que dans les naevi (risque relatif de 0,4).</p> <p>La différence de détection de tumeurs malignes était non significative entre les groupes acrochordons et le groupe de naevi.</p> <p>Conclusion : Selon les auteurs la prévalence de lésions malignes parmi des lésions diagnostiquées cliniquement comme étant des polypes acrochordons par des dermatologues ne nécessiteraient aucun examen microscopique.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude • Faible puissance statistique évoquée par les auteurs.

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
<p>Eads et al., 1997 États-Unis Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : 10 – 16 janvier 1995 10 – 16 avril 1995 10 – 16 juillet 1995</p> <p>Nombre de spécimens : 2 169</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe à l'étude : 577 kératoses séborrhéiques • Groupe témoin : 1592 naevus mélanocytaires <p>Objectif : Les auteurs ont examiné l'utilité de soumettre des kératoses séborrhéiques à un examen microscopique de routine.</p>	<p>Critères d'exclusion : Naevi mélanocytaires avec une mention atypique, dysplasique, ou éliminer mélanome ou carcinome.</p> <p>Population cible : Personnes ayant subi une exérèse de kératose séborrhéique ou de naevi mélanocytaires.</p>	<p>Résultats : Sur 577 spécimens supposés être des kératoses séborrhéiques, 37 (6,4 %) étaient des tumeurs malignes. Une comparaison avec un groupe témoin de naevi mélanocytaires a dévoilé une propension plus importante pour les kératoses séborrhéiques diagnostiquées par les dermatologues à être des tumeurs malignes, comparativement aux naevi (0,41 % contre 0,25 %, $p < 0,001$).</p> <p>Dans le groupe témoin, 20 (1,7 %) des lésions identifiées comme naevi mélanocytaires par les dermatologues étaient des tumeurs malignes, tandis que 12 des 380 (3,2 %) spécimens l'étaient pour les lésions diagnostiquées par les non-dermatologues.</p> <p>Des kératoses séborrhéiques soumises par les non-dermatologues, 7,2 % étaient des tumeurs malignes, tandis que 2 % des spécimens diagnostiqués par les dermatologues étaient de nature cancéreuse.</p> <p>Les médecins non-dermatologues avaient 3 fois plus de chance de se tromper dans leur diagnostic en manquant les cellules basales de carcinome que les dermatologues ($p = 0,03$).</p> <p>Les lésions qui présentaient une inflammation ou à l'apparence irritée étaient plus susceptibles d'être déclarées malignes lors de l'analyse microscopique.</p> <p><u>Découvertes fortuites de cancer (non soupçonné par le clinicien)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • total : 21494 spécimens (4,25 %) • dermatologues : 14410 spécimens (3,4 %) • cliniciens autres que dermatologues : 784 spécimens (8,3 %)

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<p>Conclusions : Étant donné que plusieurs kératoses séborrhéiques sont directement traitées en utilisant des méthodes destructives, les auteurs supposent que le pourcentage de malignité est surreprésenté du fait que ce ne soit pas tous les spécimens de ce type qui sont pris en compte.</p> <p>Les auteurs encouragent toute politique qui recommande la transmission systématique des kératoses séborrhéiques à l'examen anatomopathologique.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude. • Biais de sélection possible. Certaines lésions sont enlevées non chirurgicalement (méthodes destructives) et ne sont donc pas envoyées pour une analyse anatomopathologique.
<p>Cho et al., 2018 États-Unis Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : Entre 2009 et 2015</p> <p>Nombre de patients : 222 947 (182 962 spécimens, provenant de 153 518 cas, analysés en anatomopathologie)</p> <p>Objectif : Évaluer l'utilisation nationale de l'examen anatomopathologique de routine relativement aux lésions de la main afin d'orienter les politiques de pratique en santé.</p>	<p>Critères d'inclusion : Personnes de 18 ans et plus ayant eu recours à une exérèse, en clinique ambulatoire, d'une lésion non maligne de l'extrémité supérieure (main).</p> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients ayant subi une exérèse de lésion maligne, une incision et un drainage ou un débridement de lésion de l'extrémité supérieure dans les 2 mois précédant la chirurgie. • Biopsies 	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au total, 222 947 patients ont subi une exérèse d'une lésion bénigne. 182 962 échantillons prélevés de 153 518 patients ont été analysés en anatomopathologie, donc 69 % de tous les spécimens. • De ceux-ci, 879 (0,57 %) patients ont reçu un diagnostic de malignité effectué dans l'intervalle de deux mois à partir de l'exérèse initiale d'une lésion d'extrémité supérieure. • En tout, 319/182 962 cas discordants avec une modification du plan de traitement (0,17 %) et 560/182 962 (0,3 %) cas aberrants ne menant pas à une modification du plan de traitement (0,4 %). • Un diagnostic de tumeurs malignes était significatif pour le groupe d'âge de 55 ans à 64 ans (OR 1,41) ou 65 ans et plus (OR 2,37).

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
		<ul style="list-style-type: none"> • Patients avec un antécédent de cancer <p>Population cible : Personnes avec une lésion bénigne de la main prélevée chirurgicalement</p>	<p>Conclusion : Un examen anatomopathologique des lésions bénignes localisées sur les membres supérieurs est généralement utilisé bien qu'il soit associé à un faible bénéfice clinique. La politique d'envoi systématique des spécimens chirurgicaux devrait être révisée afin de diminuer la redondance et accroître l'efficacité.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude. • Un biais possible des codes d'actes utilisés (certains codes procurent un montant de remboursement supérieur).
<p>Apollos <i>et al.</i>, 2017 Royaume-Uni Étude retrospective</p>	<p>Période de recherche : 1er janvier 2011 – 1er octobre 2015</p> <p>Nombre de spécimens: 536 (396 analysés en histologie)</p> <p>Objectif : Déterminer le risque associé à un envoi sélectif de spécimens soupçonnés d'être des kystes épidermoïdes au laboratoire d'anatomopathologie en évaluant l'exactitude diagnostique dans les soins de première et deuxième ligne.</p>	<p>Critères d'inclusion : Personnes avec un diagnostic clinique de kyste épidermoïde ayant subi une exérèse de la lésion par un médecin de famille, et/ou révisé par un chirurgien en clinique ambulatoire.</p> <p>Critères d'exclusion : Suspicion d'un diagnostic différentiel par le médecin de famille et le chirurgien.</p> <p>Population cible : Personnes ayant subi une exérèse de kyste épidermoïde.</p>	<p>Résultats : Des 396 kystes épidermoïdes transférés en anatomopathologie sur le jugement du chirurgien, 303 ont été confirmés comme tels (76,5 %). Aucune lésion maligne n'a été détectée après les examens d'anatomopathologie. Des 93 autres spécimens excisés, qui n'étaient pas des kystes épidermoïdes, 28 % (26) étaient des lipomes, 14 % (13) pilomatricome, et 7,5 % (7) dermatofibrome, aucune des lésions n'était maligne.</p> <p>Les patients ont été suivis jusqu'en 2016 (valeur médiane de la durée de suivi : 38,8 mois) sans rapports d'anatomopathologie. Aucun cas de cancer ou de récurrence n'a été rapporté.</p> <p>Conclusion : Le diagnostic d'un kyste épidermoïde peut être établi sur l'observation clinique. Les auteurs soutiennent qu'un envoi sélectif de ce type de spécimen permettrait de réduire les coûts engendrés par un examen pathologique d'un kyste épidermoïde.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude.

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
VÉSICULE BILIAIRE			
ÉTUDE / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / MÉTHODES	POPULATION / MÉTHODES	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
<p>Alabi et al., 2021 Royaume-Uni Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : Janvier 2011 – janvier 2016</p> <p>Nombre de patients : 1 473</p> <p>Objectif : Évaluer le besoin de procéder à un examen histopathologique de routine ou sélectif des spécimens de vésicule biliaire suivant une cholécystectomie.</p>	<p>Critères d'inclusion : Les personnes ayant subi une cholécystectomie pour une maladie bénigne présumée.</p> <p>Critères d'exclusion : Patients avec des signes de cancer de la vésicule biliaire à l'imagerie.</p> <p>Population cible : Les personnes ayant subi une cholécystectomie pour une maladie bénigne présumée.</p>	<p>Résultats : <u>Indication clinique</u> Cholécystite chronique : 87,4 % (1 288)</p> <p><u>Résultats de l'analyse en histopathologie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les spécimens ont été analysés en histologie • Cas de découverte fortuite de cancer de la vésicule biliaire : 2/1 473 (0,14 %) <ul style="list-style-type: none"> – un cas d'adénocarcinome papillaire <i>in situ</i> – un cas d'adénocarcinome invasif de stade IIIa – un épaissement de la paroi de la vésicule biliaire a été noté par le chirurgien pour ces 2 cas <p>Conclusion : Les auteurs soulignent qu'un envoi sélectif des spécimens pour une analyse en histopathologie devrait être réservé aux personnes de 50 ans et plus qui ont une vésicule biliaire d'apparence anormale, celles opérées d'urgence et celles avec une dissection difficile menant à la conversion d'une chirurgie par laparoscopie à une chirurgie ouverte.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude
<p>Corten et al., 2019 Pays-Bas Étude prospective</p>	<p>Période de recherche : Novembre 2009 - février 2011</p> <p>Nombre de patients : 319 patients consécutifs</p>	<p>Critères d'inclusion : Tous les spécimens de cholécystectomie effectuées lors de la période d'étude.</p> <p>Population cible :</p>	<p>Résultats : <u>Indication de cholécystectomie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • lithiases (symptomatique, non-complicquée) : 227 (70,9 %) • cholécystectomie à froid : 31 (9,7 %) • cholécystite aiguë : 29 (9,1 %)

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
	<p>Objectifs : Évaluer la pratique de l'examen macroscopique de la vésicule biliaire par le chirurgien et la comparer à l'analyse histologique de routine de l'anatomopathologiste, considérée comme la méthode de référence. Évaluer le pourcentage de vésicules biliaires qui nécessitent une analyse histologique après l'examen macroscopique effectué par un chirurgien.</p>	<p>Personnes ayant subi une cholécystectomie par laparoscopie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • pancréatite post biliaire : 18 (5,6 %) • cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE): 8 (2,5 %) • polype : 4 (1,2 %) • cholangite : 1 (0,3 %) • vésicule porcelaine : 1 (0,3 %) <p><u>Résultats de l'examen macroscopique effectué par le chirurgien</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • normal : 257 (80,6 %) • anormal : 62 (19,4 %) <p><u>Résultats de l'examen macroscopique effectué par le pathologiste</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • normal : 255 (79,9 %) • anormal : 64 (20,1 %) <p><u>Concordance entre le chirurgien et le pathologiste</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • concordance avec le chirurgien : kappa = 0,822 • discordance : 18 (5,6 %) <ul style="list-style-type: none"> - 10 considérés normaux par le chirurgien mais anormaux par le pathologiste <ul style="list-style-type: none"> ▪ anomalie de la muqueuse : 4 ▪ épaissement de la paroi : 4 ▪ anomalie de la muqueuse et épaissement de la paroi : 2 <p>Anomalie histologique significative : 10 (9 cas d'inflammation, 1 cas de pseudo-polype)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 considérés anormaux par le chirurgien mais normaux par l'anatomopathologiste <ul style="list-style-type: none"> - fibrose : 2 - fibrose du canal cystique : 1 - épaissement de la paroi : 3 - anomalie de la muqueuse : 2

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<p><u>Analyse histologique requise par le chirurgien suite à l'examen macroscopique (25)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> avec anomalie à l'examen macroscopique : 16 sans anomalie à l'examen macroscopique (selon l'indication pour la cholécystectomie, histoire clinique de la personne ou autre : 9 <p>Aucune anomalie microscopique cancéreuse ou pré-cancéreuse n'aurait été manquée à la suite de l'examen macroscopique seulement effectué par le chirurgien.</p> <p>Conclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les chirurgiens sont habilités à effectuer un examen macroscopique de la vésicule biliaire et tirer des conclusions sur les observations notées lors de l'examen. Une analyse histologique sélective des vésicules biliaires pourrait réduire significativement les coûts médicaux sans compromettre la sécurité des patients ou leur issue clinique. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> Caractère rétrospectif de l'étude effectuée dans un seul centre. Petit de nombre de cas considérant la faible incidence de cancer de la vésicule biliaire.
<p>Dincel et al., 2018 Turquie Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : Janvier 2012 – février 2016</p> <p>Nombre de patients : 1 294</p> <p>Objectif : Réviser les rapports de pathologie de spécimens de vésicules biliaires prélevés lors d'une cholécystectomie ouverte ou laparoscopique</p>	<p>Critères d'exclusion : Personnes avec un diagnostic de cancer de la vésicule biliaire préalablement à la cholécystectomie.</p> <p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie pour une maladie bénigne de la vésicule biliaire.</p>	<p>Résultats : <u>Indications cliniques pour la cholécystectomie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> colique biliaire : 908 (70,1 %) cholécystite chronique : 297 (23 %) cholécystite aiguë : 55 (4,3 %) autres maladies bénignes (polypes, adénomyomatose) : 34 (2,6 %) <p><u>Observations lors de la chirurgie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Aucun cas soupçonné de cancer

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
	pour une maladie bénigne de la vésicule et déterminer l'incidence de cancer.		<p><u>Diagnostic de l'examen anatomopathologique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • cholécystite chronique : 1 195 (92,3 %) • autres types de cholécystite (xanthogranulomateuse aigüe, folliculaire, éosinophilique) : 77 (6 %) • non-cholécystite : 22 (1,7 %) • cholestérolose : 201 (15,5 %) • non-cholestérolose : 1 093 (84,5 %) • adénomyomatose – hyperplasie – polype : 34 (2,6 %) • métaplasie : 39 (3 %) • dysplasie : 8 (0,6 %) • autre : 1 231 (93,7 %) • malin : 5 (0,4 %) • non malin : 1 289 (99,6 %) <p>Conclusion : Selon les auteurs de l'étude, un examen anatomopathologique de routine des vésicules biliaires est requis pour tous les spécimens de vésicules biliaires, et ce, même pour les spécimens sans anomalie à l'examen macroscopique spécifiquement dans les régions où les cancers de la vésicule biliaire sont fréquents.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude effectuée dans un seul centre.
<p>Düzköylü et al., 2016 Turquie Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : Janvier 2005 - décembre 2013</p> <p>Nombre de patients : 8 698</p> <p>Objectif :</p>	<p>Population cible : Patients ayant subi une cholécystectomie laparoscopique pour des calculs symptomatiques</p>	<p>Résultats : <u>Taux de découverte fortuite de cancer de la vésicule biliaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 15/8 698 (0,17 %) <ul style="list-style-type: none"> - 14 carcinomes - 1 lymphome de MALT (tissu lymphoïde associé aux muqueuses)

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
	<p>Déterminer l'incidence de la découverte fortuite d'un cancer de la vésicule biliaire chez des patients ayant subi une cholécystectomie laparoscopique pour des calculs symptomatiques.</p>		<p>Conclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selon les auteurs de l'étude, les résultats de l'examen anatomopathologique des spécimens de cholécystectomies devraient être surveillés attentivement. • Un examen anatomopathologique devrait être effectué au delà des pratiques habituelles pour les patients avec des facteurs de risque ou ceux pour qui un cancer est soupçonné de manière peropératoire. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le caractère rétrospectif de l'étude effectué dans un seul centre.
<p>Basak et al., 2016 Turquie Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : 2009 à 2013 Nombre de patients : 1 747</p> <p>Objectif : Évaluer l'utilité clinique de l'analyse histologique de routine sur le taux de découverte fortuite d'un cancer de la vésicule biliaire à la suite d'une cholécystectomie et son influence sur la prise en charge du patient.</p>	<p>Critères d'inclusion : Cholécystectomies ouvertes et laparoscopiques converties en chirurgies ouvertes.</p> <p>Critères d'exclusion : Personnes avec un cancer de la vésicule biliaire présumé confirmé en imagerie.</p> <p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie en raison d'une maladie bénigne de la vésicule biliaire.</p>	<p>Résultats : <u>Indications pour la cholécystectomie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • colique biliaire : 1 015 (58,1 %) • cholécystite chronique : 651 (37,3 %) • cholécystite aiguë : 53 (3 %) • autres maladies bénignes (polypes, adénomyomatoses) : 28 (1,6 %) <p><u>Résultats de l'analyse histologique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • cholécystite chronique : 1 682 (96,3 %) • autres cholécystites (xanthogranulomateuse, folliculaire aiguë, granulomateuse) : 61 (3,7 %) • non-cholestérolose : 1 293 (74 %) • cholestérolose : 454 (26 %) • non métaplasique : 1 483 (84,9 %) • métaplasie : 264 (15,1 %) • non cancéreux : 1 743 (99,8 %) • adénocarcinome : 4 (0,2 %) <p>Il y a eu 4 cas de découvertes fortuites de cancer de la vésicule biliaire (0,23 %).</p>

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<p>Conclusion : Les auteurs recommandent l'analyse anatomopathologique de tous les spécimens de vésicules biliaires prélevés au cours d'une cholécystectomie.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospective de l'étude effectuée dans un seul centre. • L'aspect de la muqueuse et l'épaisseur de la paroi de la vésicule n'a pas été examinée par le chirurgien.
<p>Byars et Pusany, 2012 Royaume-Uni Étude cas-témoin</p>	<p>Période de recherche : 30 mars 2005 – 31 mars 2010</p> <p>Nombre de patients : 82 femmes choisies à partir de 2 696 dossiers de patients</p> <p>Objectif : Évaluer s'il existe une méthode sélective sécuritaire pour l'analyse histologique des vésicules biliaires issues de cholécystectomies.</p>	<p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie laparoscopique ou ouverte.</p>	<p>Résultats : <u>Diagnostiques de cancer à l'histologie (7/2 696, 0,26 %)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 582 cas avec constats anormaux aux analyses préopératoires et à l'examen macroscopique effectué par le chirurgien • 282 cas avec constats d'anomalies à l'examen macroscopique effectué par le chirurgien <p>Conclusion : Selon les auteurs de l'étude, il existe une façon sécuritaire et efficace de sélectionner les vésicules biliaires qui devraient être soumises à une analyse histologique en se basant sur l'âge et la suspicion pré- et peropératoire de malignité.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude effectuée dans un seul centre • Faible nombre de patients inclus
<p>Romero-Gonzalez et al., 2012 Mexique Étude prospective</p>	<p>Période de recherche : Août 2010 – février 2011</p> <p>Nombre de patients : 150</p>	<p>Population cible : Patients avec calculs biliaires ayant subi une cholécystectomie.</p>	<p>Résultats : <u>Constats du chirurgien :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • cholécystite : 65 (43,4 %) • anomalie (masse, induration, ulcère) : 4 (2,6 %) • examen macroscopique (surfaces sereuses ou muqueuse) : 30 (20 %)

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
	<p>Objectif : Élaborer une méthode simple pour identifier les vésicules biliaires qui devraient être soumises à une analyse histologique suivant la cholécystectomie.</p>		<p><u>Constats de l'analyse histologique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • confirmation de 3/150 (2 %) adénocarcinomes de la vésicule biliaire <ul style="list-style-type: none"> - tous ces cas avaient un aspect anormal à l'examen du chirurgien. Le chirurgien a bien discerné tous les cas de cancer et les cas sans cancer. - 2 de ces cas montraient une anomalie à l'échographie • sensibilité : 100 % (IC95 % : 49 – 100) • spécificité : 100 % (IC95 % : 98,7 – 100) • valeur prédictive positive : 85,7 (IC95 % : 49 – 100) • valeur prédictive négative : 99,6 (IC95 % : 98,7 – 100) <p>Conclusion : Les auteurs sont d'avis que l'analyse histologique des vésicules biliaires de patients présentant aucun facteur de risque de cancer (âgé de 60 ans ou plus, maladie inflammatoire de l'intestin, anomalie à l'imagerie, suspicion de cholécystite, anomalies identifiées au cours de la chirurgie ou à l'examen macroscopique du chirurgien) soit environ la moitié des patients, pourrait être omise.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faible échantillonnage
<p>Genç et al., 2011 Turquie Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : Mai 1999 – juin 2010</p> <p>Nombre de patients : 5 164</p>	<p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • suspicion de cancer • présence de polypes détectés à l'échographie (préopératoire) 	<p>Résultats : <u>Observations lors de la chirurgie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • aucune anomalie : 5 066 (98,1 %) • paroi de la vésicule anormale : 98 (1,9 %)

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
	<p>Objectif : Déterminer le taux de découvertes fortuites de cancer de la vésicule biliaire à la suite à d'une cholécystectomie laparoscopique effectuée chez des personnes avec des calculs biliaires.</p>	<p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie laparoscopique pour des calculs biliaires.</p>	<p><u>Diagnostic de l'examen histopathologique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • adénocarcinome : 5 (0,09 %) <ul style="list-style-type: none"> - non soupçonné par le chirurgien : 2 (0,039 %) <p>Conclusion : Le taux de découvertes fortuites de cancer de la vésicule biliaire de cette étude est de 0,09 %.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le caractère rétrospectif de cette étude effectuée dans un seul centre.
<p>Taylor et Huang, 1998 Royaume-Uni Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : Janvier 1990 – janvier 1997</p> <p>Nombre de patients : 1 078</p> <p>Objectif : Évaluer si l'envoi sélectif des vésicules biliaires en anatomopathologie présente un bénéfice.</p>	<p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie.</p>	<p>Résultats : <u>Résultats de l'analyse histologiques des 1 078 vésicules biliaires examinées</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • inflammation chronique : 1 045 • inflammation aiguë : 5 • cholestérolose : 5 • inflammation xanthogranulomateuse : 8 • dysplasie : 3 • normales : 6 • adénocarcinome : 6 <p>Un examen préopératoire indiquait la présence d'un cancer chez deux patients. Dans tous les cas, le chirurgien trouvait le spécimen suspect.</p> <p>Conclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une suspicion préopératoire et peropératoire suffit à identifier les cas de carcinome dans les vésicules biliaires. La cholécystectomie simple est le traitement pour des cas bénins ou pré-malins de pathologie de la vésicule biliaire. • Les auteurs soulignent que des études prospectives devraient être menées afin de confirmer la présente étude.

