


Pertinence et indications de
transmission des prélèvements
chirurgicaux au laboratoire
d'anatomopathologie
La chirurgie ophtalmologique

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



Pertinence et indications de
transmission des prélèvements
chirurgicaux au laboratoire
d'anatomopathologie
La chirurgie ophtalmologique

Rédaction

Andrée Fortin

Collaboration interne

Anne Bergeron

Coordination scientifique

Frédéric St-Pierre

Direction

Catherine Truchon

Ann Lévesque



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

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Andrée Fortin, Ph. D.

Collaboratrice interne

Anne Bergeron, Ph. D.

Coordonnateur scientifique

Frédéric St-Pierre, Ph. D.

Directrice adjointe, volets scientifique et transversal

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Mathieu Plamondon, M.S.I.

Bin Chen, *tech. doc.*

Soutien administratif

Jacinthe Clusiau

Jean Talbot

Équipe de l'édition

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de

Littera Plus, révision linguistique

Mark A. Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

ISBN 978-2-550-93111-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2022

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Pertinence et indications de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie – La chirurgie ophtalmologique. Avis rédigé par Andrée Fortin. Québec, Qc : INESSS; 2022. 61 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

D^r Patrick Boulos, ophtalmologiste, chirurgie oculoplastique, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal

D^{re} Sonia Callejo, chirurgienne oculaire-oncologue, CHUM et CHU Sainte-Justine, Montréal

D^r Patrick Hamel, ophtalmologiste pédiatrique, CHU Sainte-Justine, Montréal

D^r Mathieu Mercier, ophtalmologiste spécialiste en cornée et segment antérieur, CHU de Québec – Université Laval, Québec

D^r Alexandre Odashiro, pathologiste oculaire, Hôpital Charles-Le Moyne, Greenfield Park

D^r Luc Vaillancourt, pathologiste et ophtalmopathologiste, CHU de Québec – Université Laval, Québec

Comité de suivi

Pour ce rapport, les membres du comité de suivi sont :

M^{me} Caroline Beaudet, gestionnaire, codirectrice clinico-administrative OPTILAB, CISSS de l'Outaouais

D^r Steven Bellemare, directeur, Partenariats stratégiques, Association canadienne de protection médicale (ACPM)

D^{re} Patricia-Anne Caron, pédiatre, chirurgienne, membre et représentante de l'Association québécoise de chirurgie (AQC)

M^{me} Aline Gagnon, infirmière, présidente de la Corporation des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Québec (CIISOQ)

M^e Michel T. Giroux, avocat, directeur de l'Institut de consultation et de recherche en éthique et en droit (ICRED)

D^{re} Pauline Gref, adjointe médicale à la Direction générale, Collège des médecins du Québec (CMQ)

D^{re} Badia Issa-Chergui, anatomopathologiste, présidente de l'Association des pathologistes du Québec (APQ)

D^{re} Sophie Laberge, médecin-conseil, Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

D^r Salim Lahoud, ophtalmologiste, Association des médecins ophtalmologistes du Québec (AMOQ)

M^{me} Loan Luu, technologiste médicale, présidente de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ)

M. François Sanschagrín, conseiller en biologie médicale, Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec

Lecteurs externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

D^r Marc Carrière, ophtalmologiste, Clinique d'ophtalmologie d'Alma

D^r Mohib-Wadie Morcos, pathologiste oculaire, Hôpital de Hull (CISSS de l'Outaouais)

Déclaration d'intérêts

Les membres de l'équipe de l'INESSS déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement n'a été obtenu pour la réalisation de ce rapport. Les membres du comité consultatif ou les lecteurs externes qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnés ci-dessous.

D^r Patrick Hamel : présentation à l'INESSS pour Santen (Verkazia) ainsi que pour Recordati (Cystadrops). Présentation à des congrès scientifiques pour ces deux mêmes organismes.

D^r Mathieu Mercier : honoraires pour conférence aux dermatologues sur les aspects ophtalmologiques liés au dupilumab (Sanofi), mai 2020, mandat ponctuel.

Responsabilité

Ce rapport est produit par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) qui assume l'entière responsabilité de sa forme et de son contenu définitifs.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|------|
| RÉSUMÉ..... | I |
| SUMMARY..... | VIII |
| SIGLES ET ACRONYMES..... | XV |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| 1 MÉTHODOLOGIE..... | 4 |
| 1.1 Questions décisionnelles..... | 4 |
| 1.2 Questions d'évaluation..... | 4 |
| 1.3 Méthodes de synthèse des données scientifiques..... | 5 |
| 1.3.1 Type de revue de la littérature..... | 5 |
| 1.3.2 Stratégie de recherche et de repérage de la littérature..... | 5 |
| 1.3.3 Critères et processus de sélection des documents..... | 6 |
| 1.3.4 Évaluation de la qualité méthodologique..... | 6 |
| 1.3.5 Extraction des données scientifiques issues de la littérature..... | 6 |
| 1.3.6 Analyse critique et synthèse..... | 6 |
| 1.4 Méthodes de synthèse de l'information clinique, des positions et des recommandations issues de la littérature..... | 7 |
| 1.4.1 Type de revue de la littérature..... | 7 |
| 1.4.2 Stratégie de recherche et repérage de la littérature..... | 8 |
| 1.4.3 Critères et processus de sélection des documents..... | 8 |
| 1.4.4 Évaluation de la qualité méthodologique..... | 9 |
| 1.4.5 Extraction de l'information, recommandations et positions..... | 10 |
| 1.4.6 Analyse critique et synthèse..... | 10 |
| 1.5 Méthode de synthèse des données contextuelles..... | 10 |
| 1.5.1 Type de synthèse..... | 10 |
| 1.5.2 Stratégie de repérage et de collecte..... | 10 |
| 1.6 Méthode de synthèse des différentes perspectives recueillies à partir de consultations..... | 11 |
| 1.6.1 Stratégie de collecte, processus et approche pour garantir la qualité et l'intégrité de l'information recueillie..... | 11 |
| 1.6.2 Analyse et synthèse..... | 12 |
| 1.7 Analyse économique..... | 12 |
| 1.8 Élaboration de la liste des prélèvements chirurgicaux qui pourraient faire l'objet d'une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie..... | 13 |
| 1.9 Élaboration des recommandations générales et de mise en œuvre relatives aux modalités de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie..... | 14 |
| 1.10 Processus de validation externe..... | 15 |
| 1.11 Confidentialité et aspects éthiques..... | 15 |
| 1.12 Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles..... | 16 |
| 2 RÉSULTATS..... | 17 |

| | | |
|--------|---|----|
| 2.1 | Sélection et description des documents retenus..... | 17 |
| 2.2 | Utilité clinique de l'examen anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux..... | 19 |
| 2.2.1 | Sac lacrymal..... | 19 |
| 2.2.2 | Cornée..... | 26 |
| 2.2.3 | Humeur vitrée..... | 29 |
| 2.2.4 | Acrochordon..... | 29 |
| 2.2.5 | Chalazion..... | 30 |
| 2.2.6 | Spécimen issu d'une énucléation ou d'une éviscération..... | 32 |
| 2.2.7 | Dispositif explanté et corps étranger..... | 34 |
| 2.3 | Positions et recommandations des sociétés savantes ou d'autres organisations..... | 34 |
| 2.3.1 | Glande et sac lacrymal..... | 34 |
| 2.3.2 | Os nasolacrymal retiré lors d'une dacryocystorhinostomie..... | 34 |
| 2.3.3 | Cornée..... | 35 |
| 2.3.4 | Conjonctive..... | 35 |
| 2.3.5 | Tissu excédentaire (autre que l'explant) prélevé lors d'une greffe de cornée..... | 35 |
| 2.3.6 | Humeur vitrée..... | 35 |
| 2.3.7 | Acrochordon..... | 36 |
| 2.3.8 | Chalazion..... | 36 |
| 2.3.9 | Spécimen issu d'une éviscération et d'une énucléation..... | 37 |
| 2.3.10 | Spécimen issu d'une blépharoplastie..... | 37 |
| 2.3.11 | Ectropion et entropion..... | 37 |
| 2.3.12 | Muscle extraoculaire, tendon et tissu mou retirés lors d'une chirurgie de correction du strabisme..... | 37 |
| 2.3.13 | Os ou tissu mou normal retirés lors d'une décompression orbitaire..... | 38 |
| 2.3.14 | Cristallin..... | 38 |
| 2.3.15 | Tissu scléral retiré lors d'une trabéculéctomie..... | 39 |
| 2.3.16 | Réseau trabéculaire..... | 39 |
| 2.3.17 | Iris, corps ciliaire, choroïde et tissu issu d'une iridectomie périphérique..... | 39 |
| 2.3.18 | Membrane épirétinienne, subrétinienne et choroïdienne..... | 39 |
| 2.3.19 | Dispositif et matériau explantés..... | 40 |
| 2.3.20 | Corps étranger..... | 40 |
| 2.4 | Perspective des parties prenantes..... | 40 |
| 2.4.1 | Chalazion..... | 41 |
| 2.4.2 | Acrochordon..... | 42 |
| 2.4.3 | Spécimen de cornée prélevé lors d'une kératoplastie..... | 43 |
| 2.5 | Modalités en soutien au processus de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie..... | 45 |
| 2.5.1 | Documentation des procédures chirurgicales et des prélèvements non transmis au laboratoire d'anatomopathologie..... | 45 |
| 2.6 | Analyse économique..... | 46 |

| | |
|---|----|
| 2.7 Enjeux médico-légaux | 46 |
| CONSTATS ET RECOMMANDATIONS | 47 |
| FORCES ET LIMITES DES TRAVAUX..... | 53 |
| RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX..... | 54 |
| MISE À JOUR..... | 56 |
| RÉFÉRENCES | 57 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau 1 Questions d'évaluation | 5 |
| Tableau 2 Critères d'inclusion et d'exclusion des études primaires..... | 7 |
| Tableau 3 Critères d'inclusion et d'exclusion des documents contenant de l'information, des positions et des recommandations | 9 |
| Tableau 4 Découvertes histopathologiques fortuites pour les spécimens de sacs lacrymaux | 21 |
| Tableau 5 Concordance des diagnostics clinique et histopathologique pour les spécimens de cornée prélevés lors d'une kératoplastie | 28 |
| Tableau 6 Concordance des diagnostics clinique et histopathologique pour les spécimens de chalazion..... | 31 |
| Tableau 7 Concordance des diagnostics clinique et histopathologique pour les spécimens issus d'une énucléation ou d'une éviscération | 33 |

RÉSUMÉ

Introduction

Au Québec, l'article 59 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (RLRQ, chapitre S-5, R. 5)¹ est généralement interprété comme signifiant que tous les prélèvements chirurgicaux doivent être transmis au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse. Cette disposition réglementaire engendre depuis plusieurs années un volume important de transmissions et d'analyses de prélèvements. Cela occasionne des coûts potentiellement substantiels et des délais d'analyse sous-optimaux. Il est estimé qu'une proportion significative de ces transmissions ne sont possiblement pas nécessaires, et ce, parce que l'examen anatomopathologique est peu susceptible de fournir une information utile à la prise en charge du patient.

Dans le but de réduire le nombre des demandes d'examens non pertinents et de favoriser l'utilisation optimale des ressources en anatomopathologie, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), d'une part, de déterminer quels prélèvements chirurgicaux pourraient être considérés pour une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie, et d'autre part, d'indiquer les modalités de transmission de ces prélèvements. Ce sixième avis, d'une série de six, concerne les prélèvements issus de la chirurgie ophtalmologique.

Méthodologie

Une revue systématique de la littérature scientifique et de documents présentant des positions, recommandations et lignes directrices de sociétés savantes ou d'autres organisations a été réalisée selon des critères préétablis. De l'information contextuelle ainsi que la perspective de différentes parties prenantes ont aussi été colligées par le biais d'un comité consultatif formé de personnes représentant les différentes spécialités médicales concernées de même que d'un comité de suivi composé notamment de représentants des ordres, associations de médecins spécialistes concernés et d'organisations, y compris la Régie de l'assurance maladie du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ces consultations ont permis de recueillir le savoir expérientiel, de documenter les perceptions et le niveau d'acceptabilité associés à la transmission sélective ou non de certains produits et prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie puis de déterminer les enjeux potentiels sur les plans organisationnel, clinique, économique, éthique et juridique. Les recommandations concernant les prélèvements chirurgicaux

¹ Recueil des lois et des règlements du Québec (RLRQ). Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, chapitre V, Dossier des bénéficiaires, article 59 : « Lorsqu'il y a prélèvement d'une partie d'un corps humain ou d'un objet au cours d'une intervention chirurgicale, un rapport écrit doit être rédigé par le médecin spécialiste en anatomopathologie ayant examiné la partie du corps humain ou l'objet. L'original du rapport est conservé au dossier du bénéficiaire et une copie est gardée par le laboratoire, où un index croisé par bénéficiaire et par pathologie doit être établi » (D. 1320-84, a. 59; D. 545-86, a. 25). Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-5.%20r.%205/> (consulté le 18 février 2022).

issus de la chirurgie ophtalmologique qui pourraient faire l'objet d'une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie ont été élaborées par un processus de consultation Delphi simplifié comportant trois itérations. Celui-ci a été mené avec les membres du comité consultatif à la lumière des données et des recommandations extraites de la recherche systématique de la littérature. Les membres du comité de suivi ont ensuite été invités à apprécier la liste des prélèvements qui pourraient faire l'objet d'une transmission sélective et à juger de l'applicabilité, de l'acceptabilité et des retombées potentielles de la mise en œuvre des recommandations.

Résultats

Au regard de l'**utilité clinique globale** des examens anatomopathologiques des prélèvements chirurgicaux :

- la décision d'envoyer ou non des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie repose généralement sur une suspicion clinique, une valeur diagnostique ou une valeur pronostique des examens anatomopathologiques;
- l'évolution des connaissances, des technologies et des pratiques entraîne inévitablement des changements dans la pertinence clinique de transmettre ou non au laboratoire certains de ces prélèvements;
- en raison de la nature et de l'objet de l'intervention, ou encore des caractéristiques du tissu ou de l'organe, plusieurs spécimens prélevés doivent être systématiquement transmis au laboratoire d'anatomopathologie, alors que d'autres non. Pour certains, la valeur d'un envoi systématique au laboratoire peut être remise en question; la décision devrait être prise au cas par cas selon les données scientifiques disponibles, les recommandations de bonne pratique clinique de même que d'après le tableau clinique et le jugement du chirurgien.

Au regard des **modalités de transmission** des prélèvements pour examen en anatomopathologie :

- plusieurs sociétés savantes, dont le College of American Pathologists (CAP), proposent des modèles de transmission sélective de certains prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie, et ce, dans le but de favoriser l'utilisation efficiente des ressources de ce laboratoire;
- les listes de prélèvements qui pourraient faire l'objet d'une transmission sélective pour examen en anatomopathologie, telles que proposées par les lignes directrices examinées et certains établissements québécois, comportent des divergences relatives au nombre et au type des prélèvements;
- la pratique ne semble pas harmonisée à l'échelle du Québec; des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux ont déjà mis en application une politique sur la transmission sélective de certains prélèvements chirurgicaux, alors que d'autres non;

- la communication de l'information clinique pertinente (p. ex. intervention réalisée, diagnostic préopératoire, observations peropératoires inhabituelles, préoccupations particulières) est un élément fondamental de la réalisation d'un examen anatomopathologique approprié.

Au regard de la **pratique professionnelle des médecins** qui font les prélèvements :

- il existe des moyens appropriés autres que l'envoi d'un spécimen au laboratoire d'anatomopathologie pour vérifier qu'un prélèvement a été effectué – p. ex. confirmation par le personnel infirmier, notes opératoires;
- les normes relatives à la tenue des dossiers et registres par un médecin sont encadrées par règlement. Ainsi, les notes opératoires et le protocole opératoire du chirurgien constituent des documents officiels dans lesquels tout prélèvement fait au cours d'une intervention chirurgicale doit être documenté et inclus au dossier du patient. Le protocole opératoire doit être rédigé ou dicté au cours des 24 heures qui suivent l'intervention. Cette pratique vaut autant pour les médecins pratiquant dans les établissements publics que privés du réseau de la santé et des services sociaux.

Au regard de l'**utilité clinique** des examens anatomopathologiques de prélèvements issus **de la chirurgie ophtalmologique** :

- sur 23 prélèvements chirurgicaux initialement inventoriés et après un regroupement qui a réduit cette liste à 20, le risque de découverte fortuite cliniquement significative a été jugé faible pour 16 des 20 prélèvements; 15 sont basés sur la littérature examinée et les listes de transmission existantes inventoriées, et 1 est basé uniquement sur la perspective des parties prenantes consultées;
- quatre des 20 prélèvements chirurgicaux ont finalement été exclus de la liste de transmission sélective en raison du risque de découverte fortuite à l'examen anatomopathologique;
- la liste des prélèvements qui pourraient faire l'objet d'une transmission sélective, élaborée dans les présents travaux, bonifie celles déjà publiées par d'autres autorités :
 - contrairement aux listes de transmission repérées dans quatre provinces canadiennes, la liste élaborée dans le cadre des présents travaux inclut les prélèvements issus de la chirurgie des paupières (chalazion, ectropion/entropion, acrochordon), de la chirurgie du glaucome, de la vitrectomie et de la dacryocystorhinostomie;
 - deux prélèvements chirurgicaux absents de toutes les listes de transmission sélective retenues ont été ajoutés à la liste de l'INESSS : 1) Os retiré lors d'une décompression orbitaire; 2) Tissu excédentaire du donneur lors d'une greffe de la cornée.

Au regard des **économies potentiellement** associées à un changement de pratique concernant l'envoi des prélèvements pour examen en anatomopathologie :

- les recommandations de transmission sélective formulées par certaines sociétés savantes et organisations ont entraîné une diminution de la charge de travail associée à l'analyse de spécimens dont la valeur clinique est limitée ou nulle;
- il est actuellement difficile d'estimer, même intuitivement, les économies qui pourraient découler de l'envoi sélectif des prélèvements au laboratoire d'anatomopathologie, et ce, principalement en raison de l'incapacité à identifier et à quantifier dans les bases de données les analyses anatomopathologiques jugées non pertinentes.

Conclusion

Au terme des travaux, la liste de transmission sélective des prélèvements issus de la chirurgie ophtalmologique établie, et pour lesquels le niveau de risque pour le patient a été jugé faible et l'examen anatomopathologique peu susceptible de fournir une information utile à la prise en charge du patient, devrait contribuer à un usage plus judicieux des ressources en anatomopathologie. Une implantation progressive impliquant la concertation entre le Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, les directeurs des services professionnels, les codirecteurs OPTILAB et autres instances responsables de la qualité des soins sera requise pour faciliter les changements et assurer la gestion optimale des risques et de la qualité de l'acte médical. En se basant sur les connaissances scientifiques disponibles au moment de leur application, il est possible que les présentes recommandations soient modifiées selon les avancées scientifiques futures qui pourraient rendre l'examen anatomopathologique de certaines pièces chirurgicales cliniquement utile. C'est pourquoi une évaluation de la pertinence de mettre à jour ces recommandations sera faite dans quatre ans, soit en 2026.