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude effectuée dans un seul centre. • Très peu de détails sur les méthodes.
<p>Darmas et al., 2007 Royaume-Uni Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : Juin 2000 – juillet 2005</p> <p>Nombre de patients : 1 452</p> <p>Objectif : Évaluer la nécessité d'effectuer une analyse histologique de routine des vésicules biliaires à la suite d'une cholécystectomie et son influence sur la prise en charge du patient.</p>	<p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie</p>	<p>Résultats : Le nombre total de spécimens était de 1 452 spécimens de vésicules biliaires à raison de 290 par année, dont 4 cas d'adénocarcinome primaire de la vésicule biliaire ont été détectés (0,27 %), chez trois hommes et une femme. Les notes opératoires ont révélé qu'il existait une suspicion élevée de suspicion de malignité au moment de l'intervention chirurgicale, avec la présence d'une masse.</p> <p>L'échographie préopératoire a détecté un carcinome dans un cas, mais un épaississement de la paroi de la vésicule biliaire a été observé pour tous les cas.</p> <p>Chez les patients atteints de lymphomes de type B et d'adénocarcinome du colon, une anomalie était macroscopiquement détectable aussi bien par l'échographie préopératoire que par laparotomie. Aucun cas de cancer précoce n'a été trouvé en présence d'une vésicule biliaire d'aspect normal à l'examen macroscopique</p> <p>Conclusion : Tous les cas d'adénocarcinomes invasifs présentaient un aspect anormal à l'examen macroscopique soit avant ou pendant la chirurgie.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude effectuée dans un seul centre.

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
<p>Akyürek et al., 2004 Turquie Étude prospective</p>	<p>Période de recherche : 1^{er} mai 2001 – 15 octobre 2003</p> <p>Nombre de patients : 548</p> <p>Objectif : Évaluer l'exactitude du chirurgien à identifier une pathologie de la vésicule biliaire au cours d'une cholécystectomie laparoscopique.</p>	<p>Critères d'exclusion : Personnes avec polypes ou une suspicion préopératoire de cancer</p> <p>Population cible : Personnes avec calculs biliaires ayant subi une cholécystectomie laparoscopique élective.</p>	<p>Résultats : <u>Constats d'anomalies à l'examen macroscopique du chirurgien</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50/548 (9,1 %) • sensibilité : 78,9 % • spécificité : 93,3 % <p><u>Constats d'anomalies à l'analyse histologique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 15/548 (2,7 %) <ul style="list-style-type: none"> - 5/548 (0,9 %) cas de cancer de la vésicule biliaire - 10/548 (1,8 %) diagnostics bénins <ul style="list-style-type: none"> ▪ polype : 4 ▪ cholécystite xanthogranulomateuse : 2 ▪ métaplasie gastrique : 3 ▪ adénomyomatose : 1 <p>Tous les cas de cancer étaient soupçonnés par le chirurgien.</p> <p>Conclusion : L'étude montre que la dissection, l'inspection et la palpation de la vésicule biliaire au cours de la cholécystectomie est utile pour détecter des pathologies comme le cancer.</p>
<p>Dix et al., 2003 Royaume-Uni Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : 1995 – 1999</p> <p>Nombre de patients : 1 308</p> <p>Objectif : Évaluer si la décision d'un envoi sélectif des vésicules biliaires en anatomopathologie compromettrait la prise en charge ou l'issue du patient.</p>	<p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie</p>	<p>Résultats : <u>Résultats de l'analyse histologique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • cholécystite chronique : 1 249 • cholécystite aiguë ou empyème : 38 • vésicules biliaires prélevées lors d'une autre procédure : 16 <p>Pour 5 vésicules biliaires, il y avait une évidence de carcinome primaire. Pour trois de ces cinq cas, une échographie préopératoire a décelé un carcinome</p>

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<p>probable. Les anomalies étaient macroscopiquement visibles.</p> <p>Taux de cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5/1 308 (0,38 %) • le chirurgien a noté une anomalie pour chacun des cas • le diagnostic histologique n'a eu aucune influence sur la prise en charge ou l'issue du patient. <p>Conclusions : Dans cette étude, le diagnostic de l'examen histologique n'a influencé la prise en charge ou l'issue d'aucun des patients concernés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le carcinome de la vésicule biliaire peut être diagnostiqué en combinant l'échographie préopératoire à un examen peropératoire dans tous sinon la majorité des cas. • Tous les patients avec une suspicion de carcinome primaire de la vésicule biliaire devraient voir sa vésicule transférée au laboratoire d'anatomopathologie pour un examen histologique. • Une approche sélective, basée sur des données probantes, dans l'envoi des vésicules biliaires au laboratoire d'anatomopathologie permettrait d'épargner des ressources économiques, et du temps d'analyse et de rédaction de rapports. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude effectuée dans un seul centre. • Pour 16 cas, la vésicule biliaire a été prélevée lors d'une chirurgie visant un autre tissu ou organe. Ceci peut contribuer à une hétérogénéité du groupe à l'étude.

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
<p>Emmett <i>et al.</i>, 2015 Royaume-Uni Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : 1^{er} mai 2003 – 1^{er} septembre 2009</p> <p>Nombre de patients : 4 776</p> <p>Objectif : L'étude vise à déterminer l'incidence de découvertes fortuites de cancer de la vésicule biliaire lors d'une cholécystectomie et à établir si un examen histologique sélectif des spécimens qui paraissent macroscopiquement anormaux suffirait pour la détection des cas de cancers.</p>	<p>Critères d'inclusion : Toutes les cholécystectomies électives et urgentes pour une maladie bénigne présumée.</p> <p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie.</p>	<p>Résultats : De 4 776 cholécystectomies, 12 (0,25 %) ont révélé un carcinome de la vésicule biliaire et présentaient tous à l'examen macroscopique un certain degré d'anomalies :</p> <ul style="list-style-type: none"> • épaissement ou inflammation de la paroi de la vésicule biliaire (50 %) • masse (17 %) • perforation (8 %) • formation d'une fistule (8 %) • nécrose (17 %) <p>Conclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toute vésicule biliaire d'aspect anormal à l'examen macroscopique, provenant d'une chirurgie urgente ou d'une chirurgie ouverte ou subtotale devrait faire l'objet d'une analyse histologique. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le caractère rétrospectif de l'étude effectuée dans un seul centre. • Au cours de l'étude, une modification a été apportée dans la préparation des spécimens au département de pathologie. Au départ les spécimens étaient préparés par des médecins et ensuite par des scientifiques biomédicaux formés.
<p>Lundgren <i>et al.</i>, 2018 Suède Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : Janvier 2007 – septembre 2014</p> <p>Nombre de patients : 81 349 (36 010 avec une analyse histologique) classés en 3 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sans histologie : 45 339 (55,7 %) 	<p>Critères d'inclusion : Toutes les procédures de cholécystectomies sans suspicion de cancer enregistrées dans le registre national provenant d'établissements qui effectuent plus de 300 cholécystectomies par année</p>	<p>Résultats : Des 81 349 patients, 213 présentaient un cancer inattendu de la vésicule biliaire,</p> <p>Analyse histologique (n = 36 010, 44,3 %)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 45 339 n'ont pas eu d'examen histologique • 35 797 ont eu un examen histologique sans détection d'un cancer inattendu de la vésicule biliaire accessoire,

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
	<ul style="list-style-type: none"> avec histologie sans cancer inattendu: 35 797 (44 %) avec histologie et cancer inattendu : 213 (0,26 %) <p>Objectif : Évaluer si la proportion de vésicules biliaires transmises au laboratoire d'anatomopathologie influence la proportion de cancers de vésicule biliaire inattendus détectés et quelles mesures préopératoires ou post-opératoires pourraient influencer l'approche d'envoi sélectif.</p>	<p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> indication de la chirurgie qui comprend une suspicion de cancer ou de polypes prélèvement secondaire à un autre type de chirurgie abdominale <p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie pour une indication bénigne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 213 avec un cancer inattendu de la vésicule biliaire (0,26 %) soit 0,59 % de toutes les vésicules biliaires qui ont été transmises pour un examen histologique. <p>Diagnostic du pathologiste;</p> <ul style="list-style-type: none"> normal : 1 423 (4 %) pathologie bénigne : 30 950 (86 %) <ul style="list-style-type: none"> cholécystite aigüe ou chronique : 28 514 (79 %) cancer de la vésicule biliaire : 213 (0,59 %) <p>Diagnostic clinique des cas de cancers</p> <ul style="list-style-type: none"> suspicion de cancer ou polypes : 60 (28 %) aspect normal : 13 (6,1 %) cholécystite aigüe ou chronique : 129 (61 %) perforation ou autre : 11 (5,2 %) <p>Le groupe comptant les hôpitaux avec l'approche la plus sélective (0-25 % d'analyse histologique) des vésicules biliaires transmises au laboratoire d'anatomopathologie a identifié un plus grand nombre de cancer inattendu de la vésicule biliaire par 1000 cholécystectomie soumis pour analyse histologique que dans les centres où tous les spécimens étaient envoyés.</p> <p>Le groupe d'hôpitaux qui effectuent une analyse histologique de 75 à 100 % des vésicules biliaires a détecté un nombre significativement plus élevé de cas de cancer inattendu de la vésicule biliaire par 1 000 cholécystectomies que les trois autres groupes (soient 0 – 25 %, 25 – 50 % et 50 – 75 %, p = 0,003 entre les 4 groupes).</p> <p>Treize spécimens sur 213 (cohorte de cancer) qui étaient macroscopiquement normaux (6,1 %) se sont révélés être des cancers (véritable taux d'incidence de découverte fortuite de cancer : 0,03 %).</p>

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<p>Un total de 68 % de la cohorte avec cancer a été opéré en raison de la présence de complications de calculs biliaires comparé à 31 % de la cohorte dont les vésicules biliaires n'avaient pas été transmises en examen histopathologique.</p> <p>Conclusion : Selon les auteurs, une approche de routine dans l'envoi des spécimens est privilégiée à une approche sélective qui empêcherait de détecter certains cas de cancer de la vésicule biliaire.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fiabilité des données du registre national qui contient plus de 90 % des cas de cholécystectomies du pays.
<p>Hayes et Muldoon, 2014 Irlande Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : 1^{er} janvier 2000 – 24 octobre 2013</p> <p>Nombre de patients : 2 522</p> <p>Objectif : Déterminer les fréquences de dysplasie et de carcinome dans une série de spécimens issus de cholécystectomies et évaluer dans quelle mesure certaines observations macroscopiques et histologiques sont associées à ces pathologies.</p>	<p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie.</p>	<p>Résultats : <u>Observations du chirurgien</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • cholécystite : 481 (34,41 %) • calculs : 406 (29,04 %) • colique biliaire : 264 (18,88 %) • pancréatite : 104 (7,44 %) • chirurgie oncologique: 42 (3 %) • empyème : 31 (2,22 %) • masse ou polype, cancer : 29 (2,07 %) • mucocœle : 25 (1,79 %) • autre : 78 (5,58 %) <p>Dans 149 cas (5,91 %) la paroi de la vésicule biliaire était décrite comme épaisse sans en rapporter les dimensions. Dans 1 225 cas (48,57 %) aucun commentaire n'a été fait sur l'épaisseur de la paroi de la vésicule biliaire. Une lésion a été identifiée par l'examen macroscopique dans 55 cas (2,18 %). Des changements de dysplasie ont été rapportés dans 1,15 % des cas (29 cas)</p>

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<p><u>Diagnostic du pathologiste</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • cholécystite chronique : 2 298 (91,12 %) • cholécystite aiguë : 389 (15,42 %) • cholécystite gangrèneuse : 31 (1,23 %) • cholécystite aiguë se résorbant : 40 (1,59 %) • inflammation xanthogranulomateuse : 51 (2,02 %) • hyperplasie lymphoïde/cholécystite folliculaire : 51 (2,02 %) • cholestérose : 275 (10,9 %) • adénomyome : 54 (2,14 %) • fibrose sévère : 110 (4,36 %) • vésicule biliaire porcelaine : 5 (0,2 %) • empyème : 9 (0,36 %) • mucocoèle : 7 (0,28 %) • métaplasie intestinale : 11 (0,44 %) • dysplasie : 29 (1,15 %) • carcinome primaire : 10 (0,4 %) <p>Un carcinome invasif a été rapporté dans 12 vésicules biliaires (0,48 %) dont 2 cas de dépôt métastatique d'origine rénale ou gynécologique et 10 cancers primaires de la vésicule biliaire (0,4 %). Aucun des cas de cancer n'avait été soupçonné cliniquement ou à l'imagerie. Une lésion a été identifiée à l'examen macroscopique pour 5 cas (0,2 % découvertes fortuites à l'examen histologique).</p> <p><u>Examen macroscopique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • sensibilité : 29,41 % • spécificité : 98,19 % • valeurs prédictives positives : 18,18 % • valeurs prédictives négatives : 99,03 %

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<p>Conclusion : Même dans les régions où les cas de cholécystectomies sont rares, le cancer de la vésicule biliaire n'est souvent pas visible macroscopiquement.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude. • Révision des rapports et non des lames ce qui aurait pu introduire un biais d'information (p. ex., l'omission d'observations jugées moins importantes par le pathologiste ayant produit le rapport de pathologie).
<p>Koppatz et al., 2018 Finlande Étude retrospective</p>	<p>Période de recherche : Novembre 2010 – mai 2012</p> <p>Nombre de patients : 2 034</p> <p>Objectif : Évaluer l'incidence de découverte fortuite de cancer accessoire de la vésicule biliaire dans les échantillons macroscopiquement normaux.</p>	<p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • suspicion clinique de néoplasie de la vésicule biliaire avant la chirurgie • cancer actif ou rémission de moins de 5 ans. <p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie.</p>	<p>Résultats : L'examen histopathologique a été effectué sur 1 916 (94 %) échantillons. Des 118 spécimens non envoyés en anatomopathologie, 112 étaient rapportées macroscopiquement normaux.</p> <p><u>Examen macroscopique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • paroi épaissie : 5 • durcissement localisé : 1 • cholécystite aiguë : 1 • néoplasie : 3 <p>Ainsi, 10 cas de cancer (10/2 034; 0,5 %) qui n'avaient pas été visualisés en imagerie préopératoire ont été trouvés lors de la chirurgie.</p> <p>En tout près de 30 % des vésicules prélevées par cholécystectomie comportent des anomalies macroscopiques. Ainsi, 70 % d'entre-elles pourraient ne pas être analysées en histopathologie.</p> <p>Aucun cancer n'a été détecté dans les vésicules d'aspect normal à l'examen macroscopique effectué par le chirurgien.</p>

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<p>Conclusion : Cette étude suggère qu'une transmission sélective de la vésicule biliaire en histopathologie après une cholécystectomie est sécuritaire. Toutefois, les auteurs insistent sur l'importance d'un examen macroscopique minutieux du spécimen par le chirurgien. Seuls les spécimens étant normaux à l'examen macroscopique sont admissibles d'exemption d'une analyse histopathologique.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude. • Petit nombre de cancer rapporté limitant la puissance statistique de l'étude.
<p>Patel et al., 2016 Royaume-Uni Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : Mars 2008 – mars 2013</p> <p>Nombre de patients : 4 027</p> <p>Objectif : Analyser l'incidence de résultats d'un examen histopathologique sur une série d'échantillons de cholécystectomie et d'évaluer les patients avec un cancer de la vésicule biliaire accessoire, la dysplasie et des polypes et d'émettre des recommandations pour les pratiques futures et la nécessité d'instaurer ou de maintenir une analyse histopathologique de routine pour les spécimens de vésicules biliaires.</p>	<p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • exérèse de la vésicule biliaire secondaire à une autre chirurgie • cas de cancer fortement soupçonnés (lésions suspectes et polypes de plus d'un centimètre observés à l'échographie) <p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie.</p>	<p>Résultats : 4 027 patients dont 97 % des échantillons ont révélé des calculs biliaires ou une maladie associée à une cholécystite.</p> <p>Un cancer inattendu de vésicule biliaire a été rapporté dans 6 échantillons : 5 femmes et un homme (0,15 %) et une vésicule biliaire a révélé un carcinome <i>in situ</i> 1/4 027 (0,02 % cancer lié à l'épithélium – stade précoce de cancer).</p> <p>Cette étude a rapporté 1 % d'histologie néoplasique au sein d'échantillons issus de cholécystectomie et deux cas de malignité dans deux vésicules biliaires qui étaient macroscopiquement normales (2/6, ce qui signifie que 33,3 % des vésicules biliaires macroscopiquement normales peuvent contenir un cancer, et ce, même s'il n'y a aucune suspicion de cancer à l'examen macroscopique).</p> <p>Au total 55 cas de dysplasie de la vésicule biliaire ont été détectés (55/4 027 : 1,37 %). 44/4 027 cas de polypes de la vésicule biliaire (1,09 %)</p>

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<p>dont 93,2 % (41/44) étaient constitués cholestérol.</p> <p>Des 7 patients ayant un carcinome de la vésicule biliaire 6 avaient des calculs biliaires. Deux des 6 cas de cancer identifiés n'étaient pas soupçonnés avant ou au cours de la chirurgie (taux véritable de découverte fortuite de 0,05 %).</p> <p>Conclusion : Selon les auteurs, une évaluation de routine de tous les spécimens issus d'une cholécystectomie est justifiée au Royaume-Uni car une transmission sélective pourrait empêcher la détection de pathologies graves qui pourraient être traitées au moyen d'une chirurgie curative.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude effectuée dans un seul centre.
<p>Bazoua et al., 2007 Royaume-Uni Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : Janvier 1994 – décembre 2004</p> <p>Nombre de patients : 2 890 patients consécutifs</p> <p>Objectif : Évaluer la nécessité de procéder à une analyse histopathologique de routine des vésicules biliaires prélevées lors de cholécystectomies.</p>	<p>Critères d'exclusion : Exérèse de la vésicule biliaire secondaire à une autre chirurgie (p. ex. chirurgie oncologique)</p> <p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie.</p>	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pathologie bénigne confirmée dans 3 % des cas (p. ex. cholestérolose et cholécystite chronique xanthogranulomateuse). • Un cancer de la vésicule biliaire a été détecté dans 5 cas (5/2 890 : 0,17 %). Les 5 étaient suspectés avant à l'analyse histologique. • Une dysplasie a été détectée dans 6 cas (0,2 %) et 38,02 % des vésicules biliaires avaient une paroi épaissie avec une incidence de cancer de 0,45 %. Trois (0,1 %) cas présentaient des métastases dont deux étaient d'origine inconnue et une du foie. <p>Conclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une paroi avec fobrose ou une paroi épaissie de la vésicule biliaire constituent des caractéristiques suspectes de la vésicule biliaire. Une analyse histopathologique de routine des