Recommandations

À la lumière de ces constats, l'INESSS, en collaboration avec les parties prenantes consultées, a formulé un ensemble de recommandations visant à favoriser une utilisation plus judicieuse des ressources en anatomopathologie, et ce, sans compromettre la qualité et la sécurité des soins et services offerts aux patients. Les premières recommandations se veulent générales et s'appliquent à toutes les disciplines chirurgicales concernées par le prélèvement et l'envoi de spécimens pour examen en anatomopathologie².

² Certaines dispositions sont formulées dans le respect des normes professionnelles en vigueur au Québec.

Ces recommandations sont reprises dans chacun des six avis du chantier de pertinence en anatomopathologie. Elles sont suivies par une recommandation plus spécifique à la chirurgie ophtalmologique, soit une liste de spécimens qui peuvent faire l'objet d'une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie. Finalement, des recommandations visant à favoriser la mise en œuvre et le suivi des changements proposés sont aussi formulées.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS CHIRURGICAUX AU LABORATOIRE D'ANATOMOPATHOLOGIE

L'INESSS estime que certains prélèvements chirurgicaux pourraient ne plus être envoyés systématiquement aux laboratoires d'anatomopathologie aux fins d'analyse, et ce, au sein des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux. Ces prélèvements pourraient faire l'objet d'une transmission sélective selon le jugement clinique.

Pour être transmis de façon sélective, un prélèvement devrait :

- figurer sur une liste de transmission sélective à l'examen anatomopathologique; et
- provenir d'une intervention chirurgicale pour laquelle aucun processus néoplasique, infectieux ou autre condition médicale significative, suggérant l'intérêt d'un avis en anatomopathologie, n'est soupçonné par le clinicien à la lumière des observations pré et peropératoires.

Tous les spécimens chirurgicaux (organes, tissus, appareils, dispositifs médicaux, corps étrangers) non transmis au département d'anatomopathologie doivent faire l'objet d'un examen visuel par le chirurgien, et ce, afin de confirmer que la pièce ne présente pas d'anomalie inattendue et que les observations pré et peropératoires sont conformes aux attentes^{3, 4}.

Le retrait, les résultats de l'examen visuel, les observations peropératoires et l'omission de la transmission d'un spécimen en anatomopathologie doivent être documentés au dossier du patient par le chirurgien^{3, 5}.

La liste de transmission sélective proposée dans ce rapport ne devrait en aucun cas se substituer au jugement clinique.

De ce fait, les pièces inscrites sur la liste de transmission sélective peuvent en tout temps être transmises au laboratoire d'anatomopathologie, selon le jugement du clinicien, en cas d'incertitude ou de préoccupation pour la santé du patient.

Les renseignements cliniques pertinents qui justifient l'envoi en anatomopathologie d'une pièce figurant sur une liste de transmission sélective au laboratoire doivent être inscrits sur la demande d'examen afin de guider les recherches anatomopathologiques⁶.

³ « Tout protocole opératoire doit contenir les éléments pertinents à l'intervention pratiquée (le diagnostic préopératoire, l'intervention effectuée, le diagnostic postopératoire, les constatations normales ou anormales faites en cours d'intervention incluant les organes examinés et le genre d'examen, etc.). Le protocole opératoire doit être rédigé ou dicté dans les 24 heures qui suivent » [CMQ, 2005, p. 29] (consulté le 18 février 2022).

⁴ Les normes d'élimination des déchets biologiques et biomédicaux doivent être appliquées aux pièces qui ne sont pas transmises au laboratoire d'anatomopathologie. *Règlement sur les déchets biomédicaux, Loi sur la qualité de l'environnement* (chapitre Q-2, R. 12, art. 59), disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/Q2,%20r.%20r.%2012> (consulté le 18 février 2022).

⁵ « À la fin de l'intervention, le chirurgien doit ajouter une note postopératoire décrivant sommairement les constatations opératoires, l'intervention pratiquée, les incidents, les pertes sanguines et les complications peropératoires, le cas échéant, ainsi que l'état du patient à la fin de l'intervention » [CMQ, 2005, p. 19] (consulté le 18 février 2022).

RECOMMANDATIONS DE TRANSMISSION SÉLECTIVE SPÉCIFIQUES À LA CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE

L'INESSS, au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information colligée, recommande que les prélèvements chirurgicaux suivants fassent l'objet d'une transmission sélective aux laboratoires d'anatomopathologie aux fins d'analyse, et ce, à l'échelle du Québec.

! Cette liste ne se substitue pas au jugement du clinicien.

- Chalazion typique non récurrent chez les personnes âgées de moins de 18 ans
- Acrochordon qui ne laisse aucun doute sur sa nature bénigne
- Ectropion / entropion
- Spécimen issu d'une blépharoplastie esthétique ou fonctionnelle
- Os nasolacrymal retiré lors d'une dacryocystorhinostomie
- Os ou tissu mou normal retirés lors d'une décompression orbitaire
- Muscle extraoculaire, tendon et tissu mou normal retirés lors d'une chirurgie de correction du strabisme
- Cristallin
- Tissu retiré lors d'une chirurgie filtrante pour glaucome
- Spécimen issu d'une iridectomie périphérique
- Spécimen de cornée prélevé lors d'une kératoplastie
- Tissu excédentaire du donneur lors d'une greffe de cornée
- Spécimen issu d'une vitrectomie thérapeutique
- Membrane épirétinienne, subrétinienne ou choroïdienne
- Implant, dispositif et matériau explantés
- Corps étranger

⁶ « Toute demande d'examen anatomopathologique doit comporter la mention du lieu d'origine (hôpital, cabinet, bloc opératoire, clinique de consultation externe, etc.) et les renseignements sur l'identité du patient (nom, prénom, adresse, sexe, âge, numéro d'assurance maladie, numéro du dossier hospitalier), la date du prélèvement, la mention de l'intervention pratiquée, les diagnostics pré- et postopératoires, la nature et la provenance du spécimen et tout autre renseignement clinique pertinent » [CMQ, 2005, p. 24] (consulté le 18 février 2022).

RECOMMANDATIONS VISANT À FAVORISER LA MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI D'UN PROCESSUS DE TRANSMISSION SÉLECTIVE DE CERTAINS PRÉLÈVEMENTS

- Les recommandations et la liste de transmission sélective proposées dans cet avis devraient faire l'objet d'un processus de diffusion et de communication structuré auprès des ordres et associations professionnels ainsi qu'au sein des milieux universitaires.
- Une démarche d'implantation progressive des recommandations devrait être planifiée afin de faciliter la gestion optimale du changement. Celle-ci devrait être élaborée conjointement avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, les directeurs des services professionnels, les codirecteurs OPTILAB et autres instances responsables de la qualité. Cette démarche devrait prévoir le développement et l'implantation d'un processus permettant de mesurer la conformité aux recommandations et la qualité de la pratique.
- Une modalité de documentation des raisons du non-envoi au laboratoire d'anatomopathologie de la pièce chirurgicale, qu'elle soit ou non inscrite à la liste, pourrait être envisagée au sein des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux. Cette modalité, qui devrait demeurer simple et rapide, témoignerait de l'exercice du jugement clinique.
- Une démarche de révision et de normalisation de la codification des actes médicaux et des analyses d'anatomopathologie devrait être menée afin de faciliter la collecte et l'interprétation des données médico-administratives et ainsi de rendre possible le suivi des mesures d'optimisation déployées.

SUMMARY

Submission of surgical specimens to the anatomic pathology laboratory:
relevance and indications

Eye surgery

Introduction

Section 59 of *Organization and Management of Institutions Regulation* (C.Q.L.R., chapter S-5, r. 5)⁷ has generally been interpreted as meaning that all surgical specimens must be submitted to the anatomic pathology laboratory for analysis. This regulatory provision has, for many years, resulted in a large volume of specimens being submitted and analyzed. This generates potentially substantial costs and results in suboptimal analysis turnaround times. It is estimated that a significant proportion of these submissions may not be necessary because the anatomopathological examination is unlikely to provide information that would be useful for patient management.

To reduce the number of unnecessary requests for an anatomopathological examination and to promote optimal anatomic pathology laboratory resource utilization, the ministère de la Santé et des Services sociaux asked the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to determine which surgical specimens could be considered for selective submission to the anatomic pathology laboratory and to spell out the conditions for submitting them. This last report in a series of six concerns specimens from eye surgery.

Methodology

Using preestablished criteria, we conducted a systematic review of the scientific literature and of publications presenting positions, recommendations and guidance from learned societies and other organizations. In addition, contextual information and the perspectives of various stakeholders were gathered by an advisory committee consisting of individuals representing the various medical specialties concerned and by a monitoring committee consisting mainly of representatives from the professional orders and associations of the medical specialists concerned, and from different bodies, including the Régie de l'assurance maladie du Québec and the ministère de la Santé et des Services sociaux.

⁷ *Compilation of Québec Laws and Regulation* (C.Q.L.R.). *Organization and Management of Institutions Regulation*, chapter V, Beneficiary's records, section 59: "Where any part of a human body or any object is removed during surgery, a written report shall be prepared by the pathologist having examined that part of the human body or object. The original of the report shall be preserved in the beneficiary's record and a copy shall be kept by the laboratory, where an index cross-referenced by beneficiary and by pathology shall be constituted." (O.C. 1320-84, s. 59; O.C. 545-86, s. 25). Available at: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/ShowDoc/cr/S-5.%20r.%205/> (consulted on February 18, 2022).

These consultations enabled us to gather experiential knowledge, to document perceptions and the level of acceptability concerning the selective or non-selective submission of certain surgical materials and specimens to the anatomic pathology laboratory, and to determine the potential organizational, clinical, economic, ethical and legal issues. The recommendations concerning surgical specimens from eye surgery that could be selectively submitted to the anatomic pathology laboratory were developed through a 3-round simplified Delphi consultation process. This was carried out with the advisory committee's members using data and recommendations extracted from the systematic literature search. The monitoring committee's members were then asked to assess the list of samples that could be selectively submitted and to assess the applicability, acceptability and potential impact of implementing the recommendations.

Results

Regarding the **overall clinical utility** of anatomopathological examinations of surgical specimens:

- The decision to submit or not submit surgical specimens to the anatomic pathology laboratory is usually based on clinical suspicion or the examination's diagnostic or prognostic value;
- Changes in knowledge, technology and practice inevitably lead to changes in the clinical relevance of submitting or not submitting some of these specimens;
- Because of the nature and purpose of the surgical procedure or of the tissue's or organ's characteristics, many specimens removed must be systematically submitted to the anatomic pathology laboratory, while others should not. For some, the value of routine submission to the laboratory may be questioned. The decision should be made on a case-by-case basis according to the available scientific data, the best clinical practice recommendations, the clinical picture and the surgeon's judgment.

Regarding the **conditions for submitting** specimens for an anatomopathological examination:

- Several learned societies, including the College of American Pathologists (CAP), have proposed models for the selective submission of certain surgical specimens to the anatomic pathology laboratory in order to promote the efficient use of its resources;
- The lists of specimens that could be selectively submitted for an anatomopathological examination, as proposed in the guidelines reviewed and by certain Québec institutions, differ in terms of the number and type of specimens;
- Practice does not appear to be harmonized across Québec. Some public institutions in the health and social services network have already put in place a selective submission policy for certain surgical specimens, and others have not;

- Providing relevant clinical information (e.g., the procedure performed, the preoperative diagnosis, unusual intraoperative findings and special concerns) is key to performing an appropriate anatomopathological examination.

Regarding the **professional practice** of physicians who take specimens:

- There are appropriate ways other than submitting a specimen to the anatomic pathology laboratory to confirm that a specimen was removed (e.g., nurse confirmation and surgical notes);
- The standards for chart- and register-keeping by a physician are set out in regulations. Thus, the surgeon's surgical notes and surgery report are official documents in which any specimen taken during a surgical procedure must be documented and included in the patient's chart. The surgery report should be written or dictated within 24 hours of the procedure. This practice applies to physicians practicing in both the public and private institutions in the health and social services system.

Regarding the **clinical utility** of anatomopathological examinations of specimens from **eye surgery**:

- For 23 surgical specimens initially identified, and after consolidation that reduced this list to 20, the risk of a clinically significant incidental finding was considered low for 16 of the 20 specimens. Fifteen were based on the literature reviewed and the current selective submission lists identified, and 1 was based solely on the perspectives of the stakeholders consulted;
- Four of the 20 surgical specimens were ultimately excluded from the selective submission list because of the risk of an incidental finding on anatomopathological examination;
- The list of specimens that could be submitted on a selective basis, developed in this report, complements those already published by other authorities:
 - Unlike the submission lists identified for four Canadian provinces, the list developed in this report includes specimens from eyelid surgery (chalazion, ectropion/entropion, acrochordon), glaucoma surgery, vitrectomy and dacryocystorhinostomy;
 - Two surgical specimens that were not on any of the selective submission lists were added to INESSS's list: 1) bone removed during orbital decompression; and 2) residual donor tissue during corneal transplantation.

With regard to the **potential savings** associated with a change in practice in the submission of specimens for an anatomopathological examination:

- The selective submission recommendations made by certain learned societies and organizations have led to a reduction in the workload associated with the analysis of specimens of limited or no clinical value;
- Currently, it is difficult to estimate, even intuitively, the savings that could result from the selective submission of specimens for an anatomopathological examination, primarily because of the inability to identify and quantify in databases those anatomopathological analyses not considered relevant.

Conclusion

Upon the completion of this work, the selective-submission list for specimens from eye surgery that was drawn up, for which the level of risk for the patient was considered low and the anatomopathological examination unlikely to provide any useful information for patient management, should contribute to more judicious anatomic pathology laboratory resource utilization. Gradual implementation involving consultation between the Council of physicians, dentists and pharmacists, the directors of professional services, the OPTILAB co-directors and other bodies responsible for the quality of care will be needed to facilitate the changes and ensure optimal risk and medical procedure quality management. Since the recommendations are based on the scientific knowledge available at this time, it is possible that they will be modified in light of future scientific advances that might make the anatomopathological examination of certain surgical specimens clinically useful. For this reason, the advisability of updating these recommendations will be assessed in four years, that is, in 2026.

Recommendations

In light of these findings, INESSS, in collaboration with the stakeholders consulted, has developed a set of recommendations aimed at promoting more judicious anatomic pathology laboratory resource utilization, without compromising the quality and safety of patient care and services. The first few recommendations are intended to be general in nature and apply to all the surgical disciplines in which specimens are removed and submitted for an anatomopathological examination⁸.

These recommendations appear in each of the six anatomic pathology relevance project reports. They are followed by a more specific recommendation for eye surgery, namely, a list of specimens that can be submitted to the anatomic pathology laboratory on a selective basis. Lastly, recommendations aimed at facilitating the implementation and monitoring of the proposed changes are made as well.

⁸ Certain provisions have been made in accordance with the current professional standards in Québec.

GENERAL RECOMMENDATIONS CONCERNING THE SUBMISSION OF SURGICAL SPECIMENS TO THE ANATOMIC PATHOLOGY LABORATORY

INESSS believes that certain surgical specimens might no longer need to be routinely submitted to the anatomic pathology laboratory for analysis in public institutions in the health and social services system. These specimens may be submitted on a selective basis according to clinical judgment.

To qualify for selective submission, a specimen should:

- be on a list of specimens eligible for selective submission to anatomic pathology; and
- arise from a surgical procedure for which no neoplastic or infectious process or other significant medical condition, which would warrant an anatomopathological opinion, is suspected by the clinician, based on the pre- and intraoperative findings.

All surgical specimens (organs, tissues, apparatuses, medical devices and foreign bodies) not sent to anatomic pathology must be visually examined by the surgeon to confirm that they do not exhibit any unexpected abnormalities and that the pre- and intraoperative findings are in line with expectations^{9, 10}.

The surgeon must record the removal, visual examination findings, intraoperative findings, and non-submission of the specimen to anatomic pathology laboratory in the patient's medical chart^{3, 11}.

The selective submission list proposed in this report should not, under any circumstances, be used as a substitute for clinical judgment.

Therefore, the specimens on this list can be sent to the anatomic pathology laboratory at any time at the clinician's discretion if there is some uncertainty or concern about the patient's health.

The relevant clinical information constituting the rationale for submitting a specimen on a selective submission list to the laboratory must be indicated on the examination requisition to guide the anatomopathological investigation¹².

⁹ "All surgery reports must contain information about the procedure performed (the preoperative diagnosis, the procedure performed, the postoperative diagnosis, the normal or abnormal findings made during the procedure, including the organs examined and the type of examination, etc.). The surgery report must be written up or dictated within 24 hours" (translation). [CMQ, 2005, p. 29] (consulted on February 18, 2022).

¹⁰ Biological and biomedical waste disposal standards must be applied to specimens that are not sent to the anatomic pathology laboratory. *Regulation respecting biomedical waste, Environment Quality Act* (chapter Q-2, r. 12, s. 59), available at: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/Q2,%20r.%2012> (consulted on February 18, 2022).

¹¹ "At the end of the procedure, the surgeon must add a postoperative note summarizing the surgical findings, the procedure performed, the incidents, the blood loss, the intraoperative complications, if any, and the patient's condition at the end of the procedure" (translation). [CMQ, 2005, p. 19] (consulted on February 18, 2022).

¹² "All requests for an anatomopathological examination must include the place of origin (hospital, office, operating room, outpatient clinic, etc.) and the patient's identity (last name, first name, address, sex, age, health insurance number and hospital chart number), the date of the specimen, the procedure performed, the pre- and postoperative diagnoses, the type and origin of the specimen, and any other relevant clinical information" (translation). [CMQ, 2005, p. 24] (consulted on February 18, 2022).

SELECTIVE SUBMISSION RECOMMENDATIONS SPECIFIC TO EYE SURGERY

After reviewing all the data gathered, INESSS recommends that the following surgical specimens be submitted to the anatomic pathology laboratory on a selective basis for analysis, this throughout Québec.

! This list is not a substitute for the clinician's judgment.

- Typical non-recurrent chalazion in persons under 18 years of age
- Acrochordon that leaves no doubt as to its benign nature
- Ectropion/entropion
- Specimen from cosmetic or functional blepharoplasty
- Nasolacrimal bone removed during a dacryocystorhinostomy
- Normal bone or soft tissue removed during orbital decompression
- Extraocular muscle, tendon and normal soft tissue removed during strabismus surgery
- Lens
- Tissue removed during glaucoma filtering surgery
- Specimen from a peripheral iridectomy
- Corneal specimen removed during keratoplasty
- Residual donor tissue from corneal transplantation
- Specimen from a therapeutic vitrectomy
- Epiretinal, subretinal or choroidal membrane
- Explanted implant, device and material
- Foreign body

RECOMMENDATIONS FOR PROMOTING THE IMPLEMENTATION AND MONITORING OF A SELECTIVE SUBMISSION PROCESS FOR CERTAIN SPECIMENS

- The selective submission recommendations and list proposed in this report should be the subject of a structured dissemination and communication process targeting professional orders and associations as well as universities.
- A gradual implementation process for the recommendations should be planned to facilitate optimal change management. This process should be developed jointly with the Council of physicians, dentists and pharmacists, the directors of professional services, the OPTILAB co-directors and other bodies responsible for the quality of care. The process should include the development and implementation of a procedure for measuring compliance with the recommendations and quality of the practice.
- A mechanism for recording the reasons for not submitting a surgical specimen to the anatomic pathology laboratory, whether or not it is on the list, might be considered in the public institutions in the health and social services system. This mechanism, which should be simple and rapid, would reflect the exercise of clinical judgment.
- The coding of medical procedures and anatomopathological analysis should be revised and standardized to facilitate the collection and interpretation of medical-administrative data and thus make it possible to monitor the optimization measures deployed.