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<p>vésicules biliaire à apparence normale ne serait pas nécessaire et une politique sélective pourrait être requise.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude effectuée dans un seul centre.
<p>Wrenn <i>et al.</i>, 2017 États-Unis Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : 2009 – 2014</p> <p>Nombre de patients : 1 984</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier les résultats de pathologie des spécimens de vésicule biliaires envoyés de routine en histopathologie; • déterminer l'incidence des cancers accessoires de la vésicule biliaire; • et évaluer si les chirurgiens ont besoin d'envoyer les spécimens en pathologie pour un examen supplémentaire, et ce en l'absence de suspicion préopératoire ou peropératoire pour de cancer. 	<p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • cancer connu ou présumé • présence connue de polype • exérèse de la vésicule pour une indication non-biliaire <p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie.</p>	<p>Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un total de 1 984 rapports de pathologie a été révisés et inclus dans l'analyse. L'incidence de cancer inattendu de la vésicule biliaire était de 0,25 % (IC95 % : 0,08 – 0,59). • 0,71 % (IC95 % : 0,39 – 1,20) des patients avaient une dysplasie. • autres constats rapportés dans les rapports de pathologie : <ul style="list-style-type: none"> – cholécystite chronique : 89 % (IC95 % : 87.4, 90.3), – calculs biliaires : 80,9 % (IC95 % : 79.1, 82.6), – cholécystite aiguë : 20,2 % (IC95 % : 18.5, 22.0), – cholestérolose : 17,9 % (IC95 % : 16.3, 19.7) – faible cholécystite : 9,1 % – gangrène ou ischémie : 4,4 % – changements réactifs ou réparateurs : 3,4 % – parenchyme de foie : 3,2 % – ulcération ou érosion : 3 % – métaplasie ou hyperplasie bénigne : 2,8 % – cholécystite sous-aiguë : 2,6 % – adénomyome : 1,5 % – épithélium dénudé : 1,4 % – sérosité : 1,4 %

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<ul style="list-style-type: none"> - dysplasie ou adénome : 0,71 % (IC95 % : 0.39, 1.20). - adénocarcinome : 0,25 % <p>Le nombre de patients nécessitant d'être examiné pour la détection d'un cancer de était de 992 (NNS : number needed to screen).</p> <p>Les coûts généraux pour l'examen pathologique s'élevaient à 65 404 \$ par année de vie.</p> <p>Conclusions : La décision d'envoyer le spécimen en pathologie devrait être réservée au chirurgien et au patient. Les patients à haut risque d'un cancer potentiel de la vésicule biliaire, devraient être évalués par un pathologiste.</p> <p>Une approche sélective basée sur les facteurs de risque, les découvertes peropératoires et l'examen macroscopique par le chirurgien seraient plus coûts-efficaces qu'un examen pathologique de routine.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • caractère rétrospectif de l'étude effectuée dans un seul centre
<p>Van Vliet et al., 2013 Pays-Bas Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : Janvier 2007 – novembre 2011</p> <p>Nombre de patients : 1 375</p> <p>Objectif : Évaluer si une stratégie d'envoi sélectif basé sur l'apparence macroscopique de la vésicule biliaire serait faisable dans un grand hôpital communautaire.</p>	<p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rapport de pathologie incomplet <p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie.</p>	<p>Résultats : Des 1 393 cholécystectomies, 18 n'avaient pas un rapport complet de pathologie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • vésicules biliaires analysées en histologie (1 375) <ul style="list-style-type: none"> - aspect normal : 4 - inflammation active : 102 (7,4 %) dont 40 étaient catégorisés de nécrosé - cholestérolose : 174 (12,6 %) - inflammation xanthogranulomateuse : 16 (1,16 %) - dysplasie : 3 (0,2 %)

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<ul style="list-style-type: none"> - cancer primaire : 6 (0,44 %) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 adénocarcinomes ▪ 1 sarcome. <p>Un cas de cancer était soupçonné à l'échographie.</p> <p>En tout 185 vésicules avaient un aspect anormal et 6 d'entre-elles ont révélé un cancer après l'analyse histologique.</p> <p>Au total, 13,5 % des vésicules biliaires présentaient des anomalies macroscopiques incluant tous les cas de cancer.</p> <p>La valeur prédictive négative était de 100 %.</p> <p>Conclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs sont d'avis qu'il est justifié d'exclure les vésicules biliaires d'une analyse histologique sur la base de l'examen macroscopique. • Abolir le besoin d'une analyse histologique de routine permettrait non seulement de réduire les frais médicaux, mais améliorerait une pratique médicale fondée sur les preuves <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude effectuée dans un seul centre.
<p>Elshaer et al., 2014 Italie Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : Mars 2004 – décembre 2012</p> <p>Nombre de patients : 3 330 1 375 (avec rapport d'histologie)</p> <p>Objectif : Évaluer l'influence de l'âge lorsqu'il s'agit d'adopter une</p>	<p>Critères d'inclusion : Personnes ayant subi une cholécystectomie laparoscopique ou ouverte lors de laquelle un cancer ou une dysplasie a été identifié par l'analyse histologique de routine.</p> <p>Critères d'exclusion : Cas pour lesquels le cancer</p>	<p>Résultats : Indication de cholécystectomies</p> <ul style="list-style-type: none"> • colique biliaire : 12 (48 %) • cholécystite : 9 (36 %) • perforation : 3 (12 %) • pancréatite 1 (4 %) <ul style="list-style-type: none"> • Un total de 25 (0,7 %) cas de cancer fortuit ou de dysplasie a été identifié : <ul style="list-style-type: none"> - 7 adénocarcinomes - 2 métastases de cancer de l'ovaire

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
	<p>approche d'envoi sélectif des vésicules biliaires.</p>	<p>était soupçonné avant la chirurgie.</p> <p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1 carcinome adénosquameux - 1 leucémie lymphocytaire chronique - 1 carcinome neuroendocrinien - 1 lymphome non hodgkinien <ul style="list-style-type: none"> • 13 (0,39 %) échantillons ont dévoilé un cancer fortuit. • L'âge médian des patients avec un cancer était 70 ans (51 à 85 ans) et de 54 ans pour la dysplasie (18 à 75 ans, non significatif). Aucun patient en dessous de 51 ans n'a reçu un diagnostic de cancer fortuit de la vésicule biliaire. Douze patients avaient une dysplasie. • La courbe ROC (<i>Receiver Operating Characteristic</i>) a déterminé le seuil de 51 ans, l'âge au-dessus duquel une analyse histologique de la vésicule est requise. Ce seuil apporte 100 % de sensibilité pour la détection d'un cancer de la vésicule biliaire et 45 % de spécificité à un envoi sélectif en considérant l'âge. • Entre 51 et 57 ans, deux cancers ont été détectés parmi 448 patients, à raison de 1 cas de cancer fortuit de la vésicule biliaire pour 224 patients. <p>Conclusion : L'âge pourrait être considéré seul ou associé à d'autres caractéristiques, telles que l'apparence macroscopique de la vésicule biliaire ou la région d'origine du patient, comme un facteur important pour aider à décider si l'envoi d'un échantillon au laboratoire d'anatomopathologie est nécessaire.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • caractère rétrospectif de l'étude effectuée dans un seul centre

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
<p>Panebianco et al., 2013 Italie Étude prospective</p>	<p>Période de recherche : Janvier 2003 – décembre 2011</p> <p>Nombre de patients : 1 193</p> <p>Objectif: Déterminer l'incidence de carcinomes de la vésicule biliaire diagnostiqués lors ou après une cholécystectomie effectuée pour une cholélithiase.</p>	<p>Population cible : Personnes ayant subi une cholécystectomie pour une cholélithiase.</p>	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5/1 193 cas de cancer de la vésicule biliaire ont été diagnostiqués avant la chirurgie • 6/1 188 (0,5 %) diagnostics de cancer ont été confirmés à l'analyse histologique parmi les cas de cholélithiases • 1/1 188 (0,08 %) présentait un aspect anormal noté par le chirurgien • 5/1 188 (0,42 %) des cas de cancer n'étaient pas soupçonnés avant l'analyse histologique <p>Conclusion : L'étude a montré un taux de découverte fortuite de cancer de la vésicule biliaire de 0,5 %.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Très peu de détails sur la méthodologie de l'étude
Sacs herniaires			
<p>Kazerouni et al., 2020 Canada Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : 2001 à 2019 inclusivement</p> <p>Nombre de patients : 3 619 (incluant 3 592 avec une analyse histologique)</p> <p>Objectif : examen histologique de sacs herniaires devrait être fait de routine.</p>	<p>Critères d'inclusion : Sacs herniaires analysés en anatomopathologie.</p> <p>Critères d'exclusion : Spécimens issus de chirurgies de résection oncologique</p> <p>Population cible : Personnes ayant subi une herniorraphie.</p>	<p>Résultats :</p> <p><u>Analyse histologique des sacs herniaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 592/3 619 (99,25 %) <p><i>Pathologies non-néoplasiques de sacs herniaires inguinaux (n = 1 618) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - normal : 1 556 - ganglion lymphatique : 16 - intestins : 14 - canal déférent : 7 - appendice : 3 - vestiges du cortex surrénal : 2

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<ul style="list-style-type: none"> - tissu de la vessie : 1 - endométriose : 1 - hématome : 1 - cryptorchidie : 1 - corps de psammoma : 1 <p><i>Pathologies néoplasiques de sacs herniaires inguinaux</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - détectée à l'examen macroscopique : 8 - détectée à l'analyse histologique : 15 - seulement 2 cas (0,06 %) de découvertes fortuites de cancer malin. <p>Au total, 95,7 % des sacs herniaires ne présentaient aucune pathologie.</p> <p>La majorité des néoplasies ont été identifiées ou connues avant la chirurgie.</p> <p>L'analyse histologique n'a pas influencé la prise en charge du patient dans 98,9 % des cas. Le taux de découvertes fortuites est de 0,06 %.</p> <p>D'autres découvertes non-néoplasiques ayant pu influencer la prise en charge des patients est l'identification de 2 cas d'endométrioses et de tissus canaux déférents (n = 7).</p> <p>Conclusion :</p> <p>Les auteurs de l'étude recommandent de procéder à un examen macroscopique seulement des sacs herniaires, à moins d'une indication clinique pour une analyse histologique.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude effectué dans un seul centre.

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
<p>Lee et al., 2020 Canada Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : Janvier 2015 à janvier 2018</p> <p>Nombre de patients : 1 181 patients</p> <p>Objectif : Évaluer l'utilité de l'approche institutionnelle concernant les suivis médicaux prévus suivant la chirurgie.</p>	<p>Critères d'inclusion : - Tous les spécimens de sacs herniaires</p> <p>Population cible : Personnes, de 18 ans ou moins, ayant subi une chirurgie ouverte ou laparoscopique pour une hernie inguinale et/ou une hydrocèle unilatérale ou bilatérale.</p> <p>Méthodes : Révision rétrospective des dossiers médicaux (sélectionnés avec les codes d'actes pour « hernie inguinale » et « hydrocèle ») des personnes de 18 ans ou moins ayant subi une chirurgie pour une hernie inguinale ou une hydrocèle. Les données suivantes ont été collectées : âge à la première consultation et à la chirurgie, le type de chirurgie (ouverte ou laparoscopique), type d'admission (urgente ou élective), score de l'American Society of Anesthesiologists (ASA), documentation concernant l'envoi de sac herniaire au laboratoire d'anatomopathologie,</p>	<p>Résultats : 1 181 personnes ont subi une chirurgie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 074 hernies inguinales • 157 hydrocèles <p><u>Caractéristiques de référence</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients qui ont subi une chirurgie pour une hernie inguinale étaient plus jeunes que ceux qui ont subi une chirurgie pour une hydrocèle : (21 [IQR 5 – 65] mois contre 44 [IQR 25 – 71] mois, $p < 0.001$). • Le score ASA était plus élevé pour les cas d'hernies inguinales que les hydrocèles (ASA score: 1 [IQR 1 – 2] contre 1 [IQR 1], $p < 0.001$). <p><u>Résultats de l'analyse anatomopathologique des prélèvements</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 446 (38 %) cas avec prélèvement • 531 échantillons • 505 (95 %) sacs herniaires • 21 (4 %) sacs de chirurgies d'hydrocèles • 5 (1 %) sacs herniaires et d'hydrocèles • Constats de pathologie : <ul style="list-style-type: none"> - 515 (97,0 %) normal - 7 (1,3 %) hyperplasie mésothéliale - 5 (0,9 %) structures de canaux génitaux (considérés comme des vestiges non fonctionnels) - 3 (0,6 %) tissu de cortex surrénal - 1 (0,2 %) structure de l'épididyme (non documenté par le chirurgien) - 15 personnes avec un constat anormal • Aucun des constats de pathologie n'a influencé le traitement subséquent des patients.

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
		<p>résultats de l'analyse histologique lorsque disponible, dates des suivis médicaux, informations transmises au médecin traitant au moment du congé hospitalier, visites postopératoires aux services des urgences (le cas échéant).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il semble y avoir une diminution de sacs herniaires envoyés au laboratoire d'anatomopathologie avec le temps (57 % en 2015 contre 27 % en 2017). • La décision d'envoyer ou non les sacs herniaires au laboratoire d'anatomopathologie n'était pas associée à l'âge du patient au moment de la chirurgie, au type d'admission ou au score ASA. <p>Conclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'analyse anatomopathologique de routine de sacs herniaires et les suivis médicaux planifiés résultent rarement en découvertes cliniquement significatives et possèdent une valeur clinique et économique limitée. • Les disciplines chirurgicales impliquées dans la prise en charge de hernies inguinales et d'hydrocèles devraient viser à standardiser les soins et limiter l'analyse anatomopathologique aux situations de suspicion clinique élevée de dommage peropératoire, d'anomalies ou pour des patients avec des facteurs de risque de complication. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variabilité dans la décision de soumettre ou non le prélèvement de sac herniaire ou d'hydrocèlectomie à une analyse anatomopathologique entre les différents chirurgiens de l'établissement. • Certains facteurs confusionnels n'ont pas été considérés (par ex. information sur la prématurité, conditions congénitales). • Court suivi (3 ans au maximum). • Caractère rétrospectif de l'étude effectué dans un seul centre.

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
<p>Arispe Angulo et al., 2020 États-Unis Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : 2017</p> <p>Nombre de patients : 448 patients (472 échantillons)</p> <p>Objectif : Évaluer les implications économiques de l'implantation d'une politique de l'examen macroscopique seulement des spécimens chirurgicaux et d'évaluer les effets sur le diagnostic et le flux de travail.</p>	<p>Critères d'inclusion : Les cas reçus en 2017 identifiés à l'aide de mots-clés dans la base de données de l'établissement (middleware laboratory information system [LIS]).</p> <p>Population cible : Patients ayant subi une intervention chirurgicale lors de laquelle un prélèvement a été effectué.</p>	<p>Résultats : 646 cas inclus dans l'étude</p> <ul style="list-style-type: none"> • 448 (69,3 %) analyse histologique • 198 (30,7 %) examen macroscopique seulement (à la demande du chirurgien) <p><u>Données démographiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 336 (52 %) femmes • 310 (48 %) hommes • Âge médian : 57 ans (16 à 95 ans) <p><u>Résultats des cas soumis pour une analyse histologique</u> 472 échantillons incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75 (15,7 %) sac herniaire chez un patient adulte • 5,9 % autres tissus incluant <ul style="list-style-type: none"> - 11 (2,3 %) tissus adhérent à un dispositif - 5 (1,1 %) amputation traumatique - 5 (1,1 %) peau pour l'esthétique, cicatrice, ou tissus provenant du débridement d'une brûlure - 1 (0,2 %) pannus - 1 (0,2 %) calcul - 1 (0,2 %) corps étranger - 2 (0,4 %) tissus provenant de la jambe d'une personne obèse morbide <p><u>Constats de pathologie significative en histologie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les constats de pathologies identifiées en histologie étaient identifiables à l'examen macroscopique. <p>Conclusions : L'analyse rétrospective des données de l'étude appuie la pertinence de l'implantation d'une politique d'examen macroscopique seulement pour certains prélèvements chirurgicaux (par ex. valves cardiaques calcifiées, plaques d'athérosclérose et hernies issues de chirurgies</p>

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<p>ouvertes) qui étaient auparavant soumis à une analyse histologique dans cet établissement.</p> <p>L'implantation d'une politique d'examen macroscopique seulement aurait le potentiel d'améliorer l'efficacité et les délais de traitement sans influencer les soins aux patients.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude effectuée dans un seul centre
<p>Chesley et al., 2015 États-Unis Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : 2007 - 2011</p> <p>Nombre de patients : 1 216 cas (dont 674 hernies inguinales)</p> <p>Objectif : Déterminer la fréquence de l'analyse histologique effectuée sur les sacs herniaires, des constats anormaux et de leur influence sur la prise en charge de la personne.</p>	<p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • personnes de moins de 18 ans • personnes opérées par un chirurgien d'une spécialité autre que la chirurgie générale <p>Population cible : Personnes de 18 ans et plus ayant subi une chirurgie de réparation pour une hernie.</p>	<p>Résultats :</p> <p>Fréquence de l'analyse histologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • 246/674 (36,25 %) <ul style="list-style-type: none"> - chirurgie ouverte : 237 (96,3 %) - laparoscopie : 9 (3,7 %), p < 0,001 • Aucun cas de cancer détecté • Aucune modification de la prise en charge des personnes <p>Constats peropératoires anormaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • hypertrophie d'un ganglion lymphatique (bénin à l'analyse histologique) : 1/246 <p>Conclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs sont d'avis que l'examen anatomopathologique de routine de spécimens de sacs herniaires n'est pas indiqué. • Les anomalies peropératoires demeurent une indication pour l'analyse anatomopathologique à la discrétion du chirurgien. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'analyse effectuée dans un seul centre. • Seulement 36 % des sacs herniaires inguinaux ont été analysés.

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
<p>Kim et al., 2011 Canada Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : Janvier 2000 – septembre 2009</p> <p>Nombre de patients : 2 657 garçons et 514 filles</p> <p>Objectif : Évaluer la nécessité d'analyser les prélèvements de sacs herniaires inguinaux de routine sachant que l'incidence de constats significatifs est bas et que les coûts associés au système de la santé sont élevés.</p>	<p>Critères d'exclusion : Les sacs herniaires provenant d'une région autre qu'inguinale, ou dont le rapport de pathologie était incomplet.</p> <p>Population cible : Les enfants de 18 ans et moins ayant subi une chirurgie pour une hernie inguinale ou du scrotum (herniorraphie, orchidopexie ou hydrocèlectomie).</p> <p>Méthodes : Révision de tous les patients consécutifs ayant subi une exérèse de sac herniaire de la région inguinale.</p> <p>Paramètres : Primaire : déterminer l'incidence des différentes structures cliniquement significatives (ou de constats de pathologies significatives) dans les sacs herniaires inguinaux. Les constats ont été catégorisés ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • normal • prolifération mésothéliale 	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un total de 2 657 herniorraphies ont été effectuées chez des garçons et 514 chez des filles. À ces interventions se sont ajoutées 223 orchidopexies et 189 hydrocèlectomies. • L'âge moyen des patients était de $4,2 \pm 4,4$ ans (1 mois à 18 ans). <p><u>Résultats de l'analyse histologique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - normal : 2 954 (93,2 %) - prolifération mésothéliale : 187 (5,9 %) (bénin, causée par l'irritation chronique) - structures de canaux génitaux : 22 (0,8 %) (seulement que 2 de type épидидyme, 20 considérés de vestiges non fonctionnels) - néoplasmes : 6 (0,2 %) (lipomes bénins) - tissu ectopique : 1 (0,03 %) (tissu du cortex surrénal, généralement non fonctionnel et non néoplasique) <ul style="list-style-type: none"> • Taux de constats anormaux : 219/3 171 (6,9 %) • Constats anormaux pouvant avoir une signification clinique : 2/3 171 (0,063 %) • Pour un des cas où une structure de type épидидyme a été analysée, les notes du chirurgien indiquaient que le canal déférent était difficile à identifier dû au tissu cicatriciel. Pour l'autre cas, le chirurgien avait noté que le patient avait un canal déférent et des vaisseaux de petites tailles. <p>Conclusions : L'analyse de routine des sacs herniaires inguinaux est coûteuse et non nécessaire, elle devrait être réservée aux cas où la résection d'une structure importante (ex. canal déférent) est soupçonnée.</p>

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
		<ul style="list-style-type: none"> • structures de canaux génitaux • gonades • blessure de torsion • tissu ectopique • néoplasme • divers <p>Les rapports de chirurgies ont été examinés pour vérifier si l'anomalie avait été constatée avant l'envoi du prélèvement. Généralement, tous les spécimens de sacs herniaires sont soumis à une analyse macroscopique et histologique dans cet établissement.</p>	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étude rétrospective. • Le taux de reprise d'intervention est inconnu. • Aucun suivi postopératoire (p. ex. infertilité due à une blessure iatrogénique subie lors de l'intervention chirurgicale).
<p>Matthyssens et al., 2006 France Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : 1er janvier 1993 – 31 décembre 2002</p> <p>Nombre de patients : 3 811</p> <p>Objectif : Évaluer la pertinence de l'analyse anatomopathologique des prélèvements issus de la chirurgie générale, notamment de sacs herniaires et de vésicules biliaires.</p>	<p>Population cible : Tous les prélèvements issus de chirurgie de routine, notamment la réparation de hernies inguinales et de cholécystectomies effectuées entre 1993 et 2002 dans un département de chirurgie générale en France.</p>	<p>Résultats :</p> <p><u>Sacs herniaires</u> Pour l'année 2002 Des prélèvements de seulement 2 de 234 herniorraphies (0,9 %) ont été transmis au laboratoire d'anatomopathologie pour fins d'analyse. De 1993 à 2002 Un total de 34 de 2 054 prélèvements de sacs herniaires inguinaux a été transmis au laboratoire d'anatomopathologie mais aucun diagnostic pertinent à la prise en charge du patient n'a été soulevé suite à l'analyse histologique.</p> <p><u>Vésicules biliaires</u> 1 523 échantillons de vésicules biliaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • 9 polypes suspects à l'examen macroscopique <ul style="list-style-type: none"> - 4 adénomyomes non malins - 5 adénomes dont 2 avec une dysplasie de faible grade.