SIGLES ET ACRONYMES

| | |
|-----------|--|
| AACODS | <i>Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance</i> |
| ACPM | Association canadienne de protection médicale |
| AGREE-GRS | <i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation-Global Rating Scale</i> (2010) |
| AHS | Alberta Health Services |
| AMOQ | Association des médecins ophtalmologistes du Québec |
| APQ | Association des pathologistes du Québec |
| AQC | Association québécoise de chirurgie |
| ASPC | Agence de la santé publique du Canada |
| CAP | College of American Pathologists |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CHUM | Centre hospitalier de l'Université de Montréal |
| CIISOQ | Corporation des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Québec |
| CISSS | Centre intégré de santé et de services sociaux |
| CIUSSS | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux |
| CMQ | Collège des médecins du Québec |
| DSM | Diagnostic Services Manitoba |
| DUSM | Duke University School of Medicine |
| EBM | <i>Evidence-based Medicine</i> |
| GHS | Gundersen Health System |
| GPC | Guide de pratique clinique |
| ICRED | Institut de consultation et de recherche en éthique et en droit |
| IHLS | Interior Health Laboratory Service (Colombie-Britannique) |
| INESSS | Institut national d'excellence en santé et en services sociaux |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| NHS | National Health Service (England) |
| OPTMQ | Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec |
| PHSA | Provincial Health Services Authority (Colombie-Britannique) |
| PICO | Population à l'étude, intervention, comparateurs, paramètres d'intérêt (<i>outcomes</i>) |
| PIPOH | Population à qui s'adresse l'intervention, intervention, professionnels à qui s'adressent les travaux, paramètres d'intérêt (<i>outcomes</i>), et milieu et contexte clinique de l'intervention (<i>health care setting</i>) |
| PRISMA | <i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses</i> |
| PSP | Parkland Surgical Pathology |

| | |
|------|---|
| RAMQ | Régie de l'assurance maladie du Québec |
| RCO | Royal College of Ophthalmologists |
| RCP | Royal College of Pathologists |
| RLRQ | Recueil des lois et des règlements du Québec |
| SHA | Saskatchewan Health Authority |
| UCDH | University of California, Davis Health (Sacramento) |
| UCSF | University of California (San Francisco) |
| UIHC | University of Iowa Hospitals and Clinics |

INTRODUCTION

Problématique

Au Québec, l'article 59 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (RLRQ, chapitre S-5, R. 5)¹³ prévoit que « lorsqu'il y a prélèvement d'une partie d'un corps humain ou d'un objet au cours d'une intervention chirurgicale, un rapport écrit doit être rédigé par le médecin spécialiste en anatomopathologie ayant examiné la partie du corps humain ou l'objet ». N'ayant pas été révisé depuis sa publication en 1984, cet article est généralement interprété comme signifiant que tous les prélèvements chirurgicaux doivent être transmis au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse.

Cette disposition réglementaire engendre depuis plusieurs années un volume important de transmissions et d'analyses de prélèvements, ce qui occasionne des coûts potentiellement substantiels et des délais d'analyse sous-optimaux. Il est estimé qu'une proportion significative de ces transmissions n'est possiblement pas nécessaire, et ce, parce que l'examen anatomopathologique est peu susceptible de fournir une information utile à la prise en charge du patient.

Contexte de l'amorce des travaux

Dans le but de réduire le nombre des demandes d'examens non pertinents et de favoriser l'utilisation optimale des ressources en anatomopathologie, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a diffusé, en mars 2016, une circulaire dans laquelle il précise l'interprétation qu'il fait de l'article 59¹⁴. Il y est entre autres spécifié que « la seule obligation qui est faite est en lien avec la rédaction, la conservation et l'accès au rapport qui doit être produit lorsqu'une pièce concernée est soumise en anatomopathologie ». Il est également précisé que « la décision de soumettre les pièces en anatomopathologie relève donc de la décision du professionnel qui a fait le prélèvement ».

¹³ Recueil des lois et des règlements du Québec (RLRQ). Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, chapitre V, Dossier des bénéficiaires, article 59 : « Lorsqu'il y a prélèvement d'une partie d'un corps humain ou d'un objet au cours d'une intervention chirurgicale, un rapport écrit doit être rédigé par le médecin spécialiste en anatomopathologie ayant examiné la partie du corps humain ou l'objet. L'original du rapport est conservé au dossier du bénéficiaire et une copie est gardée par le laboratoire, où un index croisé par bénéficiaire et par pathologie doit être établi » (D. 1320-84, a. 59; D. 545-86, a. 25). Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-5,%20r.%205/> (consulté le 18 février 2022).

¹⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Examen de parties d'un corps humain ou d'objets en anatomopathologie (Circulaire 2016-014). Disponible à : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/5eaf228f3b5b918285257f68006b3f13?OpenDocument> (consulté le 9 mars 2022).

Afin d'aider à son application et d'assurer une certaine cohérence entre les établissements, il a été proposé que la circulaire soit accompagnée de précisions. Le Ministère a donc demandé à l'INESSS, d'une part, de déterminer quels prélèvements chirurgicaux pourraient être retenus pour une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie, et d'autre part, de préciser les modalités de transmission de ces prélèvements. À cette fin, les travaux ont été divisés en six volets :

- Volet 1 : La chirurgie orthopédique et la neurochirurgie
- Volet 2: La chirurgie générale, la plastie et la dermatologie
- Volet 3 : La chirurgie en obstétrique-gynécologie et urologie
- Volet 4 : La chirurgie vasculaire, cardiovasculaire et thoracique
- Volet 5 : L'oto-rhino-laryngologie et la chirurgie buccale, maxillo et cervico-faciale
- **Volet 6** : La chirurgie ophtalmologique (objet du présent rapport)

Ce sixième avis, d'une série de six, concerne les prélèvements issus de la chirurgie ophtalmologique. Traitées en détail dans le premier avis du chantier sur la pertinence et les indications de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie, les recommandations sur les modalités de transmission ont été revisitées afin de tenir compte des particularités et des enjeux spécifiques à la chirurgie ophtalmologique.

Objectifs

Déterminer quels prélèvements chirurgicaux, issus de l'ophtalmologie, pourraient être retenus pour une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie parce que le rapport du pathologiste est peu susceptible de fournir une information utile à la prise en charge du patient et définir les modalités qui devraient soutenir le processus d'envoi sélectif de ces prélèvements.

Aspects exclus

- Recension des écrits portant sur la perspective des patients et citoyens au regard de la transmission des prélèvements pour analyse en anatomopathologie. Les présents travaux ne prévoient pas non plus de consultation de patients ou de citoyens sur le sujet. Il n'est toutefois pas exclu qu'une consultation plus globale soit effectuée pour l'ensemble du chantier de pertinence en anatomopathologie.
- Recension de données scientifiques ou de normes portant sur des aspects liés à l'implantation et au déploiement des recommandations à l'intention des médecins ophtalmologistes, qui découleront de l'avis;
- Les chirurgies à visée oncologique, les autopsies, les biopsies, les ponctions et les prélèvements exigeant des examens extemporanés ou des analyses microbiologiques ne sont pas ciblés par ces travaux;

- La précision 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;
- Les prélèvements issus de disciplines chirurgicales ou médicales autres que la chirurgie ophtalmologique ne sont pas abordés dans le présent document. Ils font l'objet d'autres avis de l'INESSS rédigés dans le cadre du chantier des travaux sur la pertinence en anatomopathologie.

1 MÉTHODOLOGIE

La méthodologie proposée pour réaliser ce projet respecte les normes de qualité de l'INESSS. Les questions d'évaluation ont été rédigées selon les aspects à documenter. Pour chacune d'elles, une recherche documentaire a été réalisée, puis combinée à la collecte de savoirs expérientiels. L'analyse de l'information a été effectuée dans une perspective de contextualisation à la pratique du Québec, en se basant notamment sur des éléments de contexte législatif, réglementaire et organisationnel propres au Québec, puis sur le savoir expérientiel des différentes parties prenantes consultées.

1.1 Questions décisionnelles

Quels prélèvements chirurgicaux, issus de la chirurgie ophtalmologique, pourraient faire l'objet d'une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie?

Quelles modalités devraient soutenir le processus d'envoi sélectif des prélèvements chirurgicaux¹⁵ ?

1.2 Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation ont été formulées pour l'ensemble des six volets du grand chantier sur la pertinence de l'envoi des spécimens en anatomopathologie ([tableau 1](#)). Elles ont par la suite été adaptées aux différentes disciplines chirurgicales et anatomopathologiques concernées.

La question d'évaluation 1 qui porte sur l'utilité clinique a été formulée en tenant compte des éléments du modèle PICO (population à l'étude, intervention, comparateurs, paramètres d'intérêt [*outcomes*]), alors que la question d'évaluation 2, qui concerne les modalités de transmission, a été énoncée en fonction des éléments du modèle PIPOH (population à qui s'adresse l'intervention, intervention, professionnels à qui s'adressent les travaux, paramètres d'intérêt (*outcomes*) ainsi que le milieu et le contexte clinique de l'intervention (*health care setting*). Les tableaux PICO et PIPOH sont présentés dans les sections qui suivent (tableaux [2](#) et [3](#)).

¹⁵ La deuxième question décisionnelle a été traitée dans les volets antérieurs du grand chantier de pertinence de l'envoi des spécimens pour examen en anatomopathologie. Uniquement les aspects spécifiques à l'ophtalmologie, le cas échéant, sont abordés dans le présent rapport.

Tableau 1 Questions d'évaluation

| VOLET | QUESTIONS D'ÉVALUATION | |
|---|------------------------|--|
| Utilité clinique de l'examen anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux | Q1 | <p>Dans quelle mesure les résultats de l'examen anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux permettent-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ de modifier le diagnostic clinique (découverte anatomopathologique fortuite non soupçonnée par le clinicien qui a fait le prélèvement)? ▪ de réduire la morbidité et la mortalité chez les patients? ▪ d'optimiser la prise en charge du patient? |
| Modalités de transmission des prélèvements chirurgicaux * | Q2 | <p>Quelles sont les modalités optimales de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse?</p> |
| Perspective des parties prenantes * | Q3 | <p>Quelles sont les perceptions, l'acceptabilité et la faisabilité de la transmission sélective de certains produits et prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie?</p> |
| | Q4 | <p>Quels sont les principaux enjeux professionnels, organisationnels, cliniques, éthiques et juridiques potentiellement liés à la transmission sélective de certains types de prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie?</p> |
| Économie | Q5 | <p>Au Québec, quelle serait l'analyse différentielle des coûts associés à une transmission sélective comparativement à une transmission systématique de certains prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie?</p> |

* Les questions d'évaluation 2, 3 et 4 ont été traitées dans les volets antérieurs du grand chantier de pertinence de l'envoi des spécimens pour examen en anatomopathologie. Uniquement les aspects spécifiques à l'ophtalmologie, le cas échéant, sont abordés dans le présent rapport.

1.3 Méthodes de synthèse des données scientifiques

1.3.1 Type de revue de la littérature

Une revue systématique de la littérature a été réalisée pour répondre à la question 1 d'évaluation (utilité clinique).

1.3.2 Stratégie de recherche et de repérage de la littérature

Le repérage de la littérature a été réalisé par un conseiller en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec un professionnel scientifique. Les principaux concepts retenus pour développer la stratégie sont la chirurgie ophtalmologique et l'utilité clinique des prélèvements. Afin de diminuer les biais de divulgation, les bases de données MEDLINE, Embase et EBM Reviews ont été interrogées entre le 7 et 10 septembre 2021. Les critères de repérage incluaient toutes les études primaires et les revues systématiques de langue anglaise et française publiées jusqu'en septembre 2021.

Une recherche spécifique a également été réalisée afin de répertorier les documents qui n'auraient pas été publiés dans des périodiques consultés en utilisant le moteur de recherche Google. Les bibliographies des publications retenues ont été examinées afin de répertorier d'autres documents pertinents. Les stratégies de recherche et de repérage de la littérature sont présentées à l'annexe A (tableau A-1) du document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2022].

1.3.3 Critères et processus de sélection des documents

La sélection à partir du titre et du résumé des documents (études primaires/revues systématiques) permettant de répondre à la question 1 d'évaluation, et repérés par la recherche bibliographique, a été effectuée par deux professionnels scientifiques en appliquant des critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans le [tableau 2](#).

La sélection à partir de la lecture complète des articles scientifiques a été faite par les deux mêmes professionnels scientifiques qui ont employé les mêmes critères.

Les divergences d'opinions ont été réglées en sollicitant l'avis d'une troisième personne.

Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue pour analyse. Les raisons d'une exclusion lors de la lecture complète des documents sont présentées à l'annexe C du document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2022].

Un diagramme de flux selon le modèle PRISMA [Moher *et al.*, 2009] illustrant le processus de sélection des documents est présenté à la figure B-1 du document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2022].

1.3.4 Évaluation de la qualité méthodologique

L'évaluation de la qualité des études sélectionnées a été effectuée de façon indépendante par deux professionnels scientifiques. L'outil d'évaluation de la qualité méthodologique de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a été utilisé pour les études transversales descriptives et analytiques [ASPC, 2014].

1.3.5 Extraction des données scientifiques issues de la littérature

L'extraction des caractéristiques des études retenues ainsi que des données scientifiques répondant à la question 1 d'évaluation a été faite par un professionnel scientifique à l'aide de tableaux d'extraction préétablis. L'information extraite a été validée par un deuxième professionnel scientifique. Les données extraites sont présentées à l'annexe D du document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2022].

1.3.6 Analyse critique et synthèse

Les données scientifiques ont été résumées sous la forme d'une synthèse narrative analytique comparative. Elles ont été regroupées dans des tableaux pour pouvoir les comparer.

Tableau 2 Critères d'inclusion et d'exclusion des études primaires

| Inclusion | |
|--------------------------------|--|
| Population | Personnes qui ont subi une chirurgie ophtalmologique |
| Intervention | Transmission et analyse anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux |
| Comparateur | Examen visuel (macroscopique) effectué par le chirurgien ophtalmologiste Diagnostic préopératoire |
| Paramètres d'intérêt | Découvertes anatomopathologiques fortuites Morbidity et mortalité Prise en charge du patient |
| Types de publication | Revue systématique avec méta-analyse Essais comparatifs à répartition aléatoire ou non aléatoire Études quasi expérimentales comparatives avant-après Études observationnelles (études de cohorte, études cas-témoins) Études descriptives |
| Langue | Français, anglais |
| Année de publication | Jusqu'en septembre 2021 |
| Exclusion | |
| Intervention | Les chirurgies à visée oncologique, les autopsies, les biopsies, les ponctions, les prélèvements exigeant des examens extemporanés et les greffes (tissus du donneur) |
| Paramètres d'intérêt | 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. |
| Contexte d'intervention | Prélèvements issus de disciplines chirurgicales ou médicales autres que la chirurgie ophtalmologique |

1.4 Méthodes de synthèse de l'information clinique, des positions et des recommandations issues de la littérature

1.4.1 Type de revue de la littérature

Une revue systématique de la littérature présentant de l'information ou des recommandations cliniques pour répondre à la question 2 d'évaluation sur les modalités de transmission des prélèvements chirurgicaux a été réalisée.

1.4.2 Stratégie de recherche et repérage de la littérature

Le repérage de la littérature a été réalisé par un conseiller en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec un professionnel scientifique. Les principaux concepts retenus pour développer la stratégie sont la chirurgie ophtalmologique et les modes de transmission des prélèvements. Afin de diminuer les biais de divulgation, les bases de données MEDLINE, Embase et EBM Reviews ont été interrogées entre le 7 et 10 septembre 2021. Les critères de repérage incluaient tous types d'études de langue anglaise et française publiées jusqu'en septembre 2021. Les principaux sites Web d'agences d'évaluation ou de sociétés savantes spécialisées dans le domaine associé au thème des travaux ont été consultés de nouveau avant la publication de l'avis afin de repérer d'autres documents ou des mises à jour de documents retenus. Seules les publications en français et en anglais ont été sélectionnées. Une recherche spécifique a également été effectuée afin de répertorier les documents qui n'ont pas été publiés dans des périodiques consultés en utilisant le moteur de recherche Google.

Une recherche manuelle de la littérature a aussi été réalisée en consultant les sites Web d'agences d'évaluation, de sociétés savantes spécialisées dans le domaine et d'organismes de la santé ainsi que ceux d'organismes gouvernementaux et paragouvernementaux à l'international associés au thème des travaux.

Les bibliographies des publications retenues ont été consultées afin de repérer d'autres documents pertinents. Des ouvrages de référence dans le domaine ciblé par les travaux ont aussi été examinés. Les stratégies de recherche et de repérage de la littérature ainsi que les sites Web consultés sont présentés à l'annexe A (tableaux A-1 et A-2 respectivement) du document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2022].

1.4.3 Critères et processus de sélection des documents

La sélection à partir du titre et du résumé des publications permettant de répondre à la question 2 d'évaluation, repérées par la recherche bibliographique, a été effectuée par deux professionnels scientifiques à partir des critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans le [tableau 3](#). La sélection à partir de la lecture complète des publications a été faite par deux professionnels scientifiques en appliquant les mêmes critères. Les divergences d'opinions ont été réglées en sollicitant l'avis d'une troisième personne. Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue pour analyse. Les raisons d'une exclusion lors de la deuxième sélection sont présentées à l'annexe C du document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2022]. Un diagramme de flux selon le modèle PRISMA [Moher *et al.*, 2009] illustrant le processus de sélection des documents est présenté à la figure B-1 du document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2022].

Tableau 3 Critères d'inclusion et d'exclusion des documents contenant de l'information, des positions et des recommandations

| Inclusion | |
|---|--|
| Population | Personnes qui ont subi une intervention en chirurgie ophtalmologique |
| Intervention | Transmission et analyse anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux |
| Professionnels à qui s'adressent les travaux | Chirurgiens ophtalmologistes Anatomopathologistes |
| Paramètres d'intérêt | Modalités de transmission et d'analyse anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux Risques associés à l'omission de l'analyse anatomopathologique |
| Milieus et contexte clinique | Centres hospitaliers et ambulatoires |
| Types de publication | Guides de bonnes pratiques cliniques, consensus d'experts, conférences consensuelles, lignes directrices ou tout autre document qui présente des recommandations ou de l'information concernant les modalités de transmission et d'analyse des prélèvements chirurgicaux |
| Année de publication | Jusqu'en septembre 2021 |
| Exclusion | |
| Intervention | Transmission au laboratoire de biochimie ou de microbiologie |
| Paramètres d'intérêt | Précisions sur la manipulation des prélèvements chirurgicaux effectuée au laboratoire d'anatomopathologie – p. ex. triage, entreposage, méthodes d'échantillonnage des tissus |
| Contexte d'intervention | Prélèvements issus de disciplines chirurgicales ou médicales autres que la chirurgie ophtalmologique |

1.4.4 Évaluation de la qualité méthodologique

L'évaluation de la qualité des documents sélectionnés a été effectuée de façon indépendante par deux professionnels scientifiques.

L'outil d'évaluation de la qualité méthodologique AGREE II GRS - *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Global Rating Scale* (2010) a été utilisé pour évaluer la qualité des guides de pratique clinique [Brouwers *et al.*, 2012].

La liste d'évaluation AACODS (*Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance*) a été utilisée pour évaluer la qualité de la littérature grise comme les documents des sociétés savantes, des organismes professionnels et des établissements de santé [Tyndall, 2010].

1.4.5 Extraction de l'information, recommandations et positions

L'extraction de l'information, des recommandations cliniques et positions publiées permettant de répondre à la question 2 d'évaluation a été effectuée par un professionnel scientifique à l'aide de tableaux d'extraction préétablis. L'information extraite a été validée par un deuxième professionnel scientifique. Les données extraites sont présentées à l'annexe E du document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2022].

1.4.6 Analyse critique et synthèse

L'information clinique, les recommandations et les positions sont résumées sous la forme d'une synthèse narrative analytique comparative. Les recommandations et l'information extraites des documents retenus ont été regroupées dans des tableaux à des fins de comparaison.

1.5 Méthode de synthèse des données contextuelles

1.5.1 Type de synthèse

Pour répondre aux questions d'évaluation 2, 3 et 4 (modalités de transmission, perceptions et acceptabilité de la transmission sélective de prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie et les enjeux qui y sont associés), une synthèse textuelle a été effectuée.

1.5.2 Stratégie de repérage et de collecte

Les documents et sites Web des gouvernements fédéral, territoriaux et provinciaux ou encore ceux d'associations, de fédérations et d'ordres professionnels relatifs aux aspects ciblés par les travaux (p. ex., liste de transmission sélective au sein d'établissements) ont été consultés par un professionnel scientifique.

Les lois, normes, règlements et lignes directrices qui visent à encadrer les soins et services de santé au Québec ont été repérés en consultant le site Web du MSSS puis, en utilisant le moteur de recherche Google.

Les documents publiés par les différentes directions de l'INESSS ont également été consultés durant les travaux.

1.6 Méthode de synthèse des différentes perspectives recueillies à partir de consultations

Différentes perspectives ont été recueillies dans le cadre de ces travaux, dont celles des membres du comité consultatif et des membres du comité de suivi, et ce, à différentes étapes du projet. Ces personnes ont été appelées à participer à l'identification des enjeux, à contextualiser les observations dégagées des recherches documentaires à la réalité québécoise et à se prononcer sur l'acceptabilité et la faisabilité des recommandations formulées.

1.6.1 Stratégie de collecte, processus et approche pour garantir la qualité et l'intégrité de l'information recueillie

1.6.1.1. Perspective des parties prenantes

Comité consultatif

Un comité consultatif interdisciplinaire a été formé au début des travaux en fonction des expertises chirurgicales et anatomopathologiques concernées. Les membres de ce comité avaient pour mandat d'accompagner l'équipe de l'INESSS afin d'assurer la crédibilité scientifique, la qualité et l'applicabilité des recommandations, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ainsi que différentes perspectives. À cette fin, le comité a notamment été appelé à :

- se prononcer sur les thèmes et questions clés d'évaluation puis sur les critères d'inclusion et d'exclusion;
- prendre connaissance des résultats de la revue de la documentation scientifique et grise et des consultations faites auprès d'autres parties prenantes;
- fournir de l'information contextuelle et expérientielle en lien avec la manipulation, la prise en charge et les particularités spécifiques aux prélèvements chirurgicaux ciblés par ces travaux;
- repérer des obstacles et des facilitateurs relatifs à la prestation de services;
- contribuer au processus d'élaboration de la liste des prélèvements chirurgicaux pouvant potentiellement figurer sur une liste de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie;
- contribuer à la formulation des propositions de recommandations.

Le recrutement des membres a été fait en collaboration avec les ordres et associations professionnels concernés de façon à représenter les spécialités chirurgicales et anatomopathologiques engagées dans la transmission et l'analyse des pièces chirurgicales ciblées, ainsi que les différents milieux de pratique. Pour cet avis, des chirurgiens ophtalmologistes représentant diverses surspécialités ainsi que des anatomopathologistes ont été recrutés.

Les rencontres ont été enregistrées avec l'accord des personnes participantes et les comptes rendus ont été rédigés par un professionnel scientifique. Les comptes rendus ont été validés par un autre membre de l'équipe et par les membres présents aux rencontres. La liste des membres de ce comité est présentée dans les pages liminaires de ce document.

Comité de suivi

Pour documenter la perspective des représentants des différents regroupements professionnels (ordres, associations, fédérations et organisations) ainsi que des décideurs, un comité de suivi a été mis sur pied au début des travaux sur la pertinence en anatomopathologie. Il est composé de représentants des différentes associations professionnelles concernées, d'un gestionnaire du réseau de la santé, d'un spécialiste en droit et éthique appliqués à la santé, d'un représentant de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), d'un représentant du MSSS et d'un représentant du Collège des médecins du Québec (CMQ). Pour le présent volet, un représentant de l'Association des médecins ophtalmologistes du Québec a été ajouté au comité.

Le mandat du comité de suivi est notamment de soulever les enjeux potentiellement liés à la transmission sélective de certaines pièces chirurgicales au laboratoire d'anatomopathologie, et ce, selon la perspective de l'organisation et des membres qu'il représente. Il leur a également été demandé de prendre position sur la pertinence, la faisabilité et l'applicabilité des recommandations formulées par l'INESSS.

L'information issue des rencontres a été documentée de façon similaire à celle décrite pour le comité consultatif. La liste des membres de ce comité est présentée dans les pages liminaires de ce document.

1.6.2 Analyse et synthèse

L'information issue des consultations avec les parties prenantes a été extraite des comptes rendus par un professionnel scientifique en fonction de thèmes liés aux questions d'évaluation préalablement définis par l'équipe de projet. Une portion de l'information ainsi extraite a été validée par un autre membre de l'équipe pour assurer la concordance avec ces thèmes. Une synthèse narrative de l'ensemble de l'information a permis d'étayer la perspective des personnes consultées dans l'ensemble des documents produits.

1.7 Analyse économique

Au regard des économies potentiellement associées à un changement de pratique concernant l'envoi des prélèvements au laboratoire d'anatomopathologie, il est actuellement difficile d'estimer les économies qui pourraient découler de l'envoi sélectif des prélèvements à ce laboratoire dans le contexte québécois, et ce, principalement en raison de l'incapacité de quantifier le volume d'actes concernés par les changements de pratique souhaités ainsi que des pratiques très hétérogènes entre établissements.

1.8 Élaboration de la liste des prélèvements chirurgicaux qui pourraient faire l'objet d'une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie

L'élaboration des recommandations de transmission sélective spécifiques à la chirurgie ophtalmologique a été effectuée en collaboration avec les membres du comité consultatif dans une perspective de pertinence et de contextualisation de la pratique au Québec.

La liste des prélèvements chirurgicaux qui pourraient être transmis de façon sélective au laboratoire d'anatomopathologie a été élaborée à l'aide d'une méthode Delphi simplifiée [Guiu *et al.*, 2012] comportant trois itérations qui permettent d'intégrer les données scientifiques publiées, les positions de sociétés savantes ainsi que le savoir expérimental et les perspectives des membres du comité consultatif.

Itération 1

Le but de cette première itération était de recueillir les perceptions individuelles sur la pertinence de l'examen anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux associés à leur domaine d'expertise, puis de décrire, le cas échéant, comment les résultats d'un tel examen permettraient de modifier la prise en charge du patient.

Une liste préliminaire de prélèvements issus de chirurgies ophtalmologiques pour lesquelles l'examen anatomopathologique est peu susceptible de fournir une information utile à la prise en charge du patient a été élaborée par l'équipe de projet de l'INESSS à l'aide de la littérature scientifique et grise. Un tableau regroupant la liste des prélèvements, les données scientifiques publiées, les recommandations des sociétés savantes, l'information contextuelle ainsi que les perspectives des différentes parties prenantes recueillies en début de projet, a été transmis par courriel aux membres du comité consultatif. Selon leur perspective et leur expertise, ceux-ci ont évalué la pertinence de l'analyse anatomopathologique de chaque prélèvement chirurgical.

Les membres du comité ont également été invités à bonifier la liste préliminaire en y ajoutant des prélèvements chirurgicaux qui n'auraient pas été repérés dans la littérature scientifique et pour lesquels ils jugeraient que l'examen anatomopathologique serait peu utile.

Itération 2

Le but de cette deuxième itération était d'échanger, dans un processus délibératif informel, avec l'ensemble des membres du comité consultatif sur la pertinence de l'analyse histopathologique de chacun des prélèvements ciblés. Pour ce faire, les réponses et commentaires obtenus lors de la première itération ont été compilés, anonymisés, puis partagés par courriel avec les membres du comité consultatif préalablement à la rencontre de groupe. Lors cette rencontre, les membres du comité ont été invités à prendre en considération les données probantes ainsi que les risques pour le patient et le clinicien advenant une transmission sélective au laboratoire

d'anatomopathologie. Les libellés des prélèvements chirurgicaux à inclure sur la liste de transmission sélective ont également été discutés et validés lors de cette rencontre.

L'approbation a été jugée unanime si 100 % des participants étaient en accord, majoritaire si au moins 80 % étaient favorables et elle a été considérée comme un avis partagé si de 51 % à 79 % étaient en accord. À défaut d'un consensus sur la pertinence d'inclure un prélèvement, celui-ci a été retiré.

Itération 3

Les objectifs de cette dernière itération étaient de poursuivre la réflexion concernant les prélèvements chirurgicaux qui, lors de la seconde itération, ont suscité davantage de discussions et d'incertitudes et d'établir la liste des prélèvements chirurgicaux en ophtalmologie qui pourront faire l'objet d'une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie. À cet effet, l'ensemble des décisions prises par les membres du comité consultatif lors de la deuxième itération ont été synthétisées puis partagées par courriel préalablement à la rencontre de groupe. Les prélèvements qui n'avaient pas fait consensus à la rencontre précédente ont été soumis à une seconde réflexion au moyen d'une synthèse des échanges précédents et des données probantes. Les prélèvements qui ne faisaient pas consensus à cette troisième et dernière itération n'ont pas été inclus à la liste de transmission sélective en anatomopathologie. Au besoin, le libellé des prélèvements chirurgicaux à inclure sur la liste de transmission sélective a été ajusté et bonifié lors de cette rencontre.

Les recommandations de transmission sélective spécifiques à la chirurgie ophtalmologique ont ensuite été présentées aux membres du comité de suivi ainsi qu'à des lecteurs externes. Lorsque des changements au contenu ont été proposés par ces parties prenantes, un retour par courriel vers les membres du comité consultatif a été fait afin de vérifier la pertinence de reformuler ou non l'information et les recommandations cliniques au sein dans l'avis.

1.9 Élaboration des recommandations générales et de mise en œuvre relatives aux modalités de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie

Lors de la réalisation des trois premiers volets du chantier sur la pertinence et les indications de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie, des recommandations générales de bonnes pratiques et de mise en œuvre visant l'ensemble des volets traités ont été élaborées, particulièrement avec le comité de suivi mis en place dont le noyau commun collabore à l'ensemble du chantier sur la pertinence et les indications de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie [INESSS, 2021c]. Ces constats et recommandations ont été communiqués aux membres du comité consultatif et du comité de suivi (soit les représentants des associations médicales ciblées par la chirurgie ophtalmologique), de même qu'aux lecteurs externes du présent volet, pour vérifier leur acceptabilité et leur pertinence pour le domaine de la chirurgie ophtalmologique. Lorsque des

changements au contenu ont été proposés par ces parties prenantes, l'INESSS a suggéré des changements et vérifié leur acceptabilité et leur applicabilité par les membres du comité de suivi. L'approbation a été jugée unanime si 100 % des participants étaient en accord, majoritaire si au moins 80 % étaient favorables et elle a été considérée comme un avis partagé si de 51 % à 79 % étaient en accord. À défaut d'un consensus sur la pertinence d'inclure un prélèvement, celui-ci a été retiré.

1.10 Processus de validation externe

L'évaluation du contenu et de la qualité scientifique globale de l'avis a été effectuée par deux lecteurs externes. Ceux-ci ont été choisis en fonction de leur expertise dans les spécialités chirurgicales et anatomopathologiques concernées et de manière à pouvoir représenter différents environnements de pratique au Québec. Le nom et l'affiliation des lecteurs externes sont présentés dans les pages liminaires de cet avis.

Les lecteurs externes ont été conviés à formuler des commentaires sur une version préliminaire de cet avis. Bien qu'ils aient révisé l'ensemble du contenu présenté dans ce document, les lecteurs externes n'ont pas révisé ni approuvé la version finale.

Tous les commentaires recueillis ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés au document final, le cas échéant. Ces commentaires ont été regroupés dans des tableaux récapitulatifs présentés à l'annexe I du document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2022].

1.11 Confidentialité et aspects éthiques

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été anonymisée afin de protéger l'identité des participants. Les membres de l'équipe de projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées ont également été tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'équipe de l'INESSS et chaque collaborateur participant aux travaux a pris connaissance du code d'éthique et s'est engagé à le respecter.

1.12 Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles

Toute personne appelée à collaborer à ce dossier devait déclarer les intérêts personnels qui pouvaient la placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts, qu'ils soient commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnels ou autres. Elle a également été invitée à déclarer les différentes activités professionnelles ou les rôles qui pouvaient la placer dans une situation propice au développement de conflits de rôles. Une telle déclaration a été faite au moyen du formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les formulaires de déclaration remplis par les collaborateurs au dossier ont fait l'objet d'une évaluation par l'équipe de projet. Cette évaluation a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer selon les situations déclarées. L'ensemble des conflits d'intérêts et de rôles sont divulgués publiquement, le cas échéant, dans les pages liminaires de l'avis par souci de transparence.

2 RÉSULTATS

2.1 Sélection et description des documents retenus

La recherche de la littérature scientifique a permis de repérer 1 275 références (sauf doublons), desquelles 23 études primaires contiennent des données relatives à l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux issus de l'ophtalmologie. Ces études présentent, entre autres, les pourcentages de découvertes histologiques fortuites dans des spécimens issus des sacs lacrymaux (15 études), de la cornée (3 études), de chalazions (2 études), de l'énucléation ou de l'éviscération (2 études) et de l'humeur vitrée (1 étude). Une étude qui a évalué l'utilité de l'analyse histologique sur des prélèvements provenant de différents types de chirurgie pour lesquelles seul un examen macroscopique était demandé (p. ex. dispositifs explantés, corps étrangers) a aussi été incluse [Arispe Angulo *et al.*, 2020]. Cependant, aucune étude primaire répondant aux critères de sélection établis ([tableau 2](#)) n'a été repérée pour les pièces chirurgicales suivantes :

- Ectropion / entropion
- Muscle extraoculaire et tendon retirés lors d'une chirurgie de correction du strabisme
- Tissu mou normal retiré lors d'une chirurgie de correction du strabisme
- Os ou tissu mou normal retirés lors d'une décompression orbitaire
- Cristallin (cristallin intact ou phacoémulsification)
- Tissu scléral retiré lors d'une trabéculéctomie
- Spécimen de réseau trabéculaire
- Tissu excédentaire prélevé lors d'une greffe de cornée
- Conjonctive
- Spécimen issu d'une iridectomie périphérique
- Iris, corps ciliaire, choroïde
- Spécimen issu d'une blépharoplastie
- Membrane subrétinienne / épirétinienne / choroïdale
- Dispositif et matériau explantés
- Corps étranger

Les principaux résultats des études primaires sélectionnées, y compris les pourcentages de découvertes histologiques fortuites, sont présentés dans les tableaux et paragraphes de la [section 2.2](#). Pour plus d'information, les caractéristiques, les évaluations de la qualité méthodologique ainsi que les données extraites des études primaires retenues sont présentées dans les annexes D et G (tableau G-1) du document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2022].

La revue de la littérature a également permis de recenser trois guides de pratique de sociétés savantes comportant des positions ou recommandations relatives aux modalités de transmission des prélèvements chirurgicaux issus de l'ophtalmologie au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse. Les trois publications retenues sont les suivantes :

- *Guidance on referral of ophthalmic pathology specimens*. Royal College of Ophthalmologists and Royal College of Pathologists [RCO-RCP, 2010];
- *NHS Standard contract for ophthalmic pathology service (all ages)* [NHS England, 2013];
- *Tissue pathways for non-neoplastic ophthalmic pathology specimens – G141*. Royal College of Pathologists (RCP) [Irion et Thaug, 2020].

Les recommandations issues de ces documents sont présentées à la [section 2.3](#). Pour plus d'information, les caractéristiques, les évaluations de la qualité méthodologique ainsi que les données extraites des guides retenus sont présentées dans les annexes E et G (tableau G-2) du document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2022].

De plus, 14 documents présentant des listes de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie, qui incluent des prélèvements chirurgicaux issus de l'ophtalmologie, ont été recensés, soit :

- 5 listes canadiennes : Alberta Health Services [AHS, 2016], BC's Agency [PHSA, 2019], Diagnostic Services Manitoba [DSM, 2017], Interior Health Laboratory Service [IHLS, 2022], Saskatchewan Health Authority [SHA, 2018].
- 2 listes britanniques : Royal College of Ophthalmologists [RCO, 2016], Royal College of Ophthalmologists (RCO) and Royal College of Pathologists (RCP) [RCO-RCP, 2010].
- 7 listes américaines : College of American Pathologists [CAP, 2007], Duke University School of Medicine [DUSM, 2009], Gundersen Health System [GHS, 2019], Parkland Surgical Pathology [PSP, 2013], University of California, Davis Health [UCDH, 2016], University of California San Francisco [UCSF, 2020], University of Iowa Hospitals and Clinics [UIHC, 2017].

Les listes de prélèvements chirurgicaux issus de l'ophtalmologie sont regroupées à l'annexe F du document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2022]. L'évaluation et l'appréciation critique de ces listes de transmission sont présentées à l'annexe G (tableau G-3) du document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2022].

2.2 Utilité clinique de l'examen anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux

2.2.1 Sac lacrymal

Quinze études transversales (8 prospectives et 7 rétrospectives) traitant des sacs lacrymaux ont été retenues ([tableau 4](#)). Parmi celles-ci, 10 études ont évalué l'utilité clinique de l'analyse histologique des sacs lacrymaux issus d'une dacryocystorhinostomie chez des patients qui présentaient une obstruction du canal nasolacrymal [Eldsoky *et al.*, 2021; Banks *et al.*, 2020; Rauter *et al.*, 2018; Alkatan et Al-Qurashi, 2017; Nash *et al.*, 2015; Knezevic *et al.*, 2012; Altan-Yaycioglu *et al.*, 2010; Merkonidis *et al.*, 2005; Bernardini *et al.*, 2002; Tucker *et al.*, 1997] et 5 études avaient pour objectif d'évaluer la prévalence des pathologies du sac lacrymal ainsi que les caractéristiques cliniques des patients qui avaient subi une DCR en raison d'une obstruction du canal nasolacrymal [Amin *et al.*, 2013; Salour *et al.*, 2010; Anderson *et al.*, 2003; DeAngelis *et al.*, 2001; Lee-Wing et Ashenhurst, 2001].

La proportion de découvertes fortuites lors de l'analyse histopathologique a été évaluée en comparant le diagnostic clinique ou la suspicion préopératoire et les observations macroscopiques peropératoires du chirurgien avec les résultats de l'analyse histopathologique des spécimens de sacs lacrymaux. Au [tableau 4](#), les découvertes fortuites suivant l'analyse histopathologique ont été divisées en deux catégories, soit les découvertes cliniquement significatives et les découvertes cliniquement non significatives. Les anomalies jugées cliniquement non significatives étaient celles qui n'avaient aucune incidence sur la prise en charge ou le traitement du patient. Tous les pourcentages de découvertes histopathologiques fortuites ont été présentés en fonction du nombre de patients.