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<ul style="list-style-type: none"> • 2 vésicules biliaires porcelaine (0,1 %) • 12 cas de cholécystite xanthogranulomateuse (0,8 %) <p>Au total 40 (2,6 %) découvertes histologiques potentiellement cliniquement significatives mais qui étaient soupçonnés cliniquement ou à l'examen macroscopique.</p> <p>Conclusions :</p> <p>La rareté de constats histologiques anormaux pertinents à la prise en charge des patients, surtout sans évidence d'anomalies à l'examen macroscopique, suggère que l'analyse histologique de routine de certains prélèvements pourrait être omise.</p> <p>L'histoire clinique et l'examen sont toutefois très importants et tout constat atypique ou suspect devrait être investigué, à tout le moins, par un examen macroscopique du prélèvement chirurgical.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude effectué dans un seul centre • Taille de l'échantillonnage
<p>Miller et al., 2003 Canada Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : 1988 à 1997</p> <p>Nombre de patients : 371 patients (488 résections, 117 hernies bilatérales)</p> <p>Objectif : Déterminer l'incidence d'observations pathologiques anormales dans les réparations d'hernies effectuées par les chirurgiens généraux (n = 20)</p>	<p>Population cible : Enfants de moins de 20 ans ayant subi une réparation d'une hernie inguinale entre 1988 et 1997 au Royal University Hospital (Saskatoon).</p> <p>Méthodes : Les dossiers médicaux des patients ont été examinés. Les rapports de vestiges embryonnaires, d'épididymes, de canal déférent ou de canal</p>	<p>Résultats :</p> <p><u>Données démographiques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • âge moyen : 2,1 ans ± 0,3 an • 87,6 % du genre masculin <p><u>Échantillons évalués en histologie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 456 échantillons issus de 488 résections (93,4 %) <p><u>Anomalies identifiées au laboratoire de pathologie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 5/456 (1,1 %) rapports d'anomalies <ul style="list-style-type: none"> - 4 patients avec une collection de petits canaux diagnostiqués comme épидидymes (diamètre moyen de 0,2 mm). Le rapport

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
	et les urologues (n = 7).	<p>Mullerian ont été sélectionnés pour révision. Les rapports de chirurgies ont été examinés et les lames d'histologie ont été révisées par 2 pathologistes indépendants.</p> <p>Paramètres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vestiges embryonnaires • épididymes • canal déférent ou canal Mullerian <p>Observations considérées cliniquement non significatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • inflammation chronique • fibrose • vestiges de cortex surrénal 	<p>indiquait qu'une atteinte au canal déférent lors de la chirurgie était suspectée. Les 4 épididymes étaient des découvertes inattendues et dans chacun des cas il y avait une hydrocèle qui a été excisée.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1/456 (0,22 %) échantillon diagnostiqué comme un canal déférent. <p>Conclusion : Étant donné la faible incidence d'anomalies (0,88 %) au coût de 6 988 \$/cas, l'examen pathologique de sacs herniaires inguinaux chez les enfants n'est probablement pas justifié, surtout que l'exactitude des techniques à différencier l'épididyme du tissu embryonnaire est incertaine.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étude rétrospective
<p>Wenner et al., 1998 États-Unis Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : 1er janvier 1988 au 31 décembre 1995</p> <p>Nombre de patients : 7 924 sacs herniaires (6 029 patients)</p> <p>Objectif : Évaluer l'influence les résultats des analyses de pathologie de spécimens de sacs herniaires sur l'évolution clinique dans une population pédiatrique.</p>	<p>Population cible : Patients de 18 ans ou moins ayant eu une chirurgie pour une hernie inguinale.</p> <p>Méthodes : Les rapports de pathologie de tous les échantillons d'hernie inguinale soumis au département de pathologie au Children's Hospital (Philadelphie) entre le 1 janvier 1988 et le 31 décembre 1995 ont été examinés.</p>	<p>Résultats :</p> <p><u>Données démographiques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • âge moyen : 2,73 ans (1 jour à 18 ans) • âge médian : 1 an • 4 823 (79,9 %) étaient des garçons • Des spécimens bilatéraux ont été soumis pour 1 895 patients pour un total de 7 924 sacs herniaires (6 029 patients) • une analyse histologique a été effectuée sur 534 (6,7 %) échantillons <p><u>Résultats du rapport de pathologie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • conforme avec un sac herniaire : 7 567 (95,5 %)

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
		Tous les échantillons avec une note autre que « conforme avec un sac herniaire inguinal » ont été révisés pour en évaluer la signification clinique.	<ul style="list-style-type: none"> • tissu autre que sac herniaire : 357 (4,5 %) <ul style="list-style-type: none"> - tissus adipeux : 157 - changements inflammatoires réactifs : 71 - hydrocèle : 65 - lipome : 20 - ligament rond : 11 - hémorragie : 8 - vestige embryonnaire : 5 - nodule lymphatique (histologie normale) : 5 - canal déférent : 4 (3 explorations pour des testicules atrophiés ou absents et le canal déférent avait des extrémités fermées, un patient mâle génotypiquement mais éduquée comme une fille avec une histoire d'extrophie cloacale) - reste de cortex surrénal : 3 - lymphangiectasie : 2 - malformation lymphatique : 2 - ganglion : 1 - réaction à un corps étranger : 1 - changements éosinophiliques réactifs : 1 - vaisseau sanguin : 1 • influence du résultat de l'analyse histologique sur la prise en charge : 0 <p>Conclusion : L'expérience du Children's Hospital of Philadelphia n'appuie pas la transmission systématique de sacs herniaires au laboratoire d'anatomopathologie</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étude rétrospective unicentrique • Seulement 6,7 % des échantillons ont été soumis à un examen histologique (biais de sélection possible).
Montgomery et Buras, 1999	Période de recherche :	Population cible : Personnes adultes chez qui	Résultats : <ul style="list-style-type: none"> • Incidence de lipome du cordon spermatique :

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
<p>États-Unis Étude rétrospective</p>	<p>1992 – 1997</p> <p>Nombre de patients : 2 000</p> <p>Objectif : Évaluer l'incidence de liposarcomes chez des personnes ayant subi une réparation de hernie.</p>	<p>un prélèvement de tissu a été fait au cours d'une chirurgie pour la réparation d'une hernie.</p>	<p>382 (22 %)</p> <ul style="list-style-type: none"> - taille moyenne : 5,5 cm (1 à 8 cm) • Incidence de liposarcome du cordon spermatique : 2 (0,12 %) <ul style="list-style-type: none"> - taille : 10 et 13 cm - un des patients avait eu une résection d'une masse du scrotum (considérée bénigne) 18 ans plus tôt <p>Les lésions ont été constatées par le chirurgien pour les 2 cas de cancer.</p> <p>Conclusion : Selon les auteurs de l'étude, les masses graisseuses de plus de 10 cm et tout autre nodule non attendu ou épaissement du tissu péritonéal de la région devrait être soumis pour un examen anatomopathologique.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le caractère rétrospectif de l'étude effectué dans un seul centre.
<p>Partrick et al., 1998 États-Unis Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : 1994 à 1996</p> <p>Nombre de patients : 1 494 échantillons, 1 077 patients (417 ont nécessité une intervention bilatérale)</p> <p>Objectif : Déterminer l'incidence de constats pathologiques inattendus à partir d'échantillons de sacs herniaires et si ces échantillons semblaient normaux ou</p>	<p>Population cible : Enfants ayant eu recours à une herniorraphie de 1994 à 1996 au Children's Hospital de Denver.</p> <p>Méthodes : Les rapports de toutes les herniorraphies effectuées de 1994 à 1996 au Children's Hospital (Denver) ont été révisés.</p> <p>Les diagnostics de pathologies n'influençant pas la prise en charge (inflammation chronique, sacs herniaires irrités, vestiges</p>	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • âge médian des patients : 3,9 ± 0,1 an (2 jours à 20 ans) • 963/1 077 (89 %) patients étaient des garçons • 1 414 (95 %) des échantillons analysés ne présentaient aucune anomalie histologique. • 80 (5 %) présentaient une anomalie <ul style="list-style-type: none"> - Inflammation/irritation : 39 (2,6 %) - vestiges embryonnaires : 23 (1,5 %) - lipome/tissu adipeux : 6 (0,40 %) - gras incarcéré : 3 (0,20 %) - restes de cortex surrénal : 3 (0,20 %) - canal déférent : 2 (0,13 %) - fibrose : 2 (0,13 %) - réactivité mésothéliale : 2 (0,13 %) <p>Au cours de l'étude, seulement que 2 cas de présence de tissu du canal déférent ont été rapportés. Pour ces</p>

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
	<p>anormaux au moment de la chirurgie.</p>	<p>embryonnaires, restes de cortex surrénal) ont été catégorisés comme des découvertes fortuites.</p> <p>L'identification d'un canal déférent a été catégorisée de véritable découverte.</p>	<p>2 cas, une lésion du canal déférent était suspectée dans la salle d'opération par le chirurgien et l'échantillon a été envoyé au laboratoire de pathologie avec une requête spéciale pour l'investigation du tissu de canal déférent.</p> <p>Conclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les recommandations pour une analyse en pathologie des sacs herniaires pédiatriques excisés devraient être réévaluées. • Selon les auteurs, les spécimens de sacs herniaires devraient être analysés en histopathologie lorsqu'un dommage iatrogénique au canal déférent est soupçonné. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude.
<p>Kassan et al., 1986 États-Unis Étude rétrospective</p>	<p>Période de recherche : Janvier 1983 – juillet 1984</p> <p>Nombre de patients : 798 patients 835 échantillons</p> <p>Objectifs : Évaluer la pertinence de l'analyse anatomopathologique des prélèvements issus d'herniorraphies chez les adultes. Primaire Déterminer la justification derrière la pratique de l'analyse de tous les prélèvements d'herniorraphies en</p>	<p>Population cible : Les patients de plus de 18 ans ayant subi une herniorraphie inguinale ou fémorale.</p> <p>Méthodes : Les patients ont été classés en 5 groupes selon les résultats des analyses en anatomopathologie :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) aucun prélèvement n'a été transmis aux fins d'analyse 2) confirmation du prélèvement de tissu incluant le sac herniaire, des fibres crémastériques ou le fascia transversalis 3) confirmation de sac herniaire avec un constat 	<p>Résultats : Pour 199 de 835 interventions (23,8 %), aucun prélèvement n'a été transmis au laboratoire d'anatomopathologie. Ces cas s'expliquent par le fait qu'aucun prélèvement n'a été effectué lors de l'intervention.</p> <p>Répartition des groupes (sur un total de 835) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 199 (23,8 %) 2) 270 (32,3 %) 3) 363 (43,5 %) 4) 2 (0,24 %) 5) 1 (0,12 %) <p>L'incidence de constats inattendus sur des prélèvements qui semblaient anormaux à la chirurgie est de 0,196 %.</p> <p>L'incidence de constats inattendus sur des prélèvements qui semblaient normaux à la chirurgie est de 0,098 % (0,15 % des cas examinés en anatomopathologie).</p> <p>Trois de 1 020 prélèvements ont révélé des constats inattendus (de classe 4 ou 5).</p>

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
	anatomopathologie Secondaire 1) Déterminer le pourcentage de patients chez qui une analyse histologique du prélèvement effectué lors d'une herniorraphie inguinale ou fémorale a été effectuée. 2) Quels types de pathologies étaient présentes. 3) Déterminer l'incidence de constats inattendus et si ces prélèvements semblaient normaux ou anormaux à la chirurgie. 4) Déterminer l'effet des résultats de l'analyse anatomopathologique sur la prise en charge du patient.	attendu de pathologie clinique observé à l'examen en histopathologie (p. ex. lipome ou hydrocèle) 4) constat inattendu à l'examen en pathologie d'un prélèvement qui paraissait anormal au moment de la chirurgie 5) constat inattendu à l'examen en pathologie d'un prélèvement qui paraissait normal au moment de la chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • lymphome non-hodgkinien (groupe 4) • liposarcome (groupe 4) • lipome atypique (groupe 5) Seul un prélèvement (classe 5) avec un constat anormal (lipome atypique qui s'est avéré non malin à l'analyse histologique) indiqué dans le rapport de pathologie, semblait normal lors de l'intervention chirurgicale (0,098 % du total des cas, 0,15 % des cas analysés en anatomopathologie). Une communication avec le chirurgien traitant a révélé qu'aucun traitement supplémentaire n'a été administré et aucun changement de la prise en charge n'est survenu. La prise en charge n'a pas été modifiée par les résultats de l'analyse en anatomopathologie chez les trois patients des groupes 4 et 5. Conclusion : Bien que l'analyse de routine des prélèvements issus de cure de hernies inguinales ou fémorales puisse être justifiée pour des raisons médicales, légales, d'assurance qualité ou pour des tissus qui semblaient normaux à la chirurgie, les résultats de cette étude suggèrent qu'il y a peu de bénéfices associés à l'examen pathologique de routine sur l'évolution clinique du patient pour les prélèvements d'apparence normale en salle opératoire. Limites : <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude effectué dans un seul centre
Lipomes			
Buis et al., 2007 Pays-Bas Étude rétrospective	Période de recherche : 1999 - 2000 Nombre d'échantillons : 90 exérèses consécutives	Population cible : Personnes ayant subi une exérèse de lésion sous-cutanée effectuée par un	Résultats : <u>Diagnostiques cliniques, n (%)</u> <ul style="list-style-type: none"> • lipome : 51 (56,7 %) • kyste trichilemmal : 24 (26,7 %)

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
	<p>Objectif : Évaluer le rendement de l'examen histopathologique d'exérèses de lésions sous-cutanées effectuées par des médecins de famille et identifier les divergences entre le diagnostic clinique et histopathologique.</p>	<p>médecin de famille. Méthodes : Le diagnostic clinique a été comparé au diagnostic histopathologique final.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kyste : 2 (2,2 %) • fibrome : 2 (2,2 %) • kyste épidermoïde : 1 (1,1 %) • cicatrice : 1 (1,1 %) • pilomatricome : 2 (2,2 %) • aucun diagnostic : 7 (7,8 %) <p><u>Diagnostics histopathologiques, n (%)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • bénin : 88 (97,8 %) <ul style="list-style-type: none"> - lipome : 47 (52,2 %) - kyste trichilemmal : 12 (13,3 %) - kyste épidermoïde : 9 (10 %) - léiomyome : 4 (4,4 %) - neurofibrome : 2 (2,2 %) - panniculite : 2 (2,2 %) - pilomatricome : 2 (2,2 %) - tumeur à cellules géantes : 2 (2,2 %) - dermatofibrome : 1 (1,1 %) - kyste mucineux du doigt : 1 (1,1 %) - kystes du raphé médian : 1 (1,1 %) - ganglion : 1 (1,1 %) - hémangiome : 1 (1,1 %) - hydrocystome : 1 (1,1 %) - nodule lymphatique : 1 (1,1 %) - schwannomes : 1 (1,1 %) • malin : 2 (2,2 %) <ul style="list-style-type: none"> - carcinome à cellules de Merkel : 1 (1,1 %) - dermatofibrosarcome protuberans : 1 (1,1 %) <p>Des 83 cas présumés bénins, 2 cas (2,4 %) se sont avérés malins à l'examen de pathologie.</p>

ÉTUDES / PAYS	NOMBRE DE PATIENTS / OBJECTIFS	POPULATION	RÉSULTATS / CONCLUSIONS / LIMITES
			<p>Ces deux lésions ont été excisées de manière incomplète et ont requis une ré-excision par un médecin chirurgien oncologue.</p> <p>Le rapport de pathologie a confirmé un lipome dans 80 % (41/51) des cas. Des 51 cas présumés de lipomes, 1 (2 %) seul s'est avéré être une lésion maligne (carcinome à cellules de Merkel).</p> <p>Un kyste trichilemmal s'est avéré être un dermatofibrosarcome protuberans.</p> <p>Les 7 cas pour lesquels aucun diagnostic clinique n'avait été rapporté étaient bénins selon le rapport de pathologie.</p> <p>Conclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le taux de découvertes fortuites de cancer pour les exérèses de lésions sous-cutanées effectuées par les médecins de famille est de 2 % pour cette étude. • Selon les auteurs de l'étude, toutes les lésions sous-cutanées excisées par les médecins de famille devraient faire l'objet d'un examen anatomopathologique de routine pour ne pas manquer de lésions malignes. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère rétrospectif de l'étude effectuée dans un seul département de pathologie • La fréquence à laquelle les médecins de famille soumettent les lésions sous-cutanées pour un examen en pathologie est inconnue. • Faible nombre d'échantillons analysés (90).