Les principales indications chirurgicales décrites dans les études retenues étaient : le larmoiement excessif (épiphora), la dacryocystite, l'obstruction du canal nasolacrymal, la dacryolithiase et le dacryocèle. Les diagnostics qui étaient suspectés avant la chirurgie étaient généralement liés à une histoire de maladie systémique pouvant impliquer le sac lacrymal (obstruction nasolacrymale secondaire) [Bartley, 1992], notamment une leucémie, un lymphome ou la sarcoïdose. Quant aux observations peropératoires, certains néoplasmes, des granulomes, mais également l'aspect macroscopique anormal du sac lacrymal (aspect solide, épaissement, œdème, tissu de granulation) ont été rapportés.

Compte tenu de l'ensemble des résultats présentés dans les 15 études retenues, la proportion de découvertes fortuites cliniquement significatives qui auraient un impact potentiel sur la prise en charge ou le traitement du patient varie de 0 % à 3,6 %. Parmi celles-ci, 3 études cumulant 536 patients n'ont rapporté aucune découverte fortuite cliniquement significative. Un carcinome ou un lymphome a toutefois été découvert lors de l'analyse histologique chez 16 patients (0,7 %) inclus dans 5 études totalisant 2 231 patients. Par ailleurs, la proportion de découvertes fortuites cliniquement non significatives varie de 0 % à 4 %. Aucune découverte fortuite cliniquement non

significative n'a été rapportée dans 12 études portant sur 2 845 patients. Dans 3 études cumulant 1 205 patients, 23 patients (1,9 %) ont obtenu un résultat d'analyse histologique inattendu d'anomalie cliniquement non significative, notamment une dacryolithiase, du tissu de granulation ou un granulome pyogénique.

Outre le sac lacrymal, une des 15 études retenues a également examiné les changements histologiques de l'os lacrymal à la jonction sac-canal nasolacrymal chez les patients qui présentaient une obstruction du canal nasolacrymal [DeAngelis *et al.*, 2001]. De l'inflammation osseuse a été repérée pour 15 spécimens osseux (14,4 %). Toutefois, aucune conclusion n'a été formulée quant à l'utilité clinique de l'analyse histopathologique des spécimens d'os lacrymaux.

Tableau 4 Découvertes histopathologiques fortuites pour les spécimens de sacs lacrymaux

| AUTEUR/ANNÉE/PAYS | NOMBRE DE PATIENTS (SPÉCIMENS) ÂGE | DIAGNOSTIC PRÉOPÉRATOIRE ou INDICATION CLINIQUE | DÉCOUVERTES HISTOPATHOLOGIQUES FORTUITES N (%) | |
|--|---|---|--|--|
| | | | CLINIQUEMENT NON SIGNIFICATIVES | CLINIQUEMENT SIGNIFICATIVES |
| Eldsoky <i>et al.</i> , 2021 Égypte | 50 (50) 20 - 70 ans | Symptômes d'obstruction du canal nasolacrymal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Écoulement mucopurulent abondant ▪ Écoulement mucopurulent léger-modéré ▪ Épiphora avec liquide lacrymal clair ▪ Gonflement de type mucocèle | 0 / 50 (0 %) | 1 / 50 (2 %) Papillome épidermoïde |
| Banks <i>et al.</i> , 2020 États-Unis | 654 (769) 6 – 96 ans | Patients qui présentent des symptômes d'obstruction nasolacrymale qui ont subi une DCR endoscopique | 0 / 654 (0 %) | 3 / 654 (0,46 %) ¹ Carcinome adénoïde cystique (1) Lymphome à cellules B bas grade (1) Granulome non caséeux (1) |
| Rauter <i>et al.</i> , 2018 Autriche | 364 (spécimens prélevés pour 213 patients) ² 34 – 78 ans | Patients qui présentent des symptômes de dysfonctionnement du système lacrymal, d'origine inflammatoire ou sténotique, qui ont subi une DCR endoscopique <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dacryosténose ▪ Dacryocystite suspectée ▪ Dacryolithiase ▪ Dacryocèle ▪ Abscès au sac lacrymal ▪ Épiphora ▪ Phlegmon orbitaire Aucun signe de tumeur d'après les examens cliniques ou radiologiques préopératoires | 0 / 213 (0 %) | 5 / 213 (2,3 %) Tumeur fibreuse solitaire bénigne (1) Lymphome nasal à cellules T/NK (1) Lymphome extraganglionnaire à cellules B de zone marginale (2) Carcinome épidermoïde non kératinisant peu différencié (1) |
| Alkatan et Al-Qurashi, 2017 Arabie saoudite | 456 (495) 18 – 95 ans | Patients qui ont subi une DCR pour le soulagement symptomatique du larmoiement et de l'obstruction du drainage lacrymal. Aucune suspicion clinique ou radiologique de malignité avant la chirurgie, sauf pour | 7 / 456 (1,5 %) Dacryolithiase | 10 / 456 (2,2 %) ▪ Oncocytome (7), dont 1 suspecté en peropératoire ▪ Inflammation granulomateuse (3) |

| AUTEUR/ANNÉE/PAYS | NOMBRE DE PATIENTS (SPÉCIMENS) ÂGE | DIAGNOSTIC PRÉOPÉRATOIRE ou INDICATION CLINIQUE | DÉCOUVERTES HISTOPATHOLOGIQUES FORTUITES N (%) | |
|---|--|---|---|--|
| | | | CLINIQUEMENT NON SIGNIFICATIVES | CLINIQUEMENT SIGNIFICATIVES |
| | | 3 patients (exclus de cette analyse) chez qui un lymphome a été confirmé en histopathologie. | | Aucune tumeur maligne insoupçonnée parmi les DCR/DCT de routine n'a été trouvée dans la présente étude. |
| Nash <i>et al.</i> , 2015 Australie | 245 (254) 13 – 90 ans | Patients qui présentent des symptômes d'obstruction nasolacrymale qui ont subi une DCR externe en chirurgie ambulatoire <i>Un seul chirurgien</i> | 0 / 245 (0 %) | 0 / 245 (0 %) ³ |
| Amin <i>et al.</i> , 2013 Égypte | 33 (33) 6 – 63 ans (30 âgés < 30 ans) | Patients qui subissent une DCR externe pour obstruction du canal nasolacrimal, acquise et cliniquement présumée Dacryocystite aiguë antérieure (8) Dacryocystite chronique (25) Obstruction complète (29) Obstruction fonctionnelle (4) | 0 / 33 (0 %) | 0 / 33 (0 %) |
| Knezevic <i>et al.</i> , 2012 Serbie | Nombre de patients non précisé (599) adultes | Patients qui subissent une DCR externe pour obstruction du système de drainage lacrymal cliniquement présumée Aucun signe clinique suggestif de tumeur lacrymale <i>Un seul chirurgien</i> | 10 / 599 (1,7 %) ▪ Dacryolithiase (7) ▪ Tissue de granulation (2) ▪ Granulome pyogénique (1) | 11 / 599 (1,8 %) ▪ Hyperplasie lymphoïde réactive (1) ▪ Granulomatose de Wegener (2) ▪ Papillome épidermoïde inversé (2) <u>Lésions malignes</u> ⁴ : ▪ Carcinome épidermoïde micro invasif (1) ▪ Lymphome du tissu lymphoïde associé aux muqueuses stade 1 (4) ⁵ ▪ Lymphome diffus à grandes cellules B (1) |
| Altan-Yaycioglu <i>et al.</i> , 2010 Turquie | 205 6 – 81 ans | Patients qui subissent une DCR externe pour obstruction primaire acquise du canal nasolacrimal Obstruction complète (202) Obstruction partielle (3) | 0 / 205 (0 %) | 1 / 205 (0,5 %) ⁶ Hyperplasie lymphoïde |
| Salour <i>et al.</i> , 2010 Iran | 449 (471) 4 – 89 ans | Patients adultes qui subissent une DCR externe pour une obstruction du canal nasolacrimal | 0 / 449 (0 %) | 1 / 449 (0,2 %) ⁷ Lymphome non hodgkinien |

| AUTEUR/ANNÉE/PAYS | NOMBRE DE PATIENTS (SPÉCIMENS) ÂGE | DIAGNOSTIC PRÉOPÉRATOIRE ou INDICATION CLINIQUE | DÉCOUVERTES HISTOPATHOLOGIQUES FORTUITES N (%) | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|
| | | | CLINIQUEMENT NON SIGNIFICATIVES | CLINIQUEMENT SIGNIFICATIVES |
| Merkonidis <i>et al.</i> , 2005 Royaume-Uni | 164 (193) 2,5 – 89 ans | Patients qui subissent une DCR endoscopique pour obstruction lacrymale | 0 / 164 (0 %) | 1 / 164 (0,6 %) ⁸ Sarcoïdose |
| Anderson <i>et al.</i> , 2003 États-Unis | 316 (377) ⁹ 5 – 95 ans | Patients qui ont subi une DCR, entre autres en raison d'une dacryocystite chronique <i>Un seul chirurgien</i> | 0 / 316 (0 %) | 3 / 316 (0,95 %) ¹⁰ ▪ Lymphome (1) ▪ Néoplasie du sac lacrymal, type non spécifié (2) |
| Bernardini <i>et al.</i> , 2002 États-Unis | 258 (302) 10 – 95 ans | Patients qui ont subi une DCR pour obstruction acquise du canal nasolacrymal cliniquement présumée Dacryocystite aigüe ou chronique présente chez 35 % des patients. * Inclusion de patients qui ont subi un trauma ou une chirurgie antérieure et de patients réopérés en raison de l'échec d'une DCR précédente. | 0 / 258 (0 %) | 0 / 258 (0 %) ¹¹ |
| DeAngelis <i>et al.</i> , 2001 Canada | 92 (104) 19 – 94 ans | Patients qui subissent une DCR externe pour une obstruction primaire acquise du canal nasolacrymal | 0 / 92 (0 %) | 1 / 92 (1,1 %) ¹² Changements granulomateux (sans histoire de maladie locale ou systémique) |
| Lee-Wing et Ashenhurst, 2001 Canada | 166 (202) 21 – 93 ans | Patients qui ont subi une DCR externe pour une obstruction primaire acquise du canal nasolacrymal Obstruction complète (140) Obstruction partielle (26) Épiphora (166) Dacryocystite (32) Sténose canaliculaire (8) Calculs lacrymaux (8) Aucune observation préopératoire suggestive de néoplasie <i>Un seul chirurgien</i> | 0 / 166 (0 %) | 6 / 166 (3,6 %) ▪ MMHR secondaire à l'inflammation chronique (4) ▪ Infiltrats inflammatoires avec plasmocytes abondants (2) Aucune tumeur nasolacrymale |

| AUTEUR/ANNÉE/PAYS | NOMBRE DE PATIENTS (SPÉCIMENS) ÂGE | DIAGNOSTIC PRÉOPÉRATEIRE ou INDICATION CLINIQUE | DÉCOUVERTES HISTOPATHOLOGIQUES FORTUITES N (%) | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|--|--|
| | | | CLINIQUEMENT NON SIGNIFICATIVES | CLINIQUEMENT SIGNIFICATIVES |
| Tucker <i>et al.</i> , 1997 Canada | 150 (162) 27 – 92 ans | Patients qui subissent une DCR pour obstruction primaire acquise du canal nasolacrimal Obstruction complète (141) Obstruction partielle (9) Épiphora seule (125) Épiphora et symptômes de dacryocystite (25) | 6 / 150 (4 %) Dacryolithiase | 1 / 150 (0,67 %) ¹³ Oncocytome |

Sigles : DCR : dacryocystorhinostomie; DCT : dacryocystectomie; MMHR : modifications métaplasiques et hyperplasiques réactives.

- ¹ : Une pathologie néoplasique ou granulomateuse a également été révélée par l'analyse histopathologique chez 12 autres patients pour lesquels il y avait une suspicion clinique basée sur l'histoire du patient, sur des résultats radiologiques préopératoires ou sur l'examen peropératoire du chirurgien [Banks *et al.*, 2020].
- ² : Pour les 151 autres patients, aucun spécimen n'a été prélevé, le sac lacrymal a seulement été ouvert (technique chirurgicale différente selon le chirurgien). Chez ces 151 patients, aucune tumeur n'a été repérée au cours de la période de suivi (moyenne 13,1 mois, déviation standard 23,7 mois) [Rauter *et al.*, 2018].
- ³ : Néoplasmes 13/254 spécimens (5,12 %) suspectés par l'histoire clinique, observés en peropératoire ou les deux. Papillome (7), papillome à cellules squameuses (4), oncocytome (1), leucémie lymphoïde chronique (1) [Nash *et al.*, 2015].
- ⁴ : À l'examen macroscopique peropératoire, pour les 6 cas de lésions malignes : apparence normale (2), inflammation (4). Les signes cliniques étaient l'épiphora, la dacryocystite et l'œdème [Knezevic *et al.*, 2012].
- ⁵ : Trois des 4 lymphomes du tissu lymphoïde associé aux muqueuses (MALT) ont été découverts chez des patients qui avaient subi une DCR non réussie [Knezevic *et al.*, 2012].
- ⁶ : Une pathologie néoplasique ou granulomateuse a également été révélée par l'analyse histopathologique de 3 autres prélèvements, pour lesquels il y avait une suspicion clinique ou une anomalie lors de l'examen peropératoire du chirurgien : inflammation granulomateuse (1; sac grossi observé en préopératoire, sac lacrymal d'aspect solide observé en peropératoire), infiltration lymphocytaire (1 leucémie lymphoïde chronique en préopératoire, sac lacrymal normal), carcinome basocellulaire (1 sac lacrymal légèrement grossi observé en peropératoire) [Altan-Yaycioglu *et al.*, 2010].
- ⁷ : Pour un cas de lymphome non hodgkinien et un cas d'hyperplasie lymphoïde réactive, l'aspect du sac lacrymal au moment de la chirurgie était anormal [Salour *et al.*, 2010].
- ⁸ : Pour un autre patient, une pathologie spécifique a été suspectée lors de la chirurgie. La lumière du sac et du canal lacrymal s'est avérée remplie de tissu de granulation et l'histologie a montré un papillome à cellules transitionnelles (type mixte exophytique et inversé) du sac [Merkonidis *et al.*, 2005].
- ⁹ : Dix des 377 spécimens proviennent d'un autre centre que l'Emory Eye Center. Les dossiers médicaux des patients qui avaient une pathologie significative et qui n'ont pas été évalués au Emory Eye Center n'ont pas été obtenus [Anderson *et al.*, 2003].
- ¹⁰ : Parmi les patients dont le dossier était disponible, une pathologie significative a également été révélée par l'analyse histopathologique, en présence de suspicion clinique (5 sarcoïdoses, 3 néoplasies, dont 1 lymphome et une leucémie lymphoïde chronique) ou d'anomalie observée lors de l'examen peropératoire du chirurgien (2 lymphomes). Les auteurs ont aussi rapporté les néoplasies suivantes révélées par l'analyse histopathologique sans toutefois mentionner le nombre de patients pour chacune ni le moment de la découverte : papillome inversé et papillome de type non spécifié, carcinome à cellules transitionnelles et carcinome de type non spécifié, oncocytome, tumeur granulaire, adénocarcinome, infiltration lymphoplasmatique, plasmocytome [Anderson *et al.*, 2003].
- ¹¹ : Parmi les 258 spécimens provenant de patients sans histoire de maladie systémique impliquant le sac lacrymal, les observations intraopératoires ont révélé la présence d'inflammation (238), un sac lacrymal d'apparence normale (16), une apparence de lymphome (1 sac anormal et épaississement palpable) ou de papillome squameux (3 sacs anormaux). Parmi les 44 spécimens provenant de patients avec histoire connue de maladie systémique impliquant le sac lacrymal, l'analyse histopathologique a révélé : 38 inflammations chroniques (à risque d'obstruction secondaire), 6 infiltrations anormales du sac (1 lymphome, 1 leucémie, 4 sarcoïdoses) [Bernardini *et al.*, 2002].
- ¹² : L'analyse histopathologique a révélé la présence de changements granulomateux chez un patient qui avait préalablement une granulomatose de Wegener et un autre patient était atteint de sarcoïdose [DeAngelis *et al.*, 2001].
- ¹³ : Pour 2 autres patients (1 avec granulome non caséux, 1 avec lymphome), l'histoire clinique était la sarcoïdose et un lymphome, respectivement. En peropératoire, ces 2 cas ainsi que celui qui n'était pas soupçonné (oncocytome) avaient un sac lacrymal d'apparence normale ou cohérente avec de l'inflammation chronique [Tucker *et al.*, 1997].

Sur la base de leurs propres résultats, soit une proportion de découvertes fortuites cliniquement significative qui varie de 0 % à 3,6 % (comprenant un seul cas de lymphome non hodgkinien), les auteurs de 8 des 15 études retenues recommandent l'envoi sélectif des spécimens de sacs lacrymaux pour une analyse histopathologique, réservant leur envoi dans certaines des situations suivantes [Alkatan et Al-Qurashi, 2017; Nash *et al.*, 2015; Amin *et al.*, 2013; Altan-Yaycioglu *et al.*, 2010; Salour *et al.*, 2010; Merkonidis *et al.*, 2005; Bernardini *et al.*, 2002; Lee-Wing et Ashenurst, 2001] :

- Suspicion d'une pathologie spécifique en préopératoire ou peropératoire [Alkatan et Al-Qurashi, 2017; Nash *et al.*, 2015; Amin *et al.*, 2013; Altan-Yaycioglu *et al.*, 2010; Salour *et al.*, 2010; Merkonidis *et al.*, 2005; Lee-Wing et Ashenurst, 2001];
- Antécédents ou caractéristiques cliniques de maladie systémique pouvant impliquer le sac lacrymal, notamment : la sarcoïdose, la granulomatose de Wegener, un lymphome ou une leucémie [Bernardini *et al.*, 2002; Lee-Wing et Ashenurst, 2001];
- Apparence macroscopique anormale au moment de la chirurgie [Bernardini *et al.*, 2002; Lee-Wing et Ashenurst, 2001].

Quelques mises en garde ont toutefois été mentionnées dans certaines études. Selon Altan-Yaycioglu [2010], bien qu'une tumeur maligne du sac lacrymal puisse être suspectée en préopératoire ou en peropératoire, dans certaines circonstances, une tumeur maligne peut aussi se présenter par un épaississement de la paroi du sac lacrymal ou du canal nasolacrymal ainsi que par de l'inflammation chronique. Même si elle est rare, une maladie maligne ou systémique chez des patients sans antécédents spécifiques ou sans aucun signe clinique ou radiologique peut être observée chez des patients qui présentent une obstruction primaire du canal nasolacrymal. Par ailleurs, dans la phase précoce de l'évolution clinique des tumeurs du sac lacrymal, en raison de l'absence de tumeur définie à la palpation, il serait difficile de différencier cliniquement une tumeur du sac lacrymal d'une dacryocystite chronique [Knezevic *et al.*, 2012; Tucker *et al.*, 1997]. De plus, toute anomalie macroscopique du sac lacrymal peut ne pas être visible lors de la chirurgie [Knezevic *et al.*, 2012], donc l'apparence normale en peropératoire du sac lacrymal n'est pas une garantie absolue que le sac est dépourvu de processus pathologique autre qu'une inflammation chronique ou une fibrose, même aux yeux d'un chirurgien ophtalmologiste expérimenté [Knezevic *et al.*, 2012].