ANNEXE B

Tableau exhaustif des informations et recommandations d'intérêt extraits des documents publiés par des sociétés savantes

Association	Information ou recommandation	Force de recommandation
<p>Royal College of Pathologists (RCP) – Best practice recommendations – Histopathology and cytopathology of limited or no clinical value [Liebmann et Varma, 2019]</p>	<p>Breast reductions for cosmetic purposes These can generate a considerable amount of work. A section from macroscopically abnormal areas is always justified; however, the value of random histopathology is limited. The question remains as to how many blocks are reasonable. Increased numbers of sections are reasonable in symmetrisation specimens when breast cancer has already been found in the contralateral breast, as these patients are at increased risk.</p> <p>Breast implant capsules The description of breast implant-related anaplastic large cell lymphoma has resulted in the need to sample these explanted capsules thoroughly and submit for immunohistochemistry where clinically indicated.</p> <p>Skin biopsies Many plastic surgeons in secondary care units triage specimens that they send for histopathology. This applies in particular to multiple small (3 mm or less) skin tags. This can be supported. Excisions of non-pigmented benign keratoses and resolved lesions by plastic surgery teams often yield no discrete pathology and minimum numbers (one) of block suffices. No laboratory or consultant time should be wasted by the reporting pathologist chasing a non-existent lesion through levels or extra sections.</p> <p>In primary care, there is widespread good practice clinical consensus that GPs undertaking minor surgery and GPs with a specialist interest in dermatology should submit all tissue removed for histopathological examination. This requirement is often part of local protocols to accredit service provision to ensure that any case of skin pre-cancer or cancer is not missed, as endorsed by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in its Improving outcomes for people with skin</p>	<p>S. O.</p>

Association	Information ou recommandation	Force de recommandation
	<p>tumours including melanoma guidelines. In view of the low risk, however, it would appear reasonable that multiple small (3 mm or less) skin tags are submitted in one specimen container.</p> <p>In the performance of Mohs surgery under frozen section control, routine paraffin H&E examination is not required if there is a regular audit of the frozen sections.</p> <p>Gallbladders and appendices These should be examined, as significant pathology may be present with normal gross morphology, despite one study suggesting that routine gallbladder histopathology is not indicated.</p>	
<p>Collège des médecins du Québec (CMQ) – Procédures et interventions en milieu extrahospitalier. Guide d'exercice [CMQ, 2011]</p>	<p>Tout tissu prélevé au cours d'une intervention effectuée en milieu extrahospitalier devrait être soumis à un laboratoire d'anatomopathologie et faire l'objet d'un rapport écrit du pathologiste qui a procédé à leur analyse. Peuvent faire exception à cette règle les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la peau saine; • les kystes sébacés ou épidermoïdes; • les acrochordons, les xanthélasmas et les xanthomes; • les ongles; • toute lésion qui ne laisse aucun doute raisonnable sur sa nature bénigne. 	<p>S. O.</p>
<p>European Society for Medical Oncology (ESMO) – EURACAN Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO–EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up [Casali <i>et al.</i>, 2018]</p>	<p>Soft tissue tumors Management should be carried out in reference centres for sarcomas and/or within reference networks sharing multidisciplinary expertise and treating a high number of patients annually. These centres are involved in ongoing clinical trials, in which the enrolment of sarcoma patients is common. This would mean referring all patients with an unexplained deep mass of soft tissues, or with a superficial lesion of soft tissues having a diameter of >5 cm.</p>	<p>S. O.</p>
<p>UK guidelines for the management of soft tissue sarcomas [Dangoor <i>et al.</i>, 2016]</p>	<p>Soft tissue tumors Any patient with a soft tissue mass that is increasing in size, or has a size more than 5 cm, whether or not it is painful, should either be referred for an urgent ultrasound scan, or referred directly to a sarcoma diagnostic centre.</p>	<p>S. O.</p>

Abréviation : s. o. : sans objet

ANNEXE C

Pièces chirurgicales pouvant être exemptées de l'examen histologique ou de l'examen anatomopathologique complet (macroscopie et histologie) selon certaines sociétés savantes, organismes professionnels et établissements de santé

PRÉLÈVEMENTS	ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES							
	DUSM ^a	SHA	IHLS	PSP	DSM	CAP ^a	UCSF ^a	UCDH
Chirurgie générale								
Amygdales (patients de plus de 15 ans sans autre condition médicale)							M	
Arthropodes (poux, moryons, etc)	X						M ^{***}	
Bézoards (agrégats de substances non digestives stagnant dans le tube digestif)	X						M	
Débris de paroi vaginale prélevés pour réparations plastiques		X			X			
Débridement pour trauma récent	X							
Débridement de décubitus ulcéreux	X		X					
Graisse des tissus mammaires de moins de 3 cm et prélevés pour reconstruction mammaire chez les patients sans historique de cancer							X	
Fécalome	X		X				M	
Corps étrangers servant de preuves médico-légales (Ex : balles) peuvent être transmis directement au personnel juridique	X	X	X	M*		X		X
Matériel médical ne contribuant pas à la maladie du patient (tubes de gastrotomie, endoprothèse)	X					X		

PRÉLÈVEMENTS	ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES							
	DUSM ^a	SHA	IHLS	PSP	DSM	CAP ^a	UCSF ^a	UCDH
Tissu issu d'une pannicullectomie	X	M						
Portion de côtes prélevées uniquement pour les commodités de l'opération dans le cas où le patient n'aurait pas d'historique de cancer	X		X		X		X	X
Les cicatrices de brûlures récentes et de trauma ou de vieilles cicatrices issues de chirurgie non néoplasiques	X		X		X		X****	
Ongles des orteils et des doigts à apparence macroscopique normale	X	X	X		X	X		X
Tissus du thymus*	X							
Matériel prosthétique							X	X
Sacs herniaire inguinale		M	X		X	M		
Colostomie, stomie en cas de révisions non complexes de processus non-néoplasiques			X					
Excès de tissu appendiculaire auriculaire enlevé accessoirement pour effectuer une chirurgie	X							
Tissu issu de débridement pour lequel un diagnostic de tissu a été préalablement effectué par un pathologiste avec pour but d'être traité par électro-fulguration ou traitement à l'azote liquide	X		X					
Doigts			X		X			
Orteils			X		X			
Quincaillerie (plaques, vis, extenseurs de tissus)							X	X
Ligament rond (don)							X	

PRÉLÈVEMENTS	ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES							
	DUSM ^a	SHA	IHLS	PSP	DSM	CAP ^a	UCSF ^a	UCDH
Sac biliaire (don)							X	
Veine/artère (don)							X	
Organes prélevés de donneurs décédés							X	
Corps étrangers prélevés pendant la chirurgie	M						M	X
Corps étrangers enlevés par endoscopie	M							
Corps étrangers sans implication médico-légale dans les situations où un patient, un parent ou un tuteur légal demande de récupérer l'objet							X	
Varices		M	M		M	M		
Amputation traumatique		M	M	M				
Éléments anatomiques surnuméraires	X	X	X			M	M	
Tissus sous-cutanés, surplus du prélèvement accessoire à l'approche d'une chirurgie	X							
Tissus prélevés de tissus mous extensibles et de traumatisme osseux	X							
Plastie								
Prothèses mammaires (implants)		M	X			M	M	
Graisse prélevée par liposuction	X	X	X			X	X	X
Implants extenseurs de tissu	X		X			X		

PRÉLÈVEMENTS	ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES							
	DUSM ^a	SHA	IHLS	PSP	DSM	CAP ^a	UCSF ^a	UCDH
Tissu résultant d'une réparation esthétique du nez des oreilles ou du visage	X		X	M**		X		
Tissus normaux prélevés pendant des procédures esthétiques (Ex : blépharoplastie à l'exception de la mammoplastie)	X						X	X
Peau normale issue d'un patient sans histoire suggérant une anomalie							X	
Petites pièces de tissu retirées fortuitement (Ex. omentum, graisse)							X	
Cartilage nasal							X	
Tissus excédentaire issu de greffe (Ex. graisse, fascia, cartilage)							X	
Chirurgie dermatologique								
Des échantillons de chirurgie de Mohs (prélèvement de tumeur par petite couche) pour lesquels le diagnostic du tissu a préalablement été établi par un pathologiste	X							

Abréviations : CAP : College of American Pathologists [CAP, 2007]; DSM : Diagnostic Services Manitoba [DSM, 2017]; DUSM : Duke University School of Medicine (Caroline du Nord) [Duke Pathology, 2009]; IHLS : Interior Health Laboratory Service (Colombie-Britannique) [IHLS, 2018]; M : macroscopie seulement; N: nombre; PSP: Parkland Surgical Pathology [PSP, 2013]; SHA: Saskatchewan Health Authority [SHA, 2018]; UCDH : University of California – UC Davis Health (Californie) [UCDH, 2016]; UCSF : University of California San Francisco (Californie) [UCSF, 2020].

* Tissus écartés uniquement afin d'exposer le site de l'opération, en admettant que le patient n'ait ni un historique ni une suspicion de cancer.

** Les prélèvements pourraient être soumis pour un examen macroscopique et seraient exemptés d'un examen microscopique.

*** Insectes.

**** Cicatrice d'un patient sans histoire de cancer ou d'infection.

^a Le CAP, le DUSM et l'UCSF proposent également une liste de spécimens à soumettre au département de pathologie pour examen macroscopique seulement, mais des exceptions sont à la discrétion du pathologiste. Ces derniers sont identifiés par la lettre « M » (macroscopie).

ANNEXE E

Obstacles limitant la faisabilité et la portée d'une évaluation économique et pistes de solutions potentielles

Limites principales	
Volumétries difficilement quantifiables	<p>Les codes d'actes utilisés par les laboratoires d'anatomopathologie et la RAMQ pour l'examen des prélèvements chirurgicaux sont généraux et non pas spécifique à chacune des pièces chirurgicales, sauf quelques exceptions dont le placenta (pour plus de détails, voir le document <i>Annexes complémentaires</i> [INESSS, 2021].</p> <p>Les bases de données médico-administratives ne permettent donc pas de ventiler les examens d'anatomopathologie par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • type de prélèvements; • spécialités chirurgicales.
	<p>Difficulté / impossibilité de croiser les banques médico-administratives compilant les actes médicaux des cliniciens avec celles des laboratoires.</p>
	<p>Estimation arbitraire et incertaine du nombre de présentations cliniques inhabituelles ou préoccupantes nécessitant l'avis d'un anatomopathologiste parmi les types d'interventions et de prélèvements chirurgicaux ciblés dans le cadre de ces travaux.</p>
Impossibilité d'émettre des postulats généraux représentant la pratique actuelle	<p>Grande hétérogénéité des pratiques des laboratoires d'anatomopathologie entre les établissements et même entre les différents laboratoires d'un même établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains effectuent l'examen anatomopathologique complet (macroscopie et histologie) pour l'ensemble des pièces transmises; • Certains laboratoires se sont dotés de listes de prélèvements devant être soumis à l'examen macroscopique seulement; • Certains laboratoires se sont dotés de listes de prélèvements ne devant plus être transmis en anatomopathologie.
	<p>Grande hétérogénéité des pratiques des chirurgiens entre les établissements et même entre les chirurgiens d'un même service de chirurgie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains transmettent systématiquement l'ensemble des tissus et produits chirurgicaux prélevés; • Certains transmettent l'ensemble des produits chirurgicaux dans un seul pot, d'autres les séparent dans plusieurs pots en fonction du type de pièces qui seront traités individuellement au laboratoire; • Certains ont pris l'initiative personnelle de ne plus transmettre certains types de prélèvements; • Les infirmières de salle d'opération prennent parfois l'initiative de transmettre les produits chirurgicaux pour le chirurgien.

Pistes futures potentielles	
Suivi et quantification post-implantation des effets des recommandations d'exemption	<p>Considérant que les spécimens visés par ces travaux sont de faible niveau de complexité, une avenue potentielle serait de quantifier l'effet des recommandations <i>a posteriori</i> par la collecte de données réelles sur la diminution éventuelle dans le temps du nombre (ou de la proportion) d'enregistrements pour les codes de facturation L4E de faibles niveaux de complexité suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau 1 : macroscopie seulement • Niveau 2 : normalité ou processus dégénératif simple • Niveau 3 : lésion banale • Niveau 4 : unité de mesure générale (biopsie simple ou spécimen chirurgical simple) <p>À noter que cette analyse resterait générale (pas spécifique aux transmissions effectuées par une spécialité chirurgicale en particulier).</p>
	<p>En émettant le postulat que les gains en temps techniques et en temps de travail du pathologiste seront réinvestis dans l'analyse de spécimens ayant une plus grande pertinence clinique, une avenue potentielle serait de quantifier l'effet des recommandations <i>a posteriori</i> par la collecte de données réelles sur la diminution des délais de rendu des rapports d'anatomopathologie correspondant aux niveaux de complexité L4E suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau 5 : spécimen anatomiquement complexe ou pathologie demandant l'évaluation de plusieurs paramètres • Niveau 6 : spécimen de chirurgie radicale pour cancer avec les ganglions locaux et/ou régionaux
Projets pilotes dans certaines centres ou établissements	<p>L'introduction de nouveaux codes d'actes permettant la ventilation des données médico-administratives en fonction de la spécialité chirurgicale concernée, du type de chirurgie effectuée, du type de prélèvements transmis, ainsi que des examens anatomopathologiques pratiqués permettrait potentiellement de faire une analyse économique plus robuste.</p> <p>Ces nouveaux codes devraient être effectifs avant l'implantation des recommandations d'exemptions (p. ex. 6 mois avant) et se poursuivre sur une certaine période après l'implantation (p. ex., 6 mois après) afin de pouvoir comparer les effets sur les ressources.</p>

ANNEXE D

Résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus

Tableau D-1 Qualité méthodologique des études transversales selon l'outil d'évaluation critique d'une étude descriptive de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

CRITÈRES	Alabi <i>et al.</i> , 2021		Corten <i>et al.</i> , 2019		Wrenn <i>et al.</i> , 2017		Koppatz <i>et al.</i> , 2017		Dincel <i>et al.</i> , 2018		Düzköylü <i>et al.</i> , 2016	
	Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1. Question de recherche	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Modérée
2. Participants de l'étude représentatifs de la population cible	Forte	Forte	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Forte	Forte	Modérée	Modérée	Faible	Modérée
3. Sources et méthodes de collecte de données	Modérée	Modérée	Modérée	Forte	Modérée	Modérée	Forte	Forte	Modérée	Modérée	Modérée	Faible
4. Instruments de collecte de données	Modérée	Modérée	Modérée	Faible	Faible	Faible	Modérée	Modérée	Faible	Faible	Faible	Faible
5. Éthique	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	N. A.	N. A.
6. Statistiques	Modérée	Modérée	Modérée	Forte	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Faible	Faible
Conclusion globale	Moyenne		Moyenne		Moyenne		Élevée		Moyenne		Faible	

Abréviation : N. A. : non applicable

CRITÈRES	Patel <i>et al.</i> , 2016		Basak <i>et al.</i> , 2016		Emmett <i>et al.</i> , 2015		Hayes et Muldoon, 2014		Eishaer <i>et al.</i> , 2014		Panebianco <i>et al.</i> , 2013	
	Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1. Question de recherche	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Modérée	Forte	Modérée	Modérée
2. Participants de l'étude représentatifs de la population cible	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée
3. Sources et méthodes de collecte de données	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Faible	Faible	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée
4. Instruments de collecte de données	Faible	Faible	Faible	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Faible	Faible	Faible	Faible
5. Éthique	Forte	Forte	Forte	Forte	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible
6. Statistiques	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Faible
Conclusion globale	Moyenne		Moyenne		Moyenne		Faible		Moyenne		Faible	

CRITÈRES	Van Vliet <i>et al.</i> , 2013		Romero-Gonzalez <i>et al.</i> , 2012		Genç <i>et al.</i> , 2011		Bazoua <i>et al.</i> , 2007		Darmas <i>et al.</i> , 2007		Matthyssens <i>et al.</i> , 2006	
	Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1. Question de recherche	Forte	Forte	Modérée	Modérée	Modérée	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte
2. Participants de l'étude représentatifs de la population cible	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée
3. Sources et méthodes de collecte de données	Modérée	Modérée	Forte	Forte	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée
4. Instruments de collecte de données	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible
5. Éthique	Faible	Faible	Forte	Forte	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible
6. Statistiques	Modérée	Faible	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Faible	Faible	Faible	Faible	Modérée	Faible
Conclusion globale	Faible		Moyenne		Moyenne		Faible		Faible		Faible	

CRITÈRES	Akyürek <i>et al.</i> , 2004		Dix <i>et al.</i> , 2003		Taylor et Huang, 1998		Kazerouni <i>et al.</i> , 2020		Chesley <i>et al.</i> , 2015		Lee <i>et al.</i> , 2020	
	Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1. Question de recherche	Modérée	Modérée	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Modérée	Faible
2. Participants de l'étude représentatifs de la population cible	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Forte	Forte	Modérée	Modérée	Faible	Faible
3. Sources et méthodes de collecte de données	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée
4. Instruments de collecte de données	Faible	Faible	Modérée	Modérée	Faible	Faible	Faible	Faible	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée
5. Éthique	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte
6. Statistiques	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Faible	Faible	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée
Conclusion globale	Moyenne		Moyenne		Faible		Moyenne		Moyenne		Faible	

CRITÈRES	Arispe Angulo <i>et al.</i> , 2020		Kim <i>et al.</i> , 2011		Miller <i>et al.</i> , 2003		Wenner <i>et al.</i> , 1998		Partrick <i>et al.</i> , 1998		Kassan <i>et al.</i> , 1986	
	Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1. Question de recherche	Forte	Forte	Forte	Forte	Modérée	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte
2. Participants de l'étude représentatifs de la population cible	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Faible	Faible	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée
3. Sources et méthodes de collecte de données	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée
4. Instruments de collecte de données	Modérée	Modérée	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Forte	Forte
5. Éthique	Faible	Faible	Forte	Forte	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible
6. Statistiques	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Faible	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée
Conclusion globale	Moyenne		Moyenne		Faible		Faible		Faible		Moyenne	

CRITÈRES	Cho <i>et al.</i> , 2018		Gargya <i>et al.</i> , 2017		Apollos <i>et al.</i> , 2017		Fisher <i>et al.</i> , 2002		Buis <i>et al.</i> , 2007	
	Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur		Évaluateur	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1. Question de recherche	Modérée	Modérée	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte
2. Participants de l'étude représentatifs de la population cible	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée
3. Sources et méthodes de collecte de données	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Forte
4. Instruments de collecte de données	Modérée	Faible	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée
5. Éthique	Faible	Faible	Forte	Forte	Faible	N. A.	Faible	Faible	Faible	Faible
6. Statistiques	Modérée	Modérée	Modérée	Faible	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Faible	Faible
Conclusion globale	Moyenne		Moyenne		Moyenne		Moyenne		Moyenne	

Tableau D-2 Qualité méthodologique selon l'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Auteurs	Lundgren et al., 2018		Byars et Pusany, 2012		Eads et al., 1997		Eads et al., 1996	
Plan d'étude	Étude de cohorte		Cas-témoin		Étude de cohorte		Étude de cohorte	
Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2
1. Question de recherche	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte
2. Participants de l'étude représentatifs de la population cible	Forte	Forte	Modérée	Modérée	Modérée	Forte	Forte	Forte
3. Justesse du contrôle du biais de sélection	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Modérée	Modérée	Modérée
4. Justesse du contrôle du biais causé par une erreur de classification	Modérée	Modérée	Modérée	Forte	Modérée	Forte	Forte	Forte
5. Justesse du contrôle du biais d'information	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée
6. Validité et fiabilité des instruments de collecte de données	Forte	Forte	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée
7. Justesse de la conservation et du suivi	Faible	Faible	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte	Forte
8. Comparabilité du groupe témoin et du groupe d'intervention	Faible	Faible	Forte	Forte	Faible	Faible	Faible	Faible
9. Justesse du contrôle des grandes variables confusionnelles	Forte	Forte	Forte	Forte	Faible	Modérée	Faible	Faible
10. Justesse de la conduite éthique	Forte	Forte	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible
11. Justesse et interprétation des tests statistiques	Modérée	Forte	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée	Modérée
12. Puissance et taille de l'échantillon	Forte	Forte	Faible	Faible	Forte	Faible	Modérée	Modérée
Qualité de l'étude	Moyenne	Moyenne	Faible	Faible	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne
Évaluation de la qualité méthodologique	Moyenne		Faible		Moyenne		Moyenne	

Tableau D-3 Qualité méthodologique des guides de pratique clinique selon la grille AGREE II - GRS

Évaluateurs	RCP [Liebmann et Varma, 2019]	
	1	2
1. Processus d'élaboration des recommandations	3	4
2. Style de présentation	4	4
3. Intégralité de l'information rapportée	3	2
4. Validité clinique	4	5
Sommes	14	15
Moyennes	14,5/28	

Tableau D-4 Outil d'évaluation et d'appréciation critique de la littérature grise AACODS

Surgical specimens to be submitted to pathology for examination (College of American Pathologists)

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Compétence	Déterminer qui est responsable du contenu intellectuel.						
	Un seul auteur						
	• Associé à une organisation réputée?						
	• Détenant des compétences professionnelles ou une expérience considérable?						
	• Ayant produit ou publié d'autres travaux (littérature grise / noire) dans le domaine?						
	• Étant un expert reconnu, nommé dans d'autres sources?						
	• Étant cité par d'autres (utiliser Google Scholar pour une vérification rapide)?						
	• Étant étudiant à un cycle supérieur, sous la supervision d'« experts »?						
	Une organisation ou un groupe						
	• L'organisation est-elle réputée (p. ex., l'Organisation mondiale de la Santé)?	X			X		
	• L'organisation est-elle une autorité dans le domaine?	X			X		
	Dans tous les cas :						
	• Le document présente-t-il une liste de références détaillée ou une bibliographie?		X			X	
Commentaires							
Le <i>College of American Pathologists</i> est une organisation qui élabore des lignes directrices.							

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Exactitude	• L'objectif ou le résumé du document est-il clairement énoncé?	X			X		
	• Le cas échéant, le document répond-il à l'objectif ou le résumé correspond-il au contenu du document?	X			X		
	• La méthodologie est-elle précisée?		X			X	
	• Le cas échéant, est-elle respectée?						
	• Le document a-t-il fait l'objet d'une revue par les pairs?		X			X	
	• A-t-il été édité par une autorité réputée?		X				
	• A-t-il été soutenu par des références documentées et faisant autorité ou des sources fiables?		X			X	
	• Est-il représentatif des travaux dans le domaine?	X			X		
	• Si ce n'est pas le cas, le document constitue-t-il une contrepartie valide?						
	• Toutes les collectes de données sont-elles explicites et répondent-elles aux besoins de la recherche?		X			X	
	• Si le document est de source secondaire (p. ex., orientation en matière de politiques d'un rapport technique), se reporter à l'original.		X			X	
	• L'interprétation ou l'analyse est-elle exacte et objective?			X		X	
Commentaires Aucune précision concernant la méthodologie utilisée ou les données sur lesquelles se basent les suggestions.							
Étendue	Tous les documents ont des paramètres qui définissent l'étendue de leur contenu.		X			X	

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
	<p>Ces limites pourraient signifier qu'un travail fait référence à un groupe populationnel en particulier ou qu'il exclut certains types de publications.</p> <p>Un rapport peut être conçu pour répondre à une question précise ou s'appuyer sur des statistiques issues d'une étude particulière.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites sont-elles clairement énoncées? 						
Objectivité	<ul style="list-style-type: none"> • Il est important de déceler les biais, en particulier s'ils ne sont pas énoncés ou reconnus. • Une opinion, qu'elle vienne d'un expert ou non, demeure une opinion : la perspective de l'auteur est-elle claire? 		X			X	
	<ul style="list-style-type: none"> • La présentation du travail semble-t-elle équilibrée? 		X		X		
	<p>Commentaires</p> <p>Il n'est pas possible de déterminer sur quelles données les suggestions sont basées (aucune référence ou consultation)</p>						
Date	<p>Pour que l'étude éclaire votre recherche, elle doit être datée afin de confirmer sa pertinence.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le document indique-t-il précisément une date relativement à son contenu? L'absence de date (qui devrait pouvoir être trouvée facilement) est fortement préoccupante. 	X			X		
	<ul style="list-style-type: none"> • Si le document n'est pas daté mais que sa date peut être vérifiée avec précision, existe-il une raison valide qui justifie l'absence de date? 						
	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de la bibliographie : des références contemporaines clés ont-elles été incluses? 		X			X	

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
	Commentaires						
Portée	C'est une évaluation de la valeur du document, dans le domaine de recherche pertinent. • Le document est-il significatif (ce qui comprend la faisabilité, l'utilité et la pertinence)?	X			X		
	• Met-il la recherche en contexte?		X			X	
	• Enrichit-il la recherche ou y ajoute-t-il quelque chose d'unique?		X		X		
	Renforce-t-il ou réfute-t-il une position actuelle?	X			X		
	Le domaine de recherche serait-il moins riche sans ce document?		X		X		
	Est-il intégral, représentatif, caractéristique?			X	X		
	A-t-il une incidence (dans le sens d'influence sur le travail ou le comportement d'autrui)?	X			X		
	Commentaires Ce document va dans le sens de certaines études qui questionnent l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique de certains spécimens sans fournir de données ou d'études sur lesquelles ils basent leur position.						

Unnecessary pathology – Tissues for disposal (Diagnostic Services Manitoba)

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Compétence	Déterminer qui est responsable du contenu intellectuel. Un seul auteur						
	• Associé à une organisation réputée?						
	• Détenant des compétences professionnelles ou une expérience considérable?						
	• Ayant produit ou publié d'autres travaux (littérature grise / noire) dans le domaine?						
	• Étant un expert reconnu, nommé dans d'autres sources?						
	• Étant cité par d'autres (utiliser Google Scholar pour une vérification rapide)?						
	• Étant étudiant à un cycle supérieur, sous la supervision d'« experts »?						
	Une organisation ou un groupe						
	• L'organisation est-elle réputée (p. ex., l'Organisation mondiale de la Santé)?	X					X
	• L'organisation est-elle une autorité dans le domaine?			X		X	
	Dans tous les cas :						
	• Le document présente-t-il une liste de références détaillée ou une bibliographie?	X				X	
	Commentaires Autorité gouvernementale						

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Exactitude	• L'objectif ou le résumé du document est-il clairement énoncé?	X			X		
	• Le cas échéant, le document répond-il à l'objectif ou le résumé correspond-il au contenu du document?				X		
	• La méthodologie est-elle précisée?		X			X	
	• Le cas échéant, est-elle respectée?						
	• Le document a-t-il fait l'objet d'une revue par les pairs?		X			X	
	• A-t-il été édité par une autorité réputée?		X				X
	• A-t-il été soutenu par des références documentées et faisant autorité ou des sources fiables?		X		X		
	• Est-il représentatif des travaux dans le domaine?	X			X		
	• Si ce n'est pas le cas, le document constitue-t-il une contrepartie valide?						
	• Toutes les collectes de données sont-elles explicites et répondent-elles aux besoins de la recherche?		X			X	
	• Si le document est de source secondaire (p. ex., orientation en matière de politiques d'un rapport technique), se reporter à l'original.		X			X	
	• L'interprétation ou l'analyse est-elle exacte et objective?			X		X	
	Commentaires Aucune précision concernant la méthodologie utilisée ou les données sur lesquelles se basent les suggestions.						

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Étendue	Tous les documents ont des paramètres qui définissent l'étendue de leur contenu. Ces limites pourraient signifier qu'un travail fait référence à un groupe populationnel en particulier ou qu'il exclut certains types de publications. Un rapport peut être conçu pour répondre à une question précise ou s'appuyer sur des statistiques issues d'une étude particulière.		X			X	
	<ul style="list-style-type: none"> Les limites sont-elles clairement énoncées? 						
Objectivité	<ul style="list-style-type: none"> Il est important de déceler les biais, en particulier s'ils ne sont pas énoncés ou reconnus. Une opinion, qu'elle vienne d'un expert ou non, demeure une opinion : la perspective de l'auteur est-elle claire? 		X			X	
	<ul style="list-style-type: none"> La présentation du travail semble-t-elle équilibrée? 		X		X		
	Commentaires Aucune donnée probante mentionnée.						
Date	Pour que l'étude éclaire votre recherche, elle doit être datée afin de confirmer sa pertinence.						
	<ul style="list-style-type: none"> Le document indique-t-il précisément une date relativement à son contenu? L'absence de date (qui devrait pouvoir être trouvée facilement) est fortement préoccupante. 	X			X		
	<ul style="list-style-type: none"> Si le document n'est pas daté mais que sa date peut être vérifiée avec précision, existe-il une raison valide qui justifie l'absence de date? Vérification de la bibliographie : des références contemporaines clés ont-elles été incluses? 	X			X		

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
	Commentaires						
Portée	C'est une évaluation de la valeur du document, dans le domaine de recherche pertinent. • Le document est-il significatif (ce qui comprend la faisabilité, l'utilité et la pertinence)?	X			X		
	• Met-il la recherche en contexte?		X		X		
	• Enrichit-il la recherche ou y ajoute-t-il quelque chose d'unique?		X		X		
	Renforce-t-il ou réfute-t-il une position actuelle?	X			X		
	Le domaine de recherche serait-il moins riche sans ce document?		X		X		
	Est-il intégral, représentatif, caractéristique?			X	X		
	A-t-il une incidence (dans le sens d'influence sur le travail ou le comportement d'autrui)?	X			X		
	Commentaires Ce document va dans le sens de certaines études qui questionnent l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique de certains spécimens sans fournir de données ou d'études sur lesquelles ils basent leur position. Il s'agit d'un document gouvernemental qui mène à un changement de la pratique						

Tissue and medical devices exceptions list (Duke Department of Pathology)

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Compétence	Déterminer qui est responsable du contenu intellectuel. Un seul auteur						
	• Associé à une organisation réputée?						
	• Détenant des compétences professionnelles ou une expérience considérable?						
	• Ayant produit ou publié d'autres travaux (littérature grise / noire) dans le domaine?						
	• Étant un expert reconnu, nommé dans d'autres sources?						
	• Étant cité par d'autres (utiliser Google Scholar pour une vérification rapide)?						
	• Étant étudiant à un cycle supérieur, sous la supervision d'« experts »?						
	Une organisation ou un groupe						
	• L'organisation est-elle réputée (p. ex., l'Organisation mondiale de la Santé)?		X		X		
	• L'organisation est-elle une autorité dans le domaine?		X			X	
	Dans tous les cas :						
	• Le document présente-t-il une liste de références détaillée ou une bibliographie?		X			X	
	Commentaires Centre universitaire						

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Exactitude	• L'objectif ou le résumé du document est-il clairement énoncé?		X			X	
	• Le cas échéant, le document répond-il à l'objectif ou le résumé correspond-il au contenu du document?						
	• La méthodologie est-elle précisée?		X			X	
	• Le cas échéant, est-elle respectée?						
	• Le document a-t-il fait l'objet d'une revue par les pairs?		X			X	
	• A-t-il été édité par une autorité réputée?		X			X	
	• A-t-il été soutenu par des références documentées et faisant autorité ou des sources fiables?		X			X	
	• Est-il représentatif des travaux dans le domaine?	X			X		
	• Si ce n'est pas le cas, le document constitue-t-il une contrepartie valide?						
	• Toutes les collectes de données sont-elles explicites et répondent-elles aux besoins de la recherche?		X			X	
	• Si le document est de source secondaire (p. ex., orientation en matière de politiques d'un rapport technique), se reporter à l'original.		X			X	
	• L'interprétation ou l'analyse est-elle exacte et objective?		X			X	
Commentaires Aucune précision concernant la méthodologie utilisée ou les données sur lesquelles se basent la politique.							

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Étendue	<p>Tous les documents ont des paramètres qui définissent l'étendue de leur contenu. Ces limites pourraient signifier qu'un travail fait référence à un groupe populationnel en particulier ou qu'il exclut certains types de publications.</p> <p>Un rapport peut être conçu pour répondre à une question précise ou s'appuyer sur des statistiques issues d'une étude particulière.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites sont-elles clairement énoncées? 		X			X	
	<ul style="list-style-type: none"> • Il est important de déceler les biais, en particulier s'ils ne sont pas énoncés ou reconnus. • Une opinion, qu'elle vienne d'un expert ou non, demeure une opinion : la perspective de l'auteur est-elle claire? 		X			X	
Objectivité	<ul style="list-style-type: none"> • La présentation du travail semble-t-elle équilibrée? 		X		X		
	<p>Commentaires</p> <p>Aucune donnée probante mentionnée.</p>						
Date	<p>Pour que l'étude éclaire votre recherche, elle doit être datée afin de confirmer sa pertinence.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le document indique-t-il précisément une date relativement à son contenu? L'absence de date (qui devrait pouvoir être trouvée facilement) est fortement préoccupante. 	X			X		
	<ul style="list-style-type: none"> • Si le document n'est pas daté mais que sa date peut être vérifiée avec précision, existe-il une raison valide qui justifie l'absence de date? 						
	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de la bibliographie : des références contemporaines clés ont- 		X			X	

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
	elles été incluses?						
	Commentaires						
Portée	C'est une évaluation de la valeur du document, dans le domaine de recherche pertinent. • Le document est-il significatif (ce qui comprend la faisabilité, l'utilité et la pertinence)?	X			X		
	• Met-il la recherche en contexte?		X			X	
	• Enrichit-il la recherche ou y ajoute-t-il quelque chose d'unique?		X		X		
	Renforce-t-il ou réfute-t-il une position actuelle?	X			X		
	Le domaine de recherche serait-il moins riche sans ce document?		X		X		
	Est-il intégral, représentatif, caractéristique?			X	X		
	A-t-il une incidence (dans le sens d'influence sur le travail ou le comportement d'autrui)?	X			X		
	Commentaires Ce document va dans le sens de certaines études qui questionnent l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique de certains spécimens sans fournir de données ou d'études sur lesquelles ils basent leur position. Il s'agit d'un document d'établissement qui mène à un changement de la pratique						

Tissues exempt from pathological examination policy – Interior Health Laboratory Service (Colombie-Britannique)

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Compétence	Déterminer qui est responsable du contenu intellectuel.						
	Un seul auteur						
	• Associé à une organisation réputée?						
	• Détenant des compétences professionnelles ou une expérience considérable?						
	• Ayant produit ou publié d'autres travaux (littérature grise / noire) dans le domaine?						
	• Étant un expert reconnu, nommé dans d'autres sources?						
	• Étant cité par d'autres (utiliser Google Scholar pour une vérification rapide)?						
	• Étant étudiant à un cycle supérieur, sous la supervision d'« experts »?						
	Une organisation ou un groupe						
	• L'organisation est-elle réputée (p. ex., l'Organisation mondiale de la Santé)?		X			X	
	• L'organisation est-elle une autorité dans le domaine?		X			X	
	Dans tous les cas :						
	• Le document présente-t-il une liste de références détaillée ou une bibliographie?	X			X		
	Commentaires Autorité gouvernementale						

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Exactitude	• L'objectif ou le résumé du document est-il clairement énoncé?	X			X		
	• Le cas échéant, le document répond-il à l'objectif ou le résumé correspond-il au contenu du document?	X			X		
	• La méthodologie est-elle précisée?		X			X	
	• Le cas échéant, est-elle respectée?						
	• Le document a-t-il fait l'objet d'une revue par les pairs?		X			X	
	• A-t-il été édité par une autorité réputée?		X				X
	• A-t-il été soutenu par des références documentées et faisant autorité ou des sources fiables?		X		X		
	• Est-il représentatif des travaux dans le domaine?	X			X		
	• Si ce n'est pas le cas, le document constitue-t-il une contrepartie valide?						
	• Toutes les collectes de données sont-elles explicites et répondent-elles aux besoins de la recherche?		X			X	
	• Si le document est de source secondaire (p. ex., orientation en matière de politiques d'un rapport technique), se reporter à l'original.		X			X	
	• L'interprétation ou l'analyse est-elle exacte et objective?			X		X	
	Commentaires Aucune précision concernant la méthodologie utilisée ou les données sur lesquelles se basent les suggestions.						

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Étendue	Tous les documents ont des paramètres qui définissent l'étendue de leur contenu. Ces limites pourraient signifier qu'un travail fait référence à un groupe populationnel en particulier ou qu'il exclut certains types de publications.		X			X	
	Un rapport peut être conçu pour répondre à une question précise ou s'appuyer sur des statistiques issues d'une étude particulière. <ul style="list-style-type: none"> Les limites sont-elles clairement énoncées? 						
Objectivité	<ul style="list-style-type: none"> Il est important de déceler les biais, en particulier s'ils ne sont pas énoncés ou reconnus. Une opinion, qu'elle vienne d'un expert ou non, demeure une opinion : la perspective de l'auteur est-elle claire? 		X			X	
	<ul style="list-style-type: none"> La présentation du travail semble-t-elle équilibrée? 		X		X		
	Commentaires Aucune donnée probante mentionnée.						
Date	Pour que l'étude éclaire votre recherche, elle doit être datée afin de confirmer sa pertinence. <ul style="list-style-type: none"> Le document indique-t-il précisément une date relativement à son contenu? L'absence de date (qui devrait pouvoir être trouvée facilement) est fortement préoccupante. 	X			X		
	<ul style="list-style-type: none"> Si le document n'est pas daté mais que sa date peut être vérifiée avec précision, existe-il une raison valide qui justifie l'absence de date? 						

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de la bibliographie : des références contemporaines clés ont-elles été incluses? 	X					X
	Commentaires						
Portée	<p>C'est une évaluation de la valeur du document, dans le domaine de recherche pertinent.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le document est-il significatif (ce qui comprend la faisabilité, l'utilité et la pertinence)? 	X			X		
	<ul style="list-style-type: none"> • Met-il la recherche en contexte? 		X			X	
	<ul style="list-style-type: none"> • Enrichit-il la recherche ou y ajoute-t-il quelque chose d'unique? 		X		X		
	Renforce-t-il ou réfute-t-il une position actuelle?	X			X		
	Le domaine de recherche serait-il moins riche sans ce document?		X		X		
	Est-il intégral, représentatif, caractéristique?			X	X		
	A-t-il une incidence (dans le sens d'influence sur le travail ou le comportement d'autrui)?	X			X		
	Commentaires Ce document va dans le sens de certaines études qui questionnent l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique de certains spécimens sans fournir de données ou d'études sur lesquelles ils basent leur position. Il s'agit d'un document gouvernemental qui mène à un changement de la pratique						

Exemption from microscopic examination (Parkland Surgical Pathology)

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Compétence	Déterminer qui est responsable du contenu intellectuel.						
	Un seul auteur						
	• Associé à une organisation réputée?						
	• Détenant des compétences professionnelles ou une expérience considérable?						
	• Ayant produit ou publié d'autres travaux (littérature grise / noire) dans le domaine?						
	• Étant un expert reconnu, nommé dans d'autres sources?						
	• Étant cité par d'autres (utiliser Google Scholar pour une vérification rapide)?						
	• Étant étudiant à un cycle supérieur, sous la supervision d'« experts »?						
	Une organisation ou un groupe						
	• L'organisation est-elle réputée (p. ex., l'Organisation mondiale de la Santé)?		X			X	
	• L'organisation est-elle une autorité dans le domaine?		X			X	
	Dans tous les cas :						
	• Le document présente-t-il une liste de références détaillée ou une bibliographie?		X			X	
	Commentaires Centre hospitalier public américain						

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Exactitude	• L'objectif ou le résumé du document est-il clairement énoncé?		X			X	
	• Le cas échéant, le document répond-il à l'objectif ou le résumé correspond-il au contenu du document?						
	• La méthodologie est-elle précisée?		X			X	
	• Le cas échéant, est-elle respectée?						
	• Le document a-t-il fait l'objet d'une revue par les pairs?		X			X	
	• A-t-il été édité par une autorité réputée?		X			X	
	• A-t-il été soutenu par des références documentées et faisant autorité ou des sources fiables?		X			X	
	• Est-il représentatif des travaux dans le domaine?	X				X	
	• Si ce n'est pas le cas, le document constitue-t-il une contrepartie valide?					X	
	• Toutes les collectes de données sont-elles explicites et répondent-elles aux besoins de la recherche?		X			X	
	• Si le document est de source secondaire (p. ex., orientation en matière de politiques d'un rapport technique), se reporter à l'original.		X			X	
	• L'interprétation ou l'analyse est-elle exacte et objective?		X			X	
	Commentaires Document approuvé par le comité exécutif médical. Aucune précision concernant la méthodologie utilisée ou les données sur lesquelles se basent la politique.						