Les 15 études primaires retenues portant sur la chirurgie et l'examen histopathologique de sacs lacrymaux comportent certaines limites méthodologiques.

- Les données de sept études ont été recueillies rétrospectivement au moyen des dossiers médicaux et des rapports de pathologie [Banks *et al.*, 2020; Rauter *et al.*, 2018; Alkatan et Al-Qurashi, 2017; Nash *et al.*, 2015; Anderson *et al.*, 2003; Bernardini *et al.*, 2002; Lee-Wing et Ashenurst, 2001];

- Certaines études incluent des patients adultes et pédiatriques sans toutefois présenter les résultats séparément pour les deux sous-populations [Banks *et al.*, 2020; Nash *et al.*, 2015; Amin *et al.*, 2013; Altan-Yaycioglu *et al.*, 2010; Salour *et al.*, 2010; Merkonidis *et al.*, 2005; Anderson *et al.*, 2003; Bernardini *et al.*, 2002];
- Exception faite de l'étude d'Eldsoky [2021], les études retenues ont été effectuées dans un seul centre.
- Un seul chirurgien a réalisé l'ensemble des chirurgies dans quatre études, ce qui pourrait compromettre la validité externe des conclusions formulées par les auteurs (généralisabilité) [Nash *et al.*, 2015; Knezevic *et al.*, 2012; Anderson *et al.*, 2003; Lee-Wing et Ashenhurst, 2001].
- Deux études incluait un nombre de spécimens inférieur ou égal à 50, ce qui pourrait être insuffisant pour détecter des découvertes fortuites significatives de plus faible incidence [Eldsoky *et al.*, 2021; Amin *et al.*, 2013];
- Deux études n'ont pas rapporté leur période de recherche [Nash *et al.*, 2015; DeAngelis *et al.*, 2001] et une étude prospective a été menée durant une période de quelques mois (mars à novembre 2012) [Amin *et al.*, 2013];
- Un biais de sélection potentiel pourrait être attribué à trois études [Banks *et al.*, 2020; Rauter *et al.*, 2018; Anderson *et al.*, 2003]. Dans l'étude de Rauter [2018], un spécimen de sac lacrymal a été prélevé chez 213 des 364 patients (58,5 %) puis analysé en histopathologie. Pour les 151 autres patients, aucun spécimen n'a été prélevé, le sac lacrymal a seulement été ouvert (technique chirurgicale différente selon le chirurgien). Chez ces 151 patients, aucune tumeur n'a été repérée au cours de la période de suivi (moyenne 13,1 mois, déviation standard 23,7 mois). Concernant l'étude d'Anderson [2003], les dossiers médicaux des patients qui avaient une pathologie significative et qui n'avaient pas été évalués à leur centre n'ont pas été obtenus. Finalement, dans l'étude de Banks [2020] qui couvrait la période de 1989 à 2018, les dossiers médicaux de 41 patients (5,3 %) qui avaient subi une dacryocystorhinostomie au début des années 1990 étaient incomplets.

En résumé, selon les études retenues, une faible proportion de découvertes fortuites cliniquement significatives a été rapportée à la suite de l'examen histopathologique de spécimens de sacs lacrymaux issus d'une dacryocystorhinostomie lorsqu'un examen macroscopique a été effectué pas le chirurgien, notamment 0,7 % de tumeur maligne.

2.2.2 Cornée

Trois études transversales rétrospectives traitant des spécimens de cornée soumis à une analyse histopathologique ont été retenues [Burris *et al.*, 2017; Sheldon *et al.*, 2012; Rezaei Kanavi *et al.*, 2011]. Ces trois études ont évalué la concordance entre les diagnostics clinique et histopathologique ainsi que l'utilité clinique de l'analyse histopathologique de boutons cornéens prélevés lors du processus de transplantation.

La concordance globale entre les diagnostics clinique et histopathologique était de 88 % et 97,5 % dans les études de Burris [2017] et de Rezaei-Kanavi [2011], respectivement. Au [tableau 5](#) sont présentés les résultats de concordance pour diverses pathologies cornéennes. Compte tenu de l'ensemble des résultats présentés dans les trois études retenues, l'évaluation histopathologique de routine n'a pas permis de révéler de cas de cancer. Toutefois, les caractéristiques cliniques de certaines pathologies étant similaires, notamment pour la kératopathie bulleuse, la dystrophie de Fuchs et le kératocône, le diagnostic histopathologique a apporté de l'information supplémentaire qui a pu, dans certains cas, mener à une modification de la prise en charge du patient.

Dans l'étude canadienne de Sheldon [2012], 15 des 27 cas de dystrophie de Fuchs cliniquement identifiés se sont avérés des cas de kératopathie bulleuse. Pour les 12 autres cas dont le diagnostic clinique de dystrophie de Fuchs n'a pas été confirmé en histopathologie, une variété de caractéristiques histopathologiques ont été observées : dépôt d'amyloïde, légère atténuation endothéliale seule (sans épaissement de la membrane de Descemet) et cicatrice stromale non spécifique (sans atténuation endothéliale). Pour les 23 cas de kératocône où l'indication clinique et le diagnostic histopathologique ne concordaient pas, l'analyse histopathologique n'a révélé aucune anomalie (10) ou des cicatrices minimales (7). Les six cas restants présentaient des caractéristiques histologiques compatibles avec une variété de conditions, y compris la kératopathie bulleuse et la dystrophie de Fuchs.

Dans l'étude iranienne de Rezaei-Kanavi [2011], parmi les 4 groupes diagnostiques dont la concordance est inférieure à 100 % sont inclus 5 cas de dystrophie endothéliale de Fuchs avec suspicion clinique de kératopathie bulleuse aphaque/pseudophaque et 2 cas suspects de décroissance épithéliale d'interface avec un diagnostic histopathologique de kératite d'interface fongique à la suite d'une kératoplastie lamellaire antérieure profonde. Pour ces deux cas de décroissance épithéliale d'interface, le diagnostic histopathologique changerait complètement l'approche thérapeutique, soit de la corticothérapie à un traitement antifongique approprié.

L'étude américaine de Burris [2017] a également montré des concordances inférieures à 100 % entre les diagnostics clinique et histopathologique pour la kératopathie bulleuse, la dystrophie de Fuchs et le kératocône. Toutefois, la concordance la plus faible concernait la kératite infectieuse, soit 72 % comparativement 97,2 % dans l'étude antérieure de Rezaei-Kanavi qui incluait 5,3 fois moins de patients.

En résumé, les auteurs des études retenues portant sur les spécimens de cornée ont conclu que, malgré un niveau élevé de concordance entre les diagnostics clinique et histologique, l'analyse histologique serait utile pour clarifier certains diagnostics cliniques [Sheldon *et al.*, 2012] ou confirmer une maladie héréditaire [Burris *et al.*, 2017]. Ainsi, un diagnostic histologique définitif peut s'avérer utile, dans les cas de dystrophie de Fuchs et de kératopathie bulleuse, pour la prise en charge de la cataracte et l'évaluation du risque de rejet de greffe. Par ailleurs, en cas de reprise de greffe, lorsqu'une dystrophie de Fuchs, une kératopathie bulleuse ou une infection sont suspectées, des diagnostics qui représentent 55 % des kératoplasties pénétrantes, un examen histopathologique de routine serait justifié selon Sheldon [2012]. Finalement, les auteurs des trois études

ont mentionné que l'analyse histologique est utile pour confirmer les cas de kératite infectieuse et identifier l'agent pathogène responsable [Burriss *et al.*, 2017; Sheldon *et al.*, 2012; Rezaei Kanavi *et al.*, 2011].

Tableau 5 Concordance des diagnostics clinique et histopathologique pour les spécimens de cornée prélevés lors d'une kératoplastie

| AUTEUR/ANNÉE/PAYS | NOMBRE DE PATIENTS (SPÉCIMENS) ÂGE | CONCORDANCE DES DIAGNOSTICS CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE |
|--|------------------------------------|---|
| Burriss <i>et al.</i> , 2017 États-Unis | 1804 (1804) 2 mois – 103 ans | <p>Concordance globale : 88 %</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatisme aigu ou brûlures (100 %) ▪ Kératocône (98 %) ▪ Complications postchirurgicales (échec/rejet de greffe, ectasie, etc.) (95 %) ▪ Cicatrices (92 %) ▪ Ulcères non infectieux (90 %) ▪ Dystrophies épithéliales et stromales (90 %) ▪ Dystrophies endothéliales (86 %) ▪ Kératopathie bulleuse pseudophaque (84 %) ▪ Autres (79 %) ▪ Kératites infectieuses (72 %) |
| Sheldon <i>et al.</i> , 2012 Canada | 3321 (4156) 0 – 106 ans | <p>Absence de corrélation (déviations significatives $p < 0,01$) pour 3 groupes de diagnostics (6 % des spécimens analysés) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kératocône ▪ Kératopathie bulleuse ▪ Dystrophie de Fuchs |
| Rezaei Kanavi <i>et al.</i> , 2011 Iran | 340 (340) 5 – 70 ans | <p>Concordance globale : 97,5 %</p> <p><u>Concordance à 100 % :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kératocône ▪ Cicatrice et dégénérescence cornéennes non spécifiques ▪ Dystrophie cornéenne combinée avec kératocône ▪ Kératectasie postkératoréfractive ▪ Kératopathie au gaz moutarde <p><u>Concordance inférieure à 100 % :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kératite infectieuse (97,2 %) ▪ Dystrophies cornéennes (95,9 %) ▪ Décompensation cornéenne acquise (94,0 %) ▪ Causes variées (83,4 %) <p><u>Sensibilité/spécificité/valeur prédictive positive/valeur prédictive négative/exactitude diagnostique (%)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kératite : 95,1/100/100/99,3/99,4 ▪ Dystrophie : 93,8/100/100/98,1/98,5 ▪ Décompensation acquise : 100/98,3/90,2/100/98,5 |

Les études retenues portant sur les spécimens de cornée comportent certaines limites méthodologiques. Les données des trois études ont été recueillies rétrospectivement au moyen des dossiers médicaux et des rapports de pathologie et une des études a été effectuée dans un seul centre [Sheldon *et al.*, 2012]. Un biais de documentation pourrait être présent dans l'étude de Sheldon [2012] du fait que l'indication clinique de la chirurgie n'était pas mentionnée dans 14 % des rapports de pathologie. Finalement, les trois études retenues incluaient des patients adultes et pédiatriques sans toutefois présenter les résultats séparément pour les deux sous-populations.

2.2.3 Humeur vitrée

Seule une étude transversale rétrospective qui a évalué la contribution de l'analyse cytologique de spécimens d'humeur vitrée prélevés lors d'une vitrectomie a été retenue [Boulagnon *et al.*, 2016]. Boulagnon et ses collaborateurs [2016] ont comparé les résultats de l'analyse cytologique au diagnostic clinique de 166 patients (182 spécimens). La plupart des spécimens (139; 76,4 %, issus de 128 patients) ont été prélevés lors d'une vitrectomie thérapeutique en raison d'une hémorragie vitréenne (84 spécimens issus de 75 patients) ou d'une inflammation intraoculaire (55 spécimens issus de 53 patients), notamment de l'inflammation d'étiologie inconnue, résultant d'un trauma/chirurgie ou de cause spécifique (p.ex. infection, sarcoïdose, nécrose rétinienne). Les autres indications de l'analyse cytologique d'un spécimen d'humeur vitrée comprenaient 17 cas (19 spécimens) de décollement de rétine rhégmatoïde, 3 cas (3 spécimens) d'hyalose astéroïde et 2 cas (2 spécimens) de cataracte congénitale.

Parmi les 128 patients chez qui un spécimen d'humeur vitrée a été prélevé en raison d'une inflammation intraoculaire ou d'une hémorragie vitréenne, l'analyse cytologique a contribué au diagnostic final d'un cas de sarcoïdose et d'un cas d'hyalose astéroïde, respectivement. Par ailleurs, l'analyse cytologique n'a pas révélé de cellules malignes dans les spécimens d'humeur vitrée chez les patients qui se présentaient avec une hémorragie vitréenne. Les auteurs de l'étude concluent que, dans certains cas, les résultats de l'analyse cytologique peuvent aider à détecter une pathologie inattendue comme les corps astéroïdes, les fragments de cristallin et les granulomes épithélioïdes.

2.2.4 Acrochordon

Les données probantes portant sur les spécimens d'acrochordon ont été présentées dans le volet 2 « Chirurgie générale, plastie et dermatologie » des travaux sur la pertinence et les indications de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie [INESSS, 2021a]. Aucune référence complémentaire n'a été repérée dans la présente revue systématique.

2.2.5 Chalazion

Deux études transversales, soit une prospective et une rétrospective, traitant des spécimens de chalazion soumis à une analyse histopathologique ont été retenues [Ozdal *et al.*, 2004; Kersten *et al.*, 1997]. Ces deux études avaient pour objectif de déterminer l'exactitude du diagnostic clinique de chalazion et d'évaluer la pertinence de l'analyse histopathologique des spécimens de chalazion.

En examinant les résultats des 2 études totalisant 1 082 spécimens de chalazion, la proportion de diagnostics histologiques inattendus de cancer ou de précancer était de 1,6 % (17/1 082) ([tableau 6](#)). Notamment, parmi les 17 cas de cancer ou de précancer fortuits rapportés dans l'étude d'Ozdal [2004] lors de l'analyse histologique, 11 personnes (64,7 %) avaient reçu un diagnostic clinique de chalazion primaire et 6 (35,3 %) de chalazion récurrent. Le carcinome sébacé représentait la majeure partie de ces cas (12/17; 70,6 %), suivi du carcinome basocellulaire (3/17; 17,6 %). L'étude de Kersten [1997] portant sur les lésions cutanées périoculaires comprenant des chalazions (22/864 lésions; 2,5 %) n'a révélé aucun diagnostic malin pour les 22 spécimens de chalazion inclus dans l'étude.

En résumé, les auteurs des études retenues portant sur les spécimens de chalazion ou de lésions cutanées périoculaires ont conclu que tous ces spécimens devraient être soumis à une analyse histologique étant donné la possibilité de diagnostiquer à tort un chalazion alors qu'un cancer peut être présent.

Les études retenues portant sur les spécimens de chalazion comportent certaines limites méthodologiques. Les données d'une des deux études ont été recueillies rétrospectivement au moyen des dossiers médicaux et des rapports de pathologie [Ozdal *et al.*, 2004]. Les deux études ont été effectuées dans un seul centre. Une étude a rapporté qu'un seul chirurgien avait réalisé les chirurgies [Kersten *et al.*, 1997].

Tableau 6 Concordance des diagnostics clinique et histopathologique pour les spécimens de chalazion

| AUTEUR/ANNÉE/PAYS | NOMBRE DE PATIENTS (SPÉCIMENS) | DIAGNOSTIC PRÉOPÉRATOIRE OU INDICATION CLINIQUE | CONCORDANCE DES DIAGNOSTICS CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE |
|--|--|--|---|
| Ozidal <i>et al.</i> , 2004 Canada | 1060 (1060) | Chalazion primaire : 1033 (97,5 %) Chalazion récurrent : 27 (2,6 %) | Chalazion confirmé : 93,6 % (992) <u>Diagnostic histologique divergent</u> : 6,4 % (68) <ul style="list-style-type: none"> ▪ affections bénignes : 4,8 % (51) ¹ ▪ cancers et précancers : 1,6 % (17) <ul style="list-style-type: none"> - carcinome sébacé : 1,1 % (12) - carcinome basocellulaire : 0,3 % (3) - inflammation chronique avec atypies cellulaires et figures mitotiques; 0,2 % (2) |
| Kersten <i>et al.</i> , 1997 États-Unis | 773 (864 lésions des paupières) * 22 chalazions | Lésion cutanée périoculaire (symptomatique ou non, problèmes esthétiques) | <u>Diagnostic histologique des lésions périoculaires avec diagnostic clinique bénin</u> : (692) ² <ul style="list-style-type: none"> ▪ cancers et précancers : 2,3 % (16/692) <ul style="list-style-type: none"> - carcinome basocellulaire (10) - carcinome épidermique (1) - lymphome non-Hodgkinien (1) - carcinome adénoïde kystique (1) - kératose actinique précancéreuse (3) ▪ chalazion (22) <ul style="list-style-type: none"> - confirmé histologiquement (17) ³ - diagnostic malin : (0) |

¹ Les affections bénignes qui ont été diagnostiquées à tort comme étant des chalazions comprenaient différents types d'inflammation chronique (24; 2,2 %), kératose séborrhéique (4; 0,4 %), kyste d'inclusion épithélial (4; 0,4 %), granulome pyogénique (4; 0,4 %), papillome (3; 0,3 %), hyperplasie des glandes sébacées (3; 0,3 %), nævus intradermique (3; 0,3 %), réaction inflammatoire granulomateuse à un corps étranger (3; 0,3 %), granulome nécrosant (1; 0,3 %), dermatofibrome (1; 0,1 %) et hydrocystome (1; 0,1 %) [Ozidal *et al.*, 2004].

² Parmi les 864 lésions périoculaires, une suspicion clinique de cancer ou de précancer était présente pour 172 de ces lésions, laissant 692 cas sans suspicion [Kersten *et al.*, 1997].

³ Pour 22 chalazions, 17 ont été confirmés histologiquement. Le diagnostic histologique des cinq autres cas n'a pas été spécifié [Kersten *et al.*, 1997].

2.2.6 Spécimen issu d'une énucléation ou d'une éviscération

Deux études transversales rétrospectives traitant des spécimens d'énucléation ou d'éviscération soumis à une analyse histopathologique ont été retenues [Kord Valeshabad *et al.*, 2014; Saeed *et al.*, 2006]. L'objectif de l'étude de Saeed et ses collaborateurs était d'évaluer l'utilité clinique de l'analyse histopathologique de spécimens d'énucléation ou d'éviscération. Kord Valeshabad et ses collaborateurs ont pour leur part évalué la concordance entre les diagnostics clinique et histopathologique chez des patients dont l'état nécessitait une énucléation ou une éviscération dans un contexte non traumatique.

Compte tenu de l'ensemble des résultats présentés au [tableau 7](#), en contexte non traumatique, un diagnostic histologique différent du diagnostic clinique a été rapporté pour 7,3 % (14/190) des patients dont les spécimens ont été analysés au laboratoire d'anatomopathologie. Parmi ces patients, 2,6 % (5/190) ont reçu un diagnostic histologique inattendu de cancer, notamment deux rétinoblastomes, deux myélomes multiples [Kord Valeshabad *et al.*, 2014] et un adénocarcinome [Saeed *et al.*, 2006], ce qui représente 35,7 % des cas divergents. En contexte traumatique, notamment en cas de blessure oculaire pénétrante ou perforante, Saeed et ses collaborateurs mentionnent que, selon leurs données, l'analyse histologique des spécimens d'énucléation ou d'éviscération n'a pas révélé de diagnostics inattendus et ne serait pas utile. Ils ajoutent que, lorsque l'histoire et l'examen clinique suggèrent une étiologie bénigne ou en présence d'un glaucome néovasculaire, l'analyse histologique de routine ne serait pas requise contrairement à une situation de suspicion clinique ou peropératoire [Saeed *et al.*, 2006].

Tableau 7 Concordance des diagnostics clinique et histopathologique pour les spécimens issus d'une énucléation ou d'une éviscération

| AUTEUR/ANNÉE/PAYS | NOMBRE DE PATIENTS (SPÉCIMENS) | DIAGNOSTIC PRÉOPÉRATOIRE OU INDICATION CLINIQUE | CONCORDANCE DES DIAGNOSTICS CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE |
|--|---|---|--|
| Kord Valeshabad <i>et al.</i> , 2014 Iran | 107 (107) (7 éviscérations, 100 énucléations) | Patients qui avaient subi une énucléation ou une éviscération - groupe traumatique (41) : (blessures oculaires) - groupe non traumatique (66) : (œil aveugle, vision très faible, douleur, endophtalmie sévère, prévention de l'ophtalmie sympathique, problème esthétique) | <p>Groupe non traumatique (66) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Concordance : 53 (80,3 %), comprenant 74,8 % de cancers) ▪ Diagnostic histologique divergent : 13 (19,7 %), soit 12,1 % de tous les spécimens <ul style="list-style-type: none"> - phtisie oculaire (8) - rétinoblastome (2) - myélome multiple (2) - hyperplasie persistante de l'humeur vitrée primitive (1) <p>Groupe traumatique (41) :</p> <p>Diagnostics histologiques non rapportés</p> |
| Saeed <i>et al.</i> , 2006 Royaume-Uni | 285 (161 éviscérations, 124 énucléations) | Patients qui avaient subi une énucléation ou une éviscération | <p>Analyse histologique (n = 124) *</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Concordance : spécimens avec antécédents clairs de traumatisme, de blessure oculaire pénétrante ou perforante. ▪ Diagnostic histologique divergent : 1 / 124 (0,8 %) <p>Adénocarcinome (diagnostic clinique douleur et phtisie)</p> |

* 43,5 % (124) des spécimens ont été analysés en histopathologie. Les auteurs supposent que les décisions d'envoi sont prises au cas par cas et sur la base du bon sens plutôt que sur la base d'une politique générale. Parmi les 285 spécimens inclus dans l'étude, 3 (1,05 %) avec suspicion préopératoire ont reçu un diagnostic de carcinome métastatique.

Les études retenues portant sur les spécimens d'enucléation ou d'éviscération comportent certaines limites méthodologiques. Les données des deux études ont été recueillies rétrospectivement au moyen des dossiers médicaux et des rapports de pathologie, et une étude a été effectuée dans un seul centre [Kord Valeshabad *et al.*, 2014]. Des données manquantes pouvant causer un biais ont été constatées pour les deux études retenues. L'analyse histopathologique a été réalisée pour 61,7 % (groupe non traumatique) [Kord Valeshabad *et al.*, 2014] et 43,5 % [Saeed *et al.*, 2006] des spécimens.

2.2.7 Dispositif explanté et corps étranger

Une étude américaine menée par Arispe Angulo [2020] a publié une liste de spécimens pouvant faire l'objet d'un examen macroscopique uniquement, notamment les dispositifs explantés et les corps étrangers. Aucune découverte cliniquement significative n'a été rapportée pour ces spécimens.

2.3 Positions et recommandations des sociétés savantes ou d'autres organisations

Chacun des trois guides de pratique retenus présente des recommandations pour divers types de prélèvements issus de la chirurgie ophtalmologique, certains apportant toutefois des précisions complémentaires. Le guide produit conjointement par le Royal College of Ophthalmologists et le Royal College of Pathologists [RCO-RCP, 2010] s'avère le plus complet avec 12 types de prélèvements. En 2013, le guide du National Health Service [NHS England, 2013] reprend essentiellement les types de prélèvements proposés et les recommandations conjointes du Royal College of Ophthalmologists (RCO) et du Royal College of Pathologists (RCP) et il inclut une recommandation concernant la greffe de cornée. En 2020, le guide du RCP [Irion et Thaug, 2020], publié à l'intention des pathologistes pour la préparation des spécimens, inclut des recommandations pour certains prélèvements issus de la chirurgie ophtalmologique. Dans les sections suivantes, nous avons tenu compte des 3 guides de pratique ainsi que des 14 listes de prélèvements chirurgicaux retenus afin de présenter, pour chaque prélèvement chirurgical issu de l'ophtalmologie, les positions et recommandations des sociétés savantes ou d'autres organisations.

2.3.1 Glande et sac lacrymal

Seule une recommandation conjointe du Royal College of Ophthalmologists (RCO) et du Royal College of Pathologists (RCP) concernant l'examen anatomopathologique des glandes et sacs lacrymaux a été repérée. Selon leur guide, tous les spécimens issus de l'excision de la glande lacrymale ou du sac lacrymal devraient être soumis à un examen histopathologique [RCO-RCP, 2010].

Parmi les organisations qui ont publié une liste de transmission sélective de prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie, aucune n'y a inclus les sacs lacrymaux retirés lors d'une dacryocystorhinostomie.

2.3.2 Os nasolacrymal retiré lors d'une dacryocystorhinostomie

Aucun des guides retenus n'a émis de recommandations concernant ce type de spécimen. Par ailleurs, le Royal College of Ophthalmologists inclut l'os retiré lors d'une DCR sur sa liste de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie [RCO, 2016].

2.3.3 Cornée

Seul le guide conjoint du Royal College of Ophthalmologists (RCO) et du Royal College of Pathologists (RCP) présente une recommandation concernant l'examen histopathologique des spécimens de cornée. Il y est mentionné que tous les spécimens de cornée devraient être soumis à un examen histopathologique [RCO-RCP, 2010]. Très peu d'information a été repérée dans la littérature concernant l'examen anatomopathologique des spécimens issus des greffes de cornée, si ce n'est dans le guide du National Health Service du Royaume-Uni qui mentionne que les pathologistes examinent le tissu hôte lorsqu'une nouvelle cornée est transplantée pour remplacer une greffe qui a échoué [NHS England, 2013].

La Colombie-Britannique a publié deux documents dans lesquels la cornée est incluse à sa liste de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie [IHLS, 2022; PHSA, 2019].

2.3.4 Conjonctive

Seul le guide conjoint du Royal College of Ophthalmologists (RCO) et du Royal College of Pathologists (RCP) présente une recommandation concernant l'examen histopathologique des spécimens de conjonctive. Il y est mentionné que tous les spécimens de conjonctive comprenant la caroncule, le ptérygion et la pinguécula devraient être soumis à un examen histopathologique [RCO-RCP, 2010].

Aucun des documents retenus portant sur les modalités de transmission de prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie ne suggère d'inclure les spécimens de conjonctive prélevés lors d'une chirurgie du segment antérieur à une liste de transmission sélective.

2.3.5 Tissu excédentaire (autre que l'explant) prélevé lors d'une greffe de cornée

Aucun des guides retenus n'a émis de recommandations concernant ce type de spécimen. Aucune organisation n'a publié une liste de transmission sélective qui incluait le tissu excédentaire prélevé lors d'une greffe de cornée.

2.3.6 Humeur vitrée

Deux guides de pratique présentant des recommandations concernant l'examen histopathologique de l'humeur vitrée ont été repérés [Irion et Thaug, 2020; RCO-RCP, 2010]. Les deux guides mentionnent que l'examen histopathologique de l'humeur vitrée ne serait pas nécessaire dans le cas d'une chirurgie pour l'élimination du sang intravitréen ou des opacités de l'humeur vitrée telle que l'hyalose astéroïde [RCO-RCP, 2010] ou lors d'une chirurgie pour corriger un décollement de la rétine [Irion et Thaug, 2020].

Par ailleurs, selon les deux guides, les spécimens d'humeur vitrée devraient être transmis au laboratoire d'anatomopathologie dans certaines situations, notamment lorsqu'il y a suspicion de maladie inflammatoire (après le prélèvement de spécimens pour

analyse microbiologique) ou de cancer [RCO-RCP, 2010], ou si la présentation clinique est inhabituelle [Irion et Thaug, 2020].

Par ailleurs, l'University of Iowa Hospitals and Clinics inclut les spécimens issus d'une vitrectomie sur sa liste de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie [UIHC, 2017].

2.3.7 Acrochordon

Un guide de pratique portant sur les spécimens d'acrochordon a été présenté dans le volet 2 « Chirurgie générale, plastie et dermatologie » des travaux sur la pertinence et les indications de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie [INESSS, 2021a]. Aucun autre guide n'a été repéré dans la présente revue systématique.

Parmi les organisations qui ont publié une liste de transmission sélective de prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie, aucune n'y a inclus les acrochordons.

2.3.8 Chalazion

Un seul guide repéré a présenté des recommandations concernant l'examen histopathologique des spécimens de chalazion [RCO-RCP, 2010]. Selon ce guide, tous les tissus provenant des paupières devraient être soumis à un examen histopathologique, sauf les chalazions et les spécimens issus d'une blépharoplastie. Concernant les chalazions, le guide conjoint du Royal College of Ophthalmologists et du Royal College of Pathologists indique que l'âge du patient et la récurrence de cette anomalie de la paupière seraient à prendre en considération lors de la décision de transmettre ou non un spécimen au laboratoire d'anatomopathologie :

- Chez les patients âgés de moins de 40 ans qui présentent un chalazion d'aspect typique, il est acceptable de ne pas envoyer les deux premiers chalazions à moins qu'il y ait des soupçons cliniques. Lors de la seconde récurrence (c.-à-d. le 3^e chalazion), le chalazion devrait être transmis au laboratoire d'anatomopathologie.
- Chez les patients âgés de plus de 40 ans qui présentent un chalazion d'aspect typique, il est acceptable de ne pas envoyer le premier chalazion à moins qu'il y ait des soupçons cliniques. À la première récurrence (c.-à-d. le 2^e chalazion), le chalazion devrait être transmis au laboratoire d'anatomopathologie.

Par ailleurs, la Duke University School of Medicine inclut le chalazion sur sa liste de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie, sauf en cas de récurrence [DUSM, 2009].

2.3.9 Spécimen issu d'une éviscération et d'une énucléation

Seul le guide conjoint du Royal College of Ophthalmologists et du Royal College of Pathologists présente une recommandation concernant l'examen histopathologique des spécimens issus d'une éviscération et d'une énucléation. Selon ce guide, ces spécimens devraient tous être transmis au laboratoire d'anatomopathologie, puisqu'il existe un risque très faible, mais appréciable, de malignité occulte [RCO-RCP, 2010].

Parmi les organisations qui ont publié une liste de transmission sélective de prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie, aucune n'y a inclus les spécimens issus d'une éviscération et d'une énucléation.

2.3.10 Spécimen issu d'une blépharoplastie

Un seul guide repéré a présenté des recommandations concernant les spécimens issus d'une blépharoplastie [RCO-RCP, 2010]. Selon ce guide, l'excès de peau retiré lors de la blépharoplastie, ou autres procédures esthétiques, n'a pas à être soumis à un examen histopathologique sauf en présence d'une suspicion clinique.

Par ailleurs, parmi les organisations qui ont publié une liste de transmission sélective de prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie, huit incluent les tissus issus d'une oculoplastie dans leur liste de transmission sélective [IHLS, 2022; GHS, 2019; PHSA, 2019; SHA, 2018; UIHC, 2017; UCDH, 2016; DUSM, 2009; CAP, 2007].

2.3.11 Ectropion et entropion

Seul le guide conjoint du Royal College of Ophthalmologists et du Royal College of Pathologists présente une recommandation concernant l'examen histopathologique des spécimens d'ectropion et d'entropion. Il y est mentionné que tous les spécimens pleine épaisseur de paupières devraient être soumis à un examen histopathologique, sauf dans le cas des réparations d'ectropion et d'entropion [RCO-RCP, 2010]. Il est toutefois précisé que les excisions d'ectropion et d'entropion devraient être transmises au laboratoire d'anatomopathologie uniquement en présence d'une anomalie clinique évidente, le seuil de suspicion devant par contre être bas.

Parmi les organisations qui ont publié une liste de transmission sélective de prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie, aucune n'y a inclus les spécimens d'ectropion ou d'entropion.

2.3.12 Muscle extraoculaire, tendon et tissu mou retirés lors d'une chirurgie de correction du strabisme

Aucun des guides retenus n'a émis de recommandations concernant le muscle extraoculaire et les tendons. Cependant, le guide conjoint du Royal College of Ophthalmologists et du Royal College of Pathologists recommande que les tissus mous normaux retirés lors d'une chirurgie de correction du strabisme soient exemptés d'une analyse histopathologique [RCO-RCP, 2010].

Parmi les organisations qui ont publié une liste de transmission sélective de prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie, la Duke University School of Medicine inclut le muscle extraoculaire et les tendons sur sa liste de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie [DUSM, 2009]. Par ailleurs, seul un examen macroscopique du muscle extraoculaire provenant d'une intervention chirurgicale corrective (p. ex. correction du strabisme) est suggéré par le College of American Pathologists [CAP, 2007] et la Saskatchewan Health Authority [SHA, 2018]. Aucune organisation n'a inclus les tissus mous retirés lors d'une chirurgie de correction du strabisme à sa liste de transmission sélective.

2.3.13 Os ou tissu mou normal retirés lors d'une décompression orbitaire

Seul le guide conjoint du Royal College of Ophthalmologists et du Royal College of Pathologists présente une recommandation concernant l'examen histopathologique des spécimens orbitaires. Selon ce guide, les spécimens orbitaires devraient tous être transmis au laboratoire d'anatomopathologie, à l'exception des tissus mous normaux retirés lors d'une décompression orbitaire ou d'une chirurgie pour corriger le strabisme [RCO-RCP, 2010]. Cependant, aucun des trois guides retenus n'a émis de recommandation concernant les spécimens d'os retirés lors d'une décompression orbitaire.

Parmi les organisations qui ont publié une liste de transmission sélective de prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie, aucune n'y a inclus l'os et les tissus mous retirés lors d'une décompression orbitaire.

2.3.14 Cristallin

Deux des trois guides retenus ont émis des recommandations concernant le cristallin [Irion et Thaug, 2020; RCO-RCP, 2010]. Selon le guide conjoint du Royal College of Ophthalmologists et du Royal College of Pathologists, le cristallin intact retiré lors d'une extraction intracapsulaire de la cataracte peut être transmis pour examen histopathologique, tandis que les spécimens provenant de la phacoémulsification devraient être jetés. Pour sa part, le Royal College of Pathologists (RCP) mentionne que le cristallin est rarement transmis au laboratoire d'anatomopathologie, mais qu'il pourrait l'être dans les situations suivantes : étiologie congénitale, traumatique, métabolique ou infectieuse, suspicion de dépôts de métaux lourds [Irion et Thaug, 2020].

Parmi les organisations qui ont publié une liste de transmission sélective de prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie, trois y ont inscrit le cristallin (sans mention de la technique chirurgicale utilisée) [UCSF, 2020; GHS, 2019; PHSA, 2019], cinq inclut le cristallin retiré par phacoémulsification [SHA, 2018; UIHC, 2017; UCDH, 2016; DUSM, 2009; CAP, 2007] et une inclut le cristallin solide [UIHC, 2017]. Par ailleurs, seul un examen macroscopique du cristallin est suggéré par le Parkland Surgical Pathology [PSP, 2013].

2.3.15 Tissu scléral retiré lors d'une trabéculéctomie

Aucun des guides retenus n'a émis de recommandations concernant ce type de spécimen. Par ailleurs, la Duke University School of Medicine inclut le tissu scléral retiré lors d'une trabéculéctomie sur sa liste de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie [DUSM, 2009].

2.3.16 Réseau trabéculaire

Deux des trois guides retenus ont émis des recommandations concernant le réseau trabéculaire [Irion et Thaug, 2020; RCO-RCP, 2010]. Selon ces guides, les spécimens de réseau trabéculaire peuvent ne pas être soumis à un examen histopathologique, à moins qu'un cas ne présente un intérêt particulier pour la recherche, la majeure partie de ces spécimens ne contenant que du tissu scléral.

Par ailleurs, l'Université de Californie à San Francisco a inclut le trabéculum (sans antécédent suggérant une pathologie significative) à sa liste de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie, en précisant que le résultat d'analyse histopathologique ne modifiera pas la prise en charge du patient [UCSF, 2020].

2.3.17 Iris, corps ciliaire, choroïde et tissu issu d'une iridectomie périphérique

Seul le guide conjoint du Royal College of Ophthalmologists et du Royal College of Pathologists présente une recommandation concernant l'examen histopathologique des spécimens d'iris, de corps ciliaire et de choroïde. Selon ce guide, les spécimens d'iris, de corps ciliaire et de choroïde devraient tous être transmis au laboratoire d'anatomopathologie, à l'exception du tissu issu d'une iridectomie périphérique lors d'une chirurgie du glaucome ou de la cataracte [RCO-RCP, 2010].

Aucun des documents retenus portant sur les modalités de transmission de prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie n'inclut l'iris, le corps ciliaire et la choroïde sur une liste de transmission sélective. Cependant, deux organisations américaines incluent les spécimens d'iridectomie périphérique sur leur liste de transmission sélective [UIHC, 2017; DUSM, 2009].

2.3.18 Membrane épirétinienne, subrétinienne et choroïdienne

Deux des trois guides retenus ont émis des recommandations concernant les membranes épirétiniennes et subrétiniennes [Irion et Thaug, 2020; RCO-RCP, 2010]. Selon ces guides, il ne serait pas nécessaire de transmettre les membranes épirétiniennes, subrétiniennes et choroïdiennes au laboratoire d'anatomopathologie.

Par ailleurs, la Duke University School of Medicine inclut les membranes épirétiniennes, subrétiniennes et choroïdiennes sur sa liste de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie [DUSM, 2009].

2.3.19 Dispositif et matériau explantés

Un des trois guides retenus mentionne que les lentilles prothétiques intraoculaires pourraient être transmises au laboratoire d'anatomopathologie, principalement en présence de traumatismes mécaniques, d'inflammation, d'infection, de puissance inadéquate ou de décentrement [Irion et Thaug, 2020].

Concernant les lentilles prothétiques intraoculaires, cinq organisations dont trois canadiennes ont inclut ces dispositifs sur leur liste de transmission sélective [IHLS, 2022; UCSF, 2020; DSM, 2017; AHS, 2016; DUSM, 2009]. De plus, l'Université de Californie à San Francisco inclut également d'autres dispositifs sur sa liste de transmission sélective, notamment les segments d'anneaux intracornéens, les dispositifs rétiens, les dispositifs de drainage pour le glaucome et les implants palpébraux (*Gold weight*) [UCSF, 2020]. Par ailleurs, selon une étude américaine portant sur le développement d'une politique institutionnelle d'examen macroscopique pour certains spécimens, les dispositifs explantés pourraient faire l'objet d'un examen macroscopique uniquement [Arispe Angulo *et al.*, 2020].

2.3.20 Corps étranger

Aucun des guides retenus n'a émis de recommandations concernant ce type de spécimen. Cependant, parmi les organisations qui ont publié une liste de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie, dix ont inclut les corps étrangers sur leur liste de transmission sélective [UCSF, 2020; GHS, 2019; PHSA, 2019; SHA, 2018; DSM, 2017; AHS, 2016; PSP, 2013; UCDH, 2016; DUSM, 2009; CAP, 2007]. Par ailleurs, selon une étude américaine portant sur le développement d'une politique institutionnelle d'examen macroscopique de certains spécimens, les corps étrangers pourraient faire l'objet d'un examen macroscopique uniquement [Arispe Angulo *et al.*, 2020].