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Étendue	Tous les documents ont des paramètres qui définissent l'étendue de leur contenu. Ces limites pourraient signifier qu'un travail fait référence à un groupe populationnel en particulier ou qu'il exclut certains types de publications. Un rapport peut être conçu pour répondre à une question précise ou s'appuyer sur des statistiques issues d'une étude particulière.		X			X	
	<ul style="list-style-type: none"> Les limites sont-elles clairement énoncées? 						
	<ul style="list-style-type: none"> Il est important de déceler les biais, en particulier s'ils ne sont pas énoncés ou reconnus. Une opinion, qu'elle vienne d'un expert ou non, demeure une opinion : la perspective de l'auteur est-elle claire? 		X			X	
Objectivité	<ul style="list-style-type: none"> La présentation du travail semble-t-elle équilibrée? 		X			X	
	Commentaires Aucune donnée probante mentionnée.						
Date	Pour que l'étude éclaire votre recherche, elle doit être datée afin de confirmer sa pertinence.	X			X		
	<ul style="list-style-type: none"> Le document indique-t-il précisément une date relativement à son contenu? L'absence de date (qui devrait pouvoir être trouvée facilement) est fortement préoccupante. 						
	<ul style="list-style-type: none"> Si le document n'est pas daté mais que sa date peut être vérifiée avec précision, existe-il une raison valide qui justifie l'absence de date? Vérification de la bibliographie : des références contemporaines clés ont-elles été incluses? 		X			X	

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
	Commentaires						
Portée	C'est une évaluation de la valeur du document, dans le domaine de recherche pertinent. <ul style="list-style-type: none"> Le document est-il significatif (ce qui comprend la faisabilité, l'utilité et la pertinence)? 	X			X		
	<ul style="list-style-type: none"> Met-il la recherche en contexte? 		X			X	
	<ul style="list-style-type: none"> Enrichit-il la recherche ou y ajoute-t-il quelque chose d'unique? 		X		X		
	Renforce-t-il ou réfute-t-il une position actuelle?	X			X		
	Le domaine de recherche serait-il moins riche sans ce document?		X		X		
	Est-il intégral, représentatif, caractéristique?			X			X
	A-t-il une incidence (dans le sens d'influence sur le travail ou le comportement d'autrui)?	X			X		
	Commentaires Ce document va dans le sens de certaines études qui questionnent l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique de certains spécimens sans fournir de données ou d'études sur lesquelles ils basent leur position. Il s'agit d'un document d'établissement qui mène à un changement de la pratique						

Specimens exempt from all gross &/or microscopic review (Saskatchewan Health Authority)

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Compétence	Déterminer qui est responsable du contenu intellectuel.						
	Un seul auteur						
	• Associé à une organisation réputée?						
	• Détenant des compétences professionnelles ou une expérience considérable?						
	• Ayant produit ou publié d'autres travaux (littérature grise / noire) dans le domaine?						
	• Étant un expert reconnu, nommé dans d'autres sources?						
	• Étant cité par d'autres (utiliser Google Scholar pour une vérification rapide)?						
	• Étant étudiant à un cycle supérieur, sous la supervision d'« experts »?						
	Une organisation ou un groupe						
	• L'organisation est-elle réputée (p. ex., l'Organisation mondiale de la Santé)?		X			X	
	• L'organisation est-elle une autorité dans le domaine?		X			X	
	Dans tous les cas :						
	• Le document présente-t-il une liste de références détaillée ou une bibliographie?		X			X	
Commentaires							
Autorité gouvernementale							
Exactitude	• L'objectif ou le résumé du document est-il clairement énoncé?		X			X	
	• Le cas échéant, le document répond-il à						

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
	l'objectif ou le résumé correspond-il au contenu du document?						
	• La méthodologie est-elle précisée?		X			X	
	• Le cas échéant, est-elle respectée?						
	• Le document a-t-il fait l'objet d'une revue par les pairs?		X			X	
	• A-t-il été édité par une autorité réputée?		X				X
	• A-t-il été soutenu par des références documentées et faisant autorité ou des sources fiables?		X			X	
	• Est-il représentatif des travaux dans le domaine?	X			X		
	• Si ce n'est pas le cas, le document constitue-t-il une contrepartie valide?						
	• Toutes les collectes de données sont-elles explicites et répondent-elles aux besoins de la recherche?		X			X	
	• Si le document est de source secondaire (p. ex., orientation en matière de politiques d'un rapport technique), se reporter à l'original.		X			X	
	• L'interprétation ou l'analyse est-elle exacte et objective?		X			X	
	Commentaires Aucune précision concernant la méthodologie utilisée ou les données sur lesquelles se basent la politique.						
Étendue	Tous les documents ont des paramètres qui définissent l'étendue de leur contenu. Ces limites pourraient signifier qu'un travail fait référence à un groupe populationnel en particulier ou qu'il exclut certains types de publications.		X			X	

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
	<p>Un rapport peut être conçu pour répondre à une question précise ou s'appuyer sur des statistiques issues d'une étude particulière.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites sont-elles clairement énoncées? 						
Objectivité	<ul style="list-style-type: none"> • Il est important de déceler les biais, en particulier s'ils ne sont pas énoncés ou reconnus. • Une opinion, qu'elle vienne d'un expert ou non, demeure une opinion : la perspective de l'auteur est-elle claire? 		X			X	
	<ul style="list-style-type: none"> • La présentation du travail semble-t-elle équilibrée? 		X		X		
	<p>Commentaires Aucune donnée probante mentionnée.</p>						
Date	<p>Pour que l'étude éclaire votre recherche, elle doit être datée afin de confirmer sa pertinence.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le document indique-t-il précisément une date relativement à son contenu? L'absence de date (qui devrait pouvoir être trouvée facilement) est fortement préoccupante. 	X			X		
	<ul style="list-style-type: none"> • Si le document n'est pas daté mais que sa date peut être vérifiée avec précision, existe-il une raison valide qui justifie l'absence de date? 		X				
	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de la bibliographie : des références contemporaines clés ont-elles été incluses? 		X			X	
	<p>Commentaires</p>						

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Portée	C'est une évaluation de la valeur du document, dans le domaine de recherche pertinent. <ul style="list-style-type: none"> Le document est-il significatif (ce qui comprend la faisabilité, l'utilité et la pertinence)? 	X			X		
	<ul style="list-style-type: none"> Met-il la recherche en contexte? 		X			X	
	<ul style="list-style-type: none"> Enrichit-il la recherche ou y ajoute-t-il quelque chose d'unique? 		X		X		
	Renforce-t-il ou réfute-t-il une position actuelle?	X			X		
	Le domaine de recherche serait-il moins riche sans ce document?		X		X		
	Est-il intégral, représentatif, caractéristique?			X	X		
	A-t-il une incidence (dans le sens d'influence sur le travail ou le comportement d'autrui)?	X			X		
	Commentaires Ce document va dans le sens de certaines études qui questionnent l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique de certains spécimens sans fournir de données ou d'études sur lesquelles ils basent leur position. Il s'agit d'un document gouvernemental qui mène à un changement de la pratique						

Tissues exempt from submission (University of California, Davis Health)

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Compétence	Déterminer qui est responsable du contenu intellectuel.						
	Un seul auteur						
	• Associé à une organisation réputée?						
	• Détenant des compétences professionnelles ou une expérience considérable?						
	• Ayant produit ou publié d'autres travaux (littérature grise / noire) dans le domaine?						
	• Étant un expert reconnu, nommé dans d'autres sources?						
	• Étant cité par d'autres (utiliser Google Scholar pour une vérification rapide)?						
	• Étant étudiant à un cycle supérieur, sous la supervision d'« experts »?						
	Une organisation ou un groupe						
	• L'organisation est-elle réputée (p. ex., l'Organisation mondiale de la Santé)?		X			X	
	• L'organisation est-elle une autorité dans le domaine?		X			X	
	Dans tous les cas :						
	• Le document présente-t-il une liste de références détaillée ou une bibliographie?		X			X	
Commentaires							
Centre hospitalier universitaire américain							
Exactitude	• L'objectif ou le résumé du document est-il clairement énoncé?		X			X	
	• Le cas échéant, le document répond-il à						

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
	l'objectif ou le résumé correspond-il au contenu du document?						
	• La méthodologie est-elle précisée?		X			X	
	• Le cas échéant, est-elle respectée?						
	• Le document a-t-il fait l'objet d'une revue par les pairs?		X			X	
	• A-t-il été édité par une autorité réputée?		X				X
	• A-t-il été soutenu par des références documentées et faisant autorité ou des sources fiables?		X			X	
	• Est-il représentatif des travaux dans le domaine?	X					X
	• Si ce n'est pas le cas, le document constitue-t-il une contrepartie valide?						X
	• Toutes les collectes de données sont-elles explicites et répondent-elles aux besoins de la recherche?		X			X	
	• Si le document est de source secondaire (p. ex., orientation en matière de politiques d'un rapport technique), se reporter à l'original.		X			X	
	• L'interprétation ou l'analyse est-elle exacte et objective?		X			X	
	Commentaires Approbation par 2 comités et le Governing body. Aucune précision concernant la méthodologie utilisée ou les données sur lesquelles se basent les suggestions.						

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Étendue	<p>Tous les documents ont des paramètres qui définissent l'étendue de leur contenu. Ces limites pourraient signifier qu'un travail fait référence à un groupe populationnel en particulier ou qu'il exclut certains types de publications.</p> <p>Un rapport peut être conçu pour répondre à une question précise ou s'appuyer sur des statistiques issues d'une étude particulière.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites sont-elles clairement énoncées? 		X			X	
	<ul style="list-style-type: none"> • Il est important de déceler les biais, en particulier s'ils ne sont pas énoncés ou reconnus. • Une opinion, qu'elle vienne d'un expert ou non, demeure une opinion : la perspective de l'auteur est-elle claire? 		X			X	
Objectivité	<ul style="list-style-type: none"> • La présentation du travail semble-t-elle équilibrée? 		X				X
	<p>Commentaires Aucune donnée probante mentionnée.</p>						
Date	<p>Pour que l'étude éclaire votre recherche, elle doit être datée afin de confirmer sa pertinence.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le document indique-t-il précisément une date relativement à son contenu? L'absence de date (qui devrait pouvoir être trouvée facilement) est fortement préoccupante. 		X			X	
	<ul style="list-style-type: none"> • Si le document n'est pas daté mais que sa date peut être vérifiée avec précision, existe-il une raison valide qui justifie l'absence de date? 		X				
	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de la bibliographie : des références contemporaines clés ont- 		X			X	

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
	elles été incluses?						
	Commentaires						
Portée	C'est une évaluation de la valeur du document, dans le domaine de recherche pertinent. • Le document est-il significatif (ce qui comprend la faisabilité, l'utilité et la pertinence)?	X			X		
	• Met-il la recherche en contexte?		X			X	
	• Enrichit-il la recherche ou y ajoute-t-il quelque chose d'unique?		X		X		
	Renforce-t-il ou réfute-t-il une position actuelle?	X			X		
	Le domaine de recherche serait-il moins riche sans ce document?		X		X		
	Est-il intégral, représentatif, caractéristique?			X			X
	A-t-il une incidence (dans le sens d'influence sur le travail ou le comportement d'autrui)?	X			X		
	Commentaires Ce document va dans le sens de certaines études qui questionnent l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique de certains spécimens sans fournir de données ou d'études sur lesquelles ils basent leur position. Il s'agit d'un document d'établissement qui mène à un changement de la pratique						

Exempt tissue policy – Perioperative services (University of California, San Francisco)

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Compétence	Déterminer qui est responsable du contenu intellectuel.						
	Un seul auteur						
	• Associé à une organisation réputée?						
	• Détenant des compétences professionnelles ou une expérience considérable?						
	• Ayant produit ou publié d'autres travaux (littérature grise / noire) dans le domaine?						
	• Étant un expert reconnu, nommé dans d'autres sources?						
	• Étant cité par d'autres (utiliser Google Scholar pour une vérification rapide)?						
	• Étant étudiant à un cycle supérieur, sous la supervision d'« experts »?						
	Une organisation ou un groupe						
	• L'organisation est-elle réputée (p. ex., l'Organisation mondiale de la Santé)?		X		X		
	• L'organisation est-elle une autorité dans le domaine?		X			X	
	Dans tous les cas :						
	• Le document présente-t-il une liste de références détaillée ou une bibliographie?		X		X		
Commentaires Centre universitaire							
Exactitude	• L'objectif ou le résumé du document est-il clairement énoncé?	X				X	
	• Le cas échéant, le document répond-il à	X					

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
	l'objectif ou le résumé correspond-il au contenu du document?						
	• La méthodologie est-elle précisée?		X			X	
	• Le cas échéant, est-elle respectée?						
	• Le document a-t-il fait l'objet d'une revue par les pairs?		X			X	
	• A-t-il été édité par une autorité réputée?		X			X	
	• A-t-il été soutenu par des références documentées et faisant autorité ou des sources fiables?		X		X		
	• Est-il représentatif des travaux dans le domaine?	X			X		
	• Si ce n'est pas le cas, le document constitue-t-il une contrepartie valide?						
	• Toutes les collectes de données sont-elles explicites et répondent-elles aux besoins de la recherche?		X			X	
	• Si le document est de source secondaire (p. ex., orientation en matière de politiques d'un rapport technique), se reporter à l'original.		X			X	
	• L'interprétation ou l'analyse est-elle exacte et objective?		X			X	
	Commentaires Document approuvé par le personnel médical et le « Executive medical Board ». Aucune précision sur les données sur lesquelles se basent la politique. Liste élaborée par les chefs de service et le département de pathologie (approuvé par le comité médical)						

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
Étendue	<p>Tous les documents ont des paramètres qui définissent l'étendue de leur contenu. Ces limites pourraient signifier qu'un travail fait référence à un groupe populationnel en particulier ou qu'il exclut certains types de publications.</p> <p>Un rapport peut être conçu pour répondre à une question précise ou s'appuyer sur des statistiques issues d'une étude particulière.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites sont-elles clairement énoncées? 		X			X	
	<ul style="list-style-type: none"> • Il est important de déceler les biais, en particulier s'ils ne sont pas énoncés ou reconnus. • Une opinion, qu'elle vienne d'un expert ou non, demeure une opinion : la perspective de l'auteur est-elle claire? 		X			X	
Objectivité	<ul style="list-style-type: none"> • La présentation du travail semble-t-elle équilibrée? 		X		X		
	<p>Commentaires Aucune donnée probante mentionnée.</p>						
Date	<p>Pour que l'étude éclaire votre recherche, elle doit être datée afin de confirmer sa pertinence.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le document indique-t-il précisément une date relativement à son contenu? L'absence de date (qui devrait pouvoir être trouvée facilement) est fortement préoccupante. 			X		X	
	<ul style="list-style-type: none"> • Si le document n'est pas daté mais que sa date peut être vérifiée avec précision, existe-il une raison valide qui justifie l'absence de date? 			X		X	
	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de la bibliographie : des références contemporaines clés ont- 		X				X

AACODS		ÉVALUATEUR 1			ÉVALUATEUR 2		
		OUI	NON	?	OUI	NON	?
	elles été incluses?						
	Commentaires Le document n'est plus disponible sur le site Web.						
Portée	C'est une évaluation de la valeur du document, dans le domaine de recherche pertinent. • Le document est-il significatif (ce qui comprend la faisabilité, l'utilité et la pertinence)?	X			X		
	• Met-il la recherche en contexte?		X			X	
	• Enrichit-il la recherche ou y ajoute-t-il quelque chose d'unique?		X		X		
	Renforce-t-il ou réfute-t-il une position actuelle?	X			X		
	Le domaine de recherche serait-il moins riche sans ce document?		X		X		
	Est-il intégral, représentatif, caractéristique?			X	X		
	A-t-il une incidence (dans le sens d'influence sur le travail ou le comportement d'autrui)?	X			X		
	Commentaires Ce document va dans le sens de certaines études qui questionnent l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique de certains spécimens sans fournir de données ou d'études sur lesquelles ils basent leur position. Il s'agit d'un document d'établissement qui mène à un changement de la pratique						

ANNEXE E

Traitement des commentaires des lecteurs externes

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DES AUTEURS
Dre Roselyne Villiard, chirurgienne générale, Centre hospitalier régional de Lanaudière	
1. CONTENU GÉNÉRAL	
1.1. La problématique, le contexte et les objectifs des travaux sont-ils clairs? Oui	Aucune action requise
1.2. Le rapport est-il facile à lire? Relativement, la description de la méthodologie prend une place plus importante que celle des résultats et de la discussion, ce qui en alourdit la lecture Les informations sont-elles bien présentées? Oui, cependant l'organisation de la structure du rapport est à finaliser. Les premières sections sont numérotées alors que d'autres ne le sont pas comme la discussion et la conclusion. Il serait également intéressant d'organiser le tableau des recommandations de transmission sélective dans un ordre : soit anatomique, ou alphabétique. Il est difficile de bien le suivre et de s'y retrouver.	Aucune action requise La structure du rapport et la numérotation des différentes sections sont conformes au modèle préétabli pour les avis élaborés par l'INESSS. Les prélèvements inclus dans le tableau de transmission sélective ont été classés par ordre alphabétique.
1.3. Le résumé est-il accessible pour un lecteur non spécialiste? Oui. La section des résultats débute de façon très abrupte sur la vésicule biliaire et les sacs herniaires. À la lecture du résumé et à la suite de la lecture de la section méthodologie, on ne comprend pas pourquoi l'on discute ici directement de ces 2 sujets. Il pourrait être plus facile d'ajouter une phrase qui permet de faire un lien en décrivant que la revue de la littérature discute principalement de ces 2 types de prélèvements et qu'ils sont ainsi plus analysés.	La phrase suivante a été ajoutée : La revue de la littérature a permis de recenser des études qui traitent principalement de l'analyse anatomopathologique des vésicules biliaires et des sacs herniaires inguinaux.
1.4. La méthodologie est-elle robuste? Excellente	Aucune action requise
1.5. Selon votre expertise, des éléments importants relatifs à la transmission des prélèvements au laboratoire d'anatomopathologie sont-ils manquants? Si oui, lesquels? 1 ^{er} Je ne vois pas ou ne retrouve pas clairement discuté les lipomes de petite taille. Lorsque cliniquement normal, un lipome de moins de 5 cm pourrait figurer dans la liste de transmission sélective.	Une revue de la littérature a été effectuée pour repérer les publications qui traitent des

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DES AUTEURS
<p>2° Il n'est pas vraiment question de l'analyse macro vs micro/histologique des spécimens transmis. Selon moi, un spécimen transmis en pathologie et qui de routine n'a qu'un examen macroscopie n'apportera pas d'avantage clinique par rapport à l'examen macroscopique du chirurgien. Donc, une discussion sur l'analyse macroscopique vs histologique des spécimens devrait être davantage traitée dans ce rapport. Le premier constat en regard de l'utilité clinique cite « L'examen anatomopathologique de routine », est-ce que cela inclus une histologie de routine? Il faudrait détailler ou décrire dans la méthodologie et les résultats.</p>	<p>lipomes. Une seule étude répondant aux critères de sélection préétablis a été retenue. L'étude montre un risque de découverte fortuite de cancer de 2,4 % associé à l'exérèse de masses de tissus mous (majoritairement des lipomes) par un médecin de famille.</p> <p>Bien que certains groupes recommandent que les personnes avec une masse de tissus mous de plus de 5 cm soient référées à un centre spécialisé en sarcomes, aucune recommandation concernant les modalités de transmission de ce type de prélèvement au laboratoire d'anatomopathologie n'a été repérée.</p> <p>Les précisions sur la manipulation des prélèvements chirurgicaux effectuée au laboratoire d'anatomopathologie (p. ex., triage, entreposage, méthodes d'échantillonnage des tissus, nature et exhaustivité des examens macroscopiques ou histologiques effectués par le pathologiste ou le personnel technique) font partie des aspects exclus des travaux (tableau 2).</p>
<p>1.6. L'analyse des données est-elle concise et pertinente?</p> <p>Oui</p>	<p>Aucune action requise</p>
<p>1.7. Les résultats de l'évaluation sont-ils clairement présentés?</p> <p>Oui</p>	<p>Aucune action requise</p>
<p>1.8. Les conclusions sont-elles claires, en lien avec l'analyse qui précède?</p> <p>Globalement oui. Dans les constats « en regard de l'utilité clinique » et « des modalités de transmissions » les notions se chevauchent. Il faudrait synthétiser davantage ces portions.</p>	<p>Certains constats au regard de l'utilité clinique et des modalités de transmission ont été reformulés et synthétisés.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DES AUTEURS
1.9. S'il y a lieu, les recommandations sont-elles applicables dans le contexte actuel québécois? Oui, facilement et légalement.	Aucune action requise
1.10. Les références sont-elles complètes et d'actualité? Oui	Aucune action requise
2. <u>CONTENU SPÉCIFIQUE</u> Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections pour lesquelles vous avez une expertise particulière. Voir le point 1.5	
3. <u>QUALITÉ SCIENTIFIQUE</u> De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous la <u>qualité scientifique</u> de ce rapport? 8	
4. <u>TRANSFERT DE CONNAISSANCES</u> <i>Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances suite à la publication du rapport.</i>	
4.1. Quels groupes spécifiques , parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans ce rapport? Les chirurgiens, infirmières de bloc opératoires et cliniques externes et privées, archivistes, techniciens de pathologie et pathologistes.	Ces informations seront prises en considération lors de la diffusion et des activités de transfert de connaissances.
4.2. Quels congrès, conférences, symposiums ou autres lieux d'échange spécifiques vous semblent appropriés pour partager les résultats du rapport que vous avez révisé? Congrès de l'association de chirurgie du Québec (AQC) et via un courriel de l'Association aux membres	Ces informations seront prises en considération lors de la diffusion et des activités de transfert de connaissances.
Dre Geneviève Mercier-Couture, chirurgienne générale, Centre hospitalier universitaire de Québec	
<u>CONTENU GÉNÉRAL</u>	
1.1. La problématique, le contexte et les objectifs des travaux sont-ils clairs? Oui	Aucune action requise

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DES AUTEURS
1.2. Le rapport est-il facile à lire? Les informations sont-elles bien présentées? Oui	Aucune action requise
1.3. Le résumé est-il accessible pour un lecteur non spécialiste? Oui	Aucune action requise
1.4. La méthodologie est-elle robuste? Oui, les questions d'évaluation sont bien identifiées et pertinentes, les critères de la revue de littérature expliqués, le processus de l'élaboration des recommandations est clair et validation externe.	Aucune action requise
1.5. Selon votre expertise, des éléments importants relatifs à la transmission des prélèvements au laboratoire d'anatomopathologie sont-ils manquants? Si oui, lesquels? Non	Aucune action requise
1.6. L'analyse des données est-elle concise et pertinente? Oui	Aucune action requise
1.7. Les résultats de l'évaluation sont-ils clairement présentés? Oui	Aucune action requise
1.8. Les conclusions sont-elles claires, en lien avec l'analyse qui précède? Oui	Aucune action requise
1.9. S'il y a lieu, les recommandations sont-elles applicables dans le contexte actuel québécois? Oui, par ailleurs peu d'études en plastie (seulement 6).	Aucune action requise
1.10. Les références sont-elles complètes et d'actualité? Oui	Aucune action requise

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DES AUTEURS
<p>2. <u>CONTENU SPÉCIFIQUE</u></p> <p>Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections pour lesquelles vous avez une expertise particulière.</p> <p>La littérature est restreinte en contenu scientifique en ce qui a trait aux chirurgies plastiques (reconstruction, esthétique, grands brûlés, trauma), il est donc plus difficile de tirer des conclusions claires pour les situations ambiguës (par exemple, taux de constats anormaux pour le débridement d'une plaie sacrale avec composante chronique, débridement de grands brûlés). Il serait intéressant de même faire une étude sur ce sujet. Par ailleurs, les analyses semblent montrer que le taux de constats anormaux est très faible pour les acrochordons, kystes sébacés et dermoïdes et lésions bénignes de la main, un changement dans la pratique d'envoi de spécimens pourrait avoir un impact positif sur l'engorgement vécu en pathologie sans causer préjudice aux patients.</p>	<p>En effet, il serait intéressant de faire des études sur les spécimens pour lesquels il y a peu de littérature scientifique concernant l'utilité de l'examen d'anatomopathologie. Cependant, l'INESSS n'a pas le mandat de faire de telles études.</p>
<p>3. <u>QUALITÉ SCIENTIFIQUE</u></p> <p>De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous la <u>qualité scientifique</u> de ce rapport?</p> <p>9</p>	
<p>4. <u>TRANSFERT DE CONNAISSANCES</u></p> <p><i>Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances suite à la publication du rapport.</i></p>	
<p>4.1. Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans ce rapport?</p> <p>Tous les chirurgiens plastiques et généraux, ainsi que les dermatologues. Je pense qu'il serait aussi bon de faire de l'enseignement à la population et d'expliquer la documentation derrière une telle décision. En effet, les recommandations n'ont pas changé depuis 1984, une mise à jour est essentielle.</p>	<p>Ces informations seront prises en considération lors de la diffusion et des activités de transfert de connaissances.</p>
<p>4.2. Quels congrès, conférences, symposiums ou autres lieux d'échange spécifiques vous semblent appropriés pour partager les résultats du rapport que vous avez révisé?</p> <p>Le Congrès canadien de chirurgie plastique, définitivement.</p>	<p>Ces informations seront prises en considération lors de la diffusion et des activités de transfert de connaissances.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DES AUTEURS
Dre May Chergui, anatomopathologiste, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)	
CONTENU GÉNÉRAL	
1.1. La problématique, le contexte et les objectifs des travaux sont-ils clairs? Oui	Aucune action requise
1.2. Le rapport est-il facile à lire? Les informations sont-elles bien présentées? Je trouve que certaines phrases sont trop longues alors on perd le fil des idées parfois. De plus, il y a aussi quelques redondances.	Le document a fait l'objet d'une révision linguistique et des modifications ont été apportées au document.
1.3. Le résumé est-il accessible pour un lecteur non spécialiste? Oui	Aucune action requise
1.4. La méthodologie est-elle robuste? En termes de revue de littérature, je pense que la méthodologie est bonne et vous avez bien fait de voir ce qui est recommandé par certaines sociétés ou même ce qui se fait dans d'autres provinces. Cependant, j'ai l'impression qu'il n'y a pas tellement de littérature à ce sujet, particulièrement pour certains spécimens. Je pense que l'idéal serait de mener une étude québécoise pour valider les impressions recueillies via la littérature. Il serait assez facile de faire une étude rétrospective dans certains centres sur l'utilité d'envoyer les acrochordons par exemple. Nous pourrions même faire une étude prospective (plus robuste) dans certains centres.	En effet, il serait intéressant de faire des études sur les spécimens pour lesquels il y a peu de littérature scientifique concernant l'utilité de l'examen d'anatomopathologie. Cependant, l'INESSS n'a pas le mandat de faire de telles études.
1.5. Selon votre expertise, des éléments importants relatifs à la transmission des prélèvements au laboratoire d'anatomopathologie sont-ils manquants? Si oui, lesquels? Il aurait été bien d'avoir les informations tirées de la littérature par tranche d'âge (et non uniquement pédiatrique versus adulte), puisque certaines néoplasies sont plus communes dans certaines tranches d'âge. Cependant, il est possible que cette information ne soit simplement pas trouvée dans la littérature. Ainsi, peut-être que pour certains spécimens, il vaut mieux transmettre tous les spécimens de patients dans une certaine tranche d'âge et nous pourrions être plus sélectifs dans d'autres tranches d'âge. Le site anatomique pour certains types de spécimens peut être utile aussi. Par exemple, je pense aux acrochordons : un acrochordon de la vulve par exemple est plus inhabituel qu'un acrochordon sur le cou.	La revue de la littérature réalisée n'a pas permis de ventiler les données par tranches d'âge. La revue de la littérature réalisée n'a pas permis d'ajouter des précisions sur les sites anatomiques pour la majorité des spécimens évalués.
1.6. L'analyse des données est-elle concise et pertinente? Même note que pour la question 1.4	Voir la réponse de la question 1.4
1.7. Les résultats de l'évaluation sont-ils clairement présentés? Les résultats selon la littérature extraite sont relativement clairs. Cependant, comme mentionné plus haut, je pense que c'est un bon début mais que nous devrions faire des études concrètes dans nos centres hospitaliers.	En effet, il serait intéressant de faire des études sur les spécimens pour lesquels il y a peu de littérature scientifique concernant l'utilité de l'examen d'anatomopathologie.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DES AUTEURS
	Cependant, l'INESSS n'a pas le mandat de faire de telles études.
<p>1.8. Les conclusions sont-elles claires, en lien avec l'analyse qui précède?</p> <p>Les résultats selon la littérature extraite sont relativement clairs. Cependant, comme mentionné plus haut, je pense que c'est un bon début mais que nous devrions faire des études concrètes dans nos centres hospitaliers.</p>	En effet, il serait intéressant de faire des études sur les spécimens pour lesquels il y a peu de littérature scientifique concernant l'utilité de l'examen d'anatomopathologie. Cependant, l'INESSS n'a pas le mandat de faire de telles études.
<p>1.9. S'il y a lieu, les recommandations sont-elles applicables dans le contexte actuel québécois?</p> <p>Je pense qu'elles seront éventuellement applicables, mais nous aurons besoin d'une longue période de transition. Je pense particulièrement aux kystes. Des spécimens envoyés en pathologie comme « kyste » mais qui ne sont vraiment pas des kystes ne sont pas anecdotiques.</p>	Les recommandations formulées dans l'avis permettent l'envoi de spécimens en pathologie en cas d'incertitude concernant l'échantillon.
<p>1.10. Les références sont-elles complètes et d'actualité?</p> <p>Les références sont bonnes. Cependant, je pense tout de même qu'une étude dans nos propres laboratoires seraient plus utiles.</p>	Aucune action requise
<p>2. <u>CONTENU SPÉCIFIQUE</u></p> <p>Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections pour lesquelles vous avez une expertise particulière.</p>	
<p>3. <u>QUALITÉ SCIENTIFIQUE</u></p> <p>De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous la <u>qualité scientifique</u> de ce rapport?</p> <p>8</p>	
<p>4. <u>TRANSFERT DE CONNAISSANCES</u></p> <p><i>Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances suite à la publication du rapport.</i></p>	
<p>4.1. Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans ce rapport?</p> <p>Particulièrement les cliniciens et les pathologistes.</p>	Ces informations seront prises en considération lors de la diffusion et des activités de transfert de connaissances.
<p>4.2. Quels congrès, conférences, symposiums ou autres lieux d'échange spécifiques vous semblent appropriés pour partager les résultats du rapport que vous avez révisé?</p> <p>Je pense que ce serait très intéressant de présenter les recommandations aux Journées de Formation Interdisciplinaire (JFI) de la FMSQ et l'équivalent pour le FMOQ. Il serait aussi intéressant de les présenter avant l'implantation officielle pour avoir du « feedback » sur ce projet</p>	Ces informations seront prises en considération lors de la diffusion et des activités de transfert de connaissances.

RÉFÉRENCES

- Akyürek N, Irkörücü O, Salman B, Erdem O, Sare M, Tatlicioglu E. Unexpected gallbladder cancer during laparoscopic cholecystectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2004;11(5):357-61.
- Alabi A, Arvind AD, Pawa N, Karim S, Smith J. Incidental gallbladder cancer: Routine versus selective histological examination after cholecystectomy. *Surg J (N Y)* 2021;7(1):e22-5.
- Apollos JR, Ekatah GE, Ng GS, McFadyen AK, Whitelaw SC. Routine histological examination of epidermoid cysts; To send or not to send? *Ann Med Surg (Lond)* 2017;13:24-8.
- Arispe Angulo KR, Farooq A, Samra H, Weldemichael W, Anderson J, Jorns JM. Data-driven development of an institutional "gross-only" policy for the examination of select surgical pathology specimens. *Am J Clin Pathol* 2020;154(4):486-93.
- Basak F, Hasbahceci M, Canbak T, Sisik A, Acar A, Yucel M, et al. Incidental findings during routine pathological evaluation of gallbladder specimens: Review of 1,747 elective laparoscopic cholecystectomy cases. *Ann R Coll Surg Engl* 2016;98(4):280-3.
- Bazoua G, Hamza N, Lazim T. Do we need histology for a normal-looking gallbladder? *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2007;14(6):564-8.
- Buis PA, Verweij W, van Diest PJ. Value of histopathologic analysis of subcutis excisions by general practitioners. *BMC Fam Pract* 2007;8:5.
- Byars J et Pusany K. An alternative approach to sending all gallbladders for histology following cholecystectomy? *Surg Sci* 2012;3(1):15-20.
- Casali PG, Abecassis N, Aro HT, Bauer S, Biagini R, Bielack S, et al. Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO-EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2018;29(Suppl 4):iv51-iv67.
- Chesley PM, Black GE, Martin MJ, Johnson EK, Maykel JA, Steele SR. The utility of pathologic evaluation of adult hernia specimens. *Am J Surg* 2015;209(5):783-6.
- Cho HE, Kelley B, Zhong L, Chung KC. Use of routine pathologic evaluation of nonmalignant lesions in hand surgery: A national study. *Plast Reconstr Surg* 2018;142(2):160e-168e.
- College of American Pathologists (CAP). Surgical specimens to be submitted to pathology for examination (*la version révisée en 2012 et réaffirmée en 2018 par le CAP a été transmise à l'INESSS le 30 novembre 2018*). Northfield, IL : CAP; 2018. Disponible à : https://webapps.cap.org/apps/docs/laboratory_accreditation/build/pdf/surgical_specimens.pdf.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). Procédures et interventions en milieu extrahospitalier. Guide d'exercice. Montréal, Qc : CMQ; 2011. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2011-08-01-fr-procedures-interventions-milieu-extrahospitalier.pdf>.

- Corten BJ, Alexander S, van Zwam PH, Leclercq WK, Roumen RM, Slooter GD. Outcome of surgical inspection of the gallbladder in relation to final pathology. *J Gastrointest Surg* 2019;23(6):1130-4.
- Dangoor A, Seddon B, Gerrand C, Grimer R, Whelan J, Judson I. UK guidelines for the management of soft tissue sarcomas. *Clin Sarcoma Res* 2016;6:20.
- Darmas B, Mahmud S, Abbas A, Baker AL. Is there any justification for the routine histological examination of straightforward cholecystectomy specimens? *Ann R Coll Surg Engl* 2007;89(3):238-41.
- Diagnostic Services Manitoba (DSM). Unnecessary pathology – Tissues for disposal. Clinical Practice Change. Winnipeg, MB : DSM; 2017. Disponible à : <https://choosingwiselymanitoba.ca/wp-content/uploads/2018/10/Tissues-for-Disposal-Clinical-Practice-Changes-November-2017.pdf>.
- Dincel O, Goksu M, Hatipoglu HS. Importance of routine histopathological examination of a gallbladder surgical specimen: Unexpected gallbladder cancer. *J Cancer Res Ther* 2018;14(6):1325-9.
- Dix FP, Bruce IA, Krypczyk A, Ravi S. A selective approach to histopathology of the gallbladder is justifiable. *Surgeon* 2003;1(4):233-5.
- Duke Department of Pathology (Duke Pathology). Tissue and medical devices exceptions list (Appendix A – Surgical pathology tissue and medical devices exceptions list and List of specimens exempt from microscopic examination - *version révisée en 2011*). Durham, NC : Duke University School of Medicine; 2009. Disponible à : <https://pathology.duke.edu/sites/pathology.duke.edu/files/SurgPath-Tissue%20Exceptions%20attachment.pdf>.
- Düzköylü Y, Bektaş H, Kozluklu ZD. Incidental gallbladder cancers: Our clinical experience and review of the literature. *Ulus Cerrahi Derg* 2016;32(2):107-10.
- Eads TJ, Hood AF, Chuang TY, Faust HB, Farmer ER. The diagnostic yield of histologic examination of seborrheic keratoses. *Arch Dermatol* 1997;133(11):1417-20.
- Eads TJ, Chuang TY, Fabré VC, Farmer ER, Hood AF. The utility of submitting fibroepithelial polyps for histological examination. *Arch Dermatol* 1996;132(12):1459-62.
- Elshaer M, Gravante G, Yang Y, Hudson S, Thomas K, Sorge R, et al. Routine versus selective histologic analysis of gallbladder specimens for the detection of incidental gallbladder cancers. A retrospective review over 9 years of activity with a special focus on patients' age. *Am J Surg* 2014;208(3):444-9.
- Emmett CD, Barrett P, Gilliam AD, Mitchell AI. Routine versus selective histological examination after cholecystectomy to exclude incidental gallbladder carcinoma. *Ann R Coll Surg Engl* 2015;97(7):526-9.
- Fisher M, Alba B, Bhuiya T, Kasabian AK, Thorne CH, Tanna N. Routine pathologic evaluation of plastic surgery specimens: Are we wasting time and money? *Plast Reconstr Surg* 2018;141(3):812-6.
- Gargya V, Lucas HD, Wendel Spiczka AJ, Mahabir RC. Is routine pathologic evaluation of sebaceous cysts necessary? A 15-year retrospective review of a single institution. *Ann Plast Surg* 2017;78(2):e1-e3.

- Genç V, Onur Kirimker E, Akyol C, Kocaay AF, Karabörk A, Tüzüner A, et al. Incidental gallbladder cancer diagnosed during or after laparoscopic cholecystectomy in members of the Turkish population with gallstone disease. *Turk J Gastroenterol* 2011;22(5):513-6.
- Hayes BD et Muldoon C. Seek and ye shall find: The importance of careful macroscopic examination and thorough sampling in 2522 cholecystectomy specimens. *Ann Diagn Pathol* 2014;18(3):181-6.
- Interior Health Laboratory Service (IHLS). Tissues exempt from pathological examination policy. IH Anatomical Pathology. Kelowna, BC : IHLS; 2018. Disponible à : <https://www.interiorhealth.ca/sites/Partners/LabServices/DeptSpecific/AnatomicalPathology/Documents/AP%20Exempt%20Tissues.pdf>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Annexes complémentaires – Pertinence et indications de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie : la chirurgie obstétrique-gynécologie et l'urologie. Québec, Qc : INESSS; 2021. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications.html>.
- Kassan MA, Munoz E, Laughlin A, Margolis IB, Wise L. Value of routine pathology in herniorrhaphy performed upon adults. *Surg Gynecol Obstet* 1986;163(6):518-22.
- Kazerouni A, Nowak KM, Serra S, Vajpeyi R, Chieu K, Chetty R. Review of pathology and cost benefit analysis of hernia sacs processed over a 19-year period. *J Clin Pathol* 2020;73(11):737-40.
- Kim B, Leonard MP, Bass J, Ruzhynsky V, de Nanassy J, Guerra L. Analysis of the clinical significance and cost associated with the routine pathological analysis of pediatric inguinal hernia sacs. *J Urol* 2011;186(4 Suppl):1620-4.
- Koppatz H, Nordin A, Scheinin T, Sallinen V. The risk of incidental gallbladder cancer is negligible in macroscopically normal cholecystectomy specimens. *HPB (Oxford)* 2018;20(5):456-61.
- Lee MJ, Kim JK, Pokarowski M, Shiff M, Mitton P, Popescu A, et al. Clinical and economic value of routine pathological examination of hernia sacs and scheduled clinic follow-ups after inguinal hernia and hydrocele repair in a Canadian tertiary care children's hospital. *J Pediatr Surg* 2020;55(8):1463-9.
- Liebmann R et Varma M. Best practice recommendations – Histopathology and cytopathology of limited or no clinical value. Londres, Angleterre : Royal College of Pathologists (RCP); 2019. Disponible à : <https://www.rcpath.org/resourceLibrary/g177-bpr-histopathology-and-cytopathology-limited-or-no-clinical-value.html>.
- Lundgren L, Muszynska C, Ros A, Persson G, Gimm O, Valter L, et al. Are incidental gallbladder cancers missed with a selective approach of gallbladder histology at cholecystectomy? *World J Surg* 2018;42(4):1092-9.
- Matthysens LE, Ziol M, Barrat C, Champault GG. Routine surgical pathology in general surgery. *Br J Surg* 2006;93(3):362-8.
- Miller GG, McDonald SE, Milbrandt K, Chibbar R. Routine pathological evaluation of tissue from inguinal hernias in children is unnecessary. *Can J Surg* 2003;46(2):117-9.

- Montgomery E et Buras R. Incidental liposarcomas identified during hernia repair operations. *J Surg Oncol* 1999;71(1):50-3.
- Panebianco A, Volpi A, Lozito C, Prestera A, Ialongo P, Palasciano N. Incidental gallbladder carcinoma: Our experience. *G Chir* 2013;34(5-6):167-9.
- Parkland Surgical Pathology (PSP). Exemption from microscopic examination. Dallas, TX : Parkland Health & Hospital System; 2013. Disponible à : <http://parklandlab.com/uploads/public/Documents/Labs/Surgical-Pathology/Microscopic%20Exemptions%202014.pdf>.
- Partrick DA, Bensard DD, Karrer FM, Ruyle SZ. Is routine pathological evaluation of pediatric hernia sacs justified? *J Pediatr Surg* 1998;33(7):1090-4.
- Patel K, Dajani K, Iype S, Chatzizacharias NA, Vickramarajah S, Singh P, et al. Incidental non-benign gallbladder histopathology after cholecystectomy in an United Kingdom population: Need for routine histological analysis? *World J Gastrointest Surg* 2016;8(10):685-92.
- Romero-Gonzalez RJ, Garza-Flores A, Martinez-PérezMaldonado L, Diaz-Elizondo JA, Muñiz-Eguia JJ, Barbosa-Quintana A. Gallbladder selection for histopathological analysis based on a simple method: A prospective comparative study. *Ann R Coll Surg Engl* 2012;94(3):159-64.
- Saskatchewan Health Authority (SHA). Specimens exempt from all gross &/or microscopic review. Saskatoon, SK : SHA; 2018. Disponible à : https://www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/Services/Pathology-Laboratory-Med/healthpractitioners/Documents/Policy%20and%20Procedure/ANATOMIC%20PATHOLOGY%20SPECIMENS%20EXEMPT%20FROM%20ALL%20GROSS%20OR%20MICROSCOPIC%20REVIEW.pdf.
- Taylor HW et Huang JK. 'Routine' pathological examination of the gallbladder is a futile exercise. *Br J Surg* 1998;85(2):208.
- University of California, Davis Health (UCDH). Tissues exempt from submission [site Web]. Pathology and Laboratory Medicine. Sacramento, CA : UC Davis Health; 2016. Disponible à : https://health.ucdavis.edu/pathology/services/clinical/anatomic_pathology/surgical_pathology/clinical_services/tissues_exempt.html.
- University of California, San Francisco (UCSF). Exempt tissue policy – Perioperative services (*version révisée*). San Francisco, CA : UCSF; 2020.
- Van Vliet JL, van Gulik TM, Verbeek PC. Is it necessary to send gallbladder specimens for routine histopathological examination after cholecystectomy? The use of macroscopic examination. *Dig Surg* 2013;30(4-6):472-5.
- Wenner WJ Jr, Gutenberg M, Crombleholme T, Flickinger C, Bartlett SP. The pathological evaluation of the pediatric inguinal hernia sac. *J Pediatr Surg* 1998;33(5):717-8.
- Wrenn SM, Callas PW, Abu-Jaish W. Histopathological examination of specimen following cholecystectomy: Are we accepting resect and discard? *Surg Endosc* 2017;31(2):586-93.



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