2.4 Perspective des parties prenantes

Selon les parties prenantes consultées, les résultats d'analyse histopathologique doivent être interprétés en tenant compte des renseignements cliniques afin d'obtenir un portrait global de la situation et d'offrir au patient la prise en charge la plus appropriée à sa condition. Notamment, concernant certains spécimens ou prélèvements chirurgicaux, l'analyse histopathologique devrait être réservée aux cas dont la présentation clinique est inhabituelle afin de préciser le diagnostic ou de dissiper un doute. Par ailleurs, dans certaines situations où la chirurgie constitue le traitement, ce sont les examens préopératoires qui permettent de poser le diagnostic et d'orienter la prise en charge du patient. Dans ce contexte, l'utilité de l'analyse histopathologique pour la prise en charge du patient est limitée, voire nulle.

Une liste préliminaire de 23 prélèvements issus de la chirurgie ophtalmologique a été élaborée. Cette liste préliminaire comprenait 22 spécimens recensés dans la littérature, auxquels certaines parties prenantes consultées ont ajouté les tissus excédentaires du donneur lors d'une greffe de cornée. Après un regroupement qui a réduit la liste

préliminaire à 20, le risque de découverte fortuite cliniquement significative a été jugé faible, à l'unanimité, pour 16 des 20 prélèvements (voir l'encadré à la fin de la [section 2.4](#)). Aucun enjeu ou nulle remise en question de la pertinence d'ajouter ces prélèvements à la liste de transmission sélective n'a été émis par les autres parties prenantes consultées.

Pour simplifier et clarifier le libellé de certains des prélèvements inclus à la liste de transmission sélective, il a été proposé d'employer uniquement « Cristallin » comme libellé, ce qui regroupe le cristallin retiré lors d'une extraction extracapsulaire par phacoémulsification effectuée pour une cataracte ainsi que le cristallin intact retiré lors d'une extraction intracapsulaire réalisée pour corriger une cataracte. Afin de regrouper les spécimens associés à la chirurgie de correction du strabisme, il a été proposé de combiner les muscles extraoculaires, les tendons et les tissus mous normaux sous un même libellé, soit « Muscle extraoculaire, tendon et tissu mou normal retirés lors d'une chirurgie de correction du strabisme ». Il a également été précisé qu'il serait préférable de parler de « Tissu retiré lors d'une chirurgie filtrante pour glaucome » pour inclure à la fois le tissu scléral retiré lors d'une trabéculéctomie et les spécimens de réseau trabéculaire.

Au terme de la première itération du processus Delphi simplifié, 19 des 23 prélèvements proposés ont obtenu le consensus des membres du comité consultatif (annexe H du document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2022]). Dans la liste, il a été convenu que trois prélèvements devraient toujours être envoyés au laboratoire d'anatomopathologie, à savoir les sacs lacrymaux, les conjonctives prélevées lors d'une chirurgie du segment antérieur – y compris la caroncule, le ptérygion et la pinguécula – et les spécimens issus d'une éviscération ou d'une énucléation. Les 16 prélèvements restants pourraient être inscrits sur la liste de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie et ainsi être exemptés d'un examen macroscopique et microscopique, (sauf en cas de doute ou de pathologie soupçonnée). Lors de la seconde itération, il a été jugé de façon unanime qu'un quatrième spécimen devait être exclu de la liste de transmission sélective en raison du risque de découverte fortuite trop élevé à l'examen anatomopathologique, soit les spécimens d'iris, de corps ciliaire et de choroïde.

Les sections suivantes constituent une synthèse de la perspective des parties prenantes consultées au regard de certains prélèvements issus de la chirurgie ophtalmologique.

2.4.1 Chalazion

Tel qu'il est présenté à la [section 2.3.1](#) du présent rapport, le guide conjoint du Royal College of Ophthalmologists et du Royal College of Pathologists [2010] recommande l'envoi sélectif des spécimens de chalazion prélevés chez des patients de moins de 40 ans. À cet égard, les parties prenantes consultées soulignent qu'un chalazion peut être cliniquement confondu avec un carcinome sébacé, un cancer plus fréquent chez les patients âgés de 40 ans et plus, et que tous les prélèvements de chalazion chez ces personnes devraient effectivement être envoyés de façon systématique au laboratoire d'anatomopathologie pour confirmer le diagnostic et ainsi éviter de laisser passer un cas

de tumeur maligne. Il a toutefois été précisé que la limite d'âge de 40 ans proposée par le Royal College of Ophthalmologists et le Royal College of Pathologists est plutôt arbitraire. Malgré le manque de données probantes concernant le risque de pathologie oculaire maligne dans la population pédiatrique, certaines parties prenantes ont souligné que le risque de découverte fortuite cliniquement significative est très faible concernant les prélèvements de chalazion effectués chez les personnes de moins de 18 ans, surtout s'il s'agit d'un premier chalazion d'aspect typique, et que ces prélèvements ne sont actuellement pas envoyés, en pratique, pour une analyse histopathologique. Cependant, elles ajoutent qu'il y a beaucoup d'incertitude concernant les personnes âgées de 18 à 40 ans. Bien que le risque de carcinome sébacé soit très faible pour ce groupe d'âge, on a rapporté le cas récent d'une personne qui avait entre 38 et 43 ans et qui s'est présentée avec un petit chalazion qui s'est avéré un carcinome sébacé après analyse histologique. Il y avait également une propagation pagétoïde sur toute la surface de la conjonctive, qui était pourtant d'apparence normale, ce qui a mené à l'exentération. De plus, on a mentionné le cas de deux personnes chez qui on a enlevé des chalazions qui se sont avérés des carcinomes basocellulaires. Par ailleurs, les données probantes recueillies font état de cas de cancer et de précancer pour 1,6 % des chalazions analysés, sans toutefois que soit rapporté l'âge des patients concernés. Compte tenu de l'ensemble de cette information, les parties prenantes consultées ont donc jugé plus prudent de n'inclure à la liste de transmission sélective que les chalazions typiques non récurrents chez les personnes âgées de moins de 18 ans.

2.4.2 Acrochordon

Certaines parties prenantes consultées ont souligné que, selon leur expérience clinique, le résultat de l'analyse histopathologique des spécimens transmis avec un diagnostic clinique d'acrochordon est très fréquemment bénin. Cependant, elles ont aussi observé dans leur pratique quelques rares cas de lésions précancéreuses (p. ex. kératose actinique, nævus atypique) et de carcinomes basocellulaires avec ce type de prélèvement. Compte tenu de la rareté de la découverte de cas de pathologies malignes fortuites et la possibilité pour le clinicien de diriger le patient vers un dermatologue en cas de doute, les parties prenantes ont jugé que le niveau de risque n'était pas suffisant pour justifier l'envoi systématique de tous les spécimens d'acrochordon au laboratoire d'anatomopathologie. Par ailleurs, les spécimens d'acrochordon ayant été inclus à la liste de transmission sélective dans le rapport de l'INESSS portant sur la « Chirurgie générale, la plastie et la dermatologie », les parties prenantes consultées se sont montrées convaincues d'inclure les acrochordons à la liste de transmission sélective en ophtalmologie sous le même libellé, soit « Acrochordon qui ne laisse aucun doute sur sa nature bénigne ». Il a été jugé que ce libellé laisse place au jugement clinique et suggère une réflexion du clinicien quant à son expertise à évaluer ce type de lésion cutanée.

2.4.3 Spécimen de cornée prélevé lors d'une kératoplastie

Concernant les spécimens de cornée, le guide conjoint du Royal College of Ophthalmologists et du Royal College of Pathologists [RCO-RCP, 2010] présenté à la [section 2.3.3](#) du présent rapport mentionne qu'ils devraient tous être soumis à une analyse histopathologique. Par contre, les études primaires présentées à la [section 2.2.2](#) de ce rapport ont révélé une forte concordance entre les diagnostics clinique et histopathologique. Selon une des parties prenantes consultées, spécialiste en chirurgie de la cornée, le résultat de l'analyse histopathologique d'une cornée excisée influe rarement sur la prise en charge du patient après la chirurgie. Pour une majorité de cas, le diagnostic est clinique (p. ex. dystrophie de Fuch's, kératocône, cicatrice/trauma, kératite interstitielle, etc.). De même, dans le cas d'un greffon décompensé excisé, le résultat de l'analyse histopathologique influe rarement sur la prise en charge du patient après la chirurgie. Dans la plupart des cas, ce résultat ne permet pas de conclure à une décompensation versus un rejet. Par ailleurs, étant donné que la greffe de cornée est réalisée uniquement par les cornéologues surspécialisés, il y aurait peu de risques de manquer un diagnostic cliniquement significatif. Sur la base de cette information et de la forte concordance entre les diagnostics clinique et histopathologique rapportée dans les études primaires retenues, les parties prenantes consultées se sont entendues pour que les spécimens de cornée prélevés lors d'une kératoplastie, ainsi que les tissus excédentaires du donneur, soient transmis de façon sélective au laboratoire d'anatomopathologie. Elles précisent toutefois que les spécimens de greffe perforante, de greffe lamellaire ou les reprises de greffe, y compris les greffes endothéliales, devront être systématiquement transmis au laboratoire d'anatomopathologie.

En résumé

Les prélèvements chirurgicaux suivants, issus de l'ophtalmologie, qui ont fait consensus au comité consultatif, au comité de suivi ainsi qu'en validation externe, pourront être transmis de façon sélective au laboratoire d'anatomopathologie :

1. Chalazion typique non récurrent chez les personnes âgées de moins de 18 ans
2. Acrochordon qui ne laisse aucun doute sur sa nature bénigne
3. Ectropion / entropion
4. Spécimen issu d'une blépharoplastie esthétique ou fonctionnelle
5. Os nasolacrymal retiré lors d'une dacryocystorhinostomie
6. Os ou tissu mou normal retirés lors d'une décompression orbitaire
7. Muscle extraoculaire, tendon et tissu mou normal retirés lors d'une chirurgie de correction du strabisme
8. Cristallin
9. Tissu retiré lors d'une chirurgie filtrante pour glaucome
10. Spécimen issu d'une iridectomie périphérique
11. Spécimen de cornée prélevé lors d'une kératoplastie
12. Tissu excédentaire du donneur lors d'une greffe de cornée
13. Spécimen issu d'une vitrectomie thérapeutique
14. Membrane épirétinienne, subrétinienne ou choroïdienne
15. Implant, dispositif et matériau explantés
16. Corps étranger

2.5 Modalités en soutien au processus de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie

Les enjeux organisationnels, cliniques, éthiques et juridiques associés à la transmission sélective des prélèvements chirurgicaux pour examen en anatomopathologie ont été examinés en détail dans les volets précédents du chantier sur ce sujet [INESSS, 2021a; INESSS, 2021b; INESSS, 2021c]. Aucun enjeu supplémentaire spécifique à la chirurgie ophtalmologique n'a été rapporté par les parties prenantes consultées au cours des présents travaux. Néanmoins, certains éléments associés à l'exhaustivité et à la pérennité des listes élaborées ont été soulevés. En effet, il y a un risque à dresser des listes dans le contexte d'une pratique qui évolue. Cependant, comme les listes ne se substituent pas au jugement du clinicien, ce dernier pourrait justifier l'écart au regard de la norme par de nouvelles connaissances scientifiques ou cliniques ou encore par des pratiques usuelles ou évolutives de sa spécialité. Les listes sont élaborées pour soutenir le jugement du médecin. Il est attendu qu'un ajustement des listes sera éventuellement nécessaire si des cas de pathologies cliniquement significatives devaient survenir après la mise en œuvre des recommandations.

2.5.1 Documentation des procédures chirurgicales et des prélèvements non transmis au laboratoire d'anatomopathologie

Selon les parties prenantes en ophtalmologie consultées, l'utilisation des résultats des analyses histopathologiques comme preuves de prélèvement des tissus lors d'une chirurgie serait parfois jugée nécessaire lors d'enquêtes menées en cas de litige. Dans la majorité des cas, il s'agit de tissus normaux transmis par le clinicien au laboratoire d'anatomopathologie uniquement pour prouver que la procédure chirurgicale a été menée. Bien que la documentation du devenir du prélèvement chirurgical et, le cas échéant, de l'analyse histopathologique soit jugée déterminante par les parties prenantes consultées, des réticences relatives à l'implantation de modalités de documentation supplémentaires ont été exprimées. Selon la norme professionnelle en vigueur, la décision d'envoyer ou non les prélèvements chirurgicaux au laboratoire doit être documentée au protocole et aux notes opératoires dans le dossier du patient. L'ajout d'un formulaire standardisé qui permettrait de documenter le retrait, l'apparence (normalité ou anomalie observée) et l'omission de l'envoi de la pièce chirurgicale au laboratoire d'anatomopathologie risquerait d'être un frein à l'acceptabilité et à l'applicabilité de la mesure. Un moyen non contraignant, entraînant un minimum de travail pour les chirurgiens, et témoignant de l'exercice du jugement clinique relatif au non-envoi en laboratoire d'un spécimen inscrit sur la liste ou non est souhaitable pour atteindre l'objectif des travaux, soit la diminution du nombre des envois de spécimens dont l'examen anatomopathologique est peu susceptible de fournir une information utile à la prise en charge du patient.

2.6 Analyse économique

Il est actuellement difficile d'estimer, même intuitivement, les économies qui pourraient découler de l'envoi sélectif des prélèvements au laboratoire d'anatomopathologie, et ce, principalement en raison de l'incapacité à identifier et à quantifier, dans les bases de données les analyses anatomopathologiques jugées non pertinentes. Il a toutefois été soulevé par les parties prenantes consultées que le volume de spécimens issus de l'ophtalmologie est relativement faible comparativement à la dermatologie ou à la gynécologie. À titre indicatif, en moyenne, 775 spécimens issus de la chirurgie ophtalmologique ont été transmis annuellement au laboratoire d'anatomopathologie du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec¹⁶ par un des ophtalmologistes de Québec. Bien que certains spécimens soient plutôt analysés en dermatopathologie (peau des paupières) ou en hématopathologie (cas de lymphome), les données présentées ci-dessous seraient assez conformes à la réalité selon les parties prenantes :

- 2019 : 919 cas dont 23 (2,5 %) avec analyse macroscopique seulement;
- 2020 : 618 cas dont 23 (3,7 %) avec analyse macroscopique seulement;
- 2021 : 787 cas dont 16 (2,0 %) avec analyse macroscopique seulement.

Selon ces données, le nombre de cas où seulement un examen macroscopique a été fait permettrait d'estimer qu'en moyenne au moins 2,7 % des cas pourraient ne pas être transmis au laboratoire d'anatomopathologie.

2.7 Enjeux médico-légaux

À la demande des parties prenantes au début du chantier sur la pertinence en anatomopathologie, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) a été consultée afin de valider certains enjeux médico-légaux potentiellement associés à la transmission sélective de pièces chirurgicales au laboratoire d'anatomopathologie. L'information obtenue indique qu'au Canada, entre 2016 et 2021, un petit nombre de cas seulement concernait un médecin qui aurait été critiqué par ses pairs pour avoir omis d'envoyer un spécimen au laboratoire d'anatomopathologie. L'ACPM souligne cependant que ces données comportent plusieurs limites et biais et qu'elles doivent donc être interprétées avec précaution.

¹⁶ Information transmise par le D^r Luc Vaillancourt, pathologiste spécialisé en ophtalmologie au CHU de Québec (2022-02-22).

CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Dans le but de réduire le nombre des demandes d'examens non pertinents et de favoriser l'utilisation optimale des ressources en anatomopathologie, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), de produire des recommandations afin de guider les cliniciens dans leur décision de transmettre ou non certains prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie. Le présent avis avait donc pour objectif principal de déterminer quels prélèvements chirurgicaux issus de l'ophtalmologie pourraient être sélectionnés pour une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie.

Les enjeux d'acceptabilité et d'applicabilité des modalités du processus d'envoi sélectif déterminés dans les volets précédents des travaux de pertinence en anatomopathologie ont aussi été appréciés dans le contexte de la chirurgie ophtalmologique.

À la lumière de l'analyse et de l'intégration de l'ensemble de l'information colligée, l'INESSS a formulé une série de constats d'ordre général concernant la transmission de prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse.

Au regard de **l'utilité clinique globale** des examens anatomopathologiques des prélèvements chirurgicaux :

- la décision d'envoyer ou non des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie repose généralement sur une suspicion clinique, une valeur diagnostique ou une valeur pronostique des examens anatomopathologiques;
- l'évolution des connaissances, des technologies et des pratiques entraîne inévitablement des changements concernant la pertinence clinique de transmettre ou non au laboratoire certains de ces prélèvements;
- en raison de la nature et de l'objet de l'intervention ou encore des caractéristiques du tissu ou de l'organe, plusieurs spécimens prélevés doivent être systématiquement transmis au laboratoire d'anatomopathologie, alors que d'autres non. Pour certains, la valeur d'un envoi systématique au laboratoire peut être remise en question; la décision devrait être prise au cas par cas selon les données scientifiques disponibles, les recommandations de bonne pratique clinique de même que le tableau clinique et le jugement du chirurgien.

Au regard des **modalités de transmission** des prélèvements pour examen en anatomopathologie :

- plusieurs sociétés savantes, dont le College of American Pathologists (CAP), proposent des modèles de transmission sélective de certains prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie, et ce, dans le but de favoriser l'utilisation efficiente des ressources de ce laboratoire;
- les listes de prélèvements qui peuvent faire l'objet d'une transmission sélective pour examen en anatomopathologie, telles que proposées par les lignes directrices examinées et certains établissements québécois, comportent des divergences relatives au nombre et au type des prélèvements;
- la pratique ne semble pas harmonisée à l'échelle du Québec; des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux ont déjà mis en application une politique sur la transmission sélective de certains prélèvements chirurgicaux, alors que d'autres non;
- la communication de l'information clinique pertinente (p. ex. intervention réalisée, diagnostic préopératoire, observations peropératoires inhabituelles, préoccupations particulières) est un élément fondamental de la réalisation d'un examen anatomopathologique approprié.

Au regard de la **pratique professionnelle des médecins** qui font les prélèvements :

- il existe des moyens appropriés autres que l'envoi d'un spécimen au laboratoire d'anatomopathologie pour vérifier qu'un prélèvement a été effectué – p. ex. confirmation par le personnel infirmier, notes opératoires;
- les normes relatives à la tenue des dossiers et registres par un médecin sont encadrées par règlement. Ainsi, les notes opératoires et le protocole opératoire du chirurgien constituent des documents officiels dans lesquels tout prélèvement fait au cours d'une intervention chirurgicale doit être documenté et inclus au dossier du patient. Le protocole opératoire doit être rédigé ou dicté au cours des 24 heures qui suivent l'intervention. Cette pratique vaut autant pour les médecins pratiquant dans les établissements publics que privés du réseau de la santé et des services sociaux.

Au regard de l'**utilité clinique** des examens anatomopathologiques de prélèvements issus **de la chirurgie ophtalmologique**,

- sur 23 prélèvements chirurgicaux initialement inventoriés et après un regroupement qui a réduit cette liste à 20, le risque de découverte fortuite cliniquement significative a été jugé faible pour 16 des 20 prélèvements; 15 sont basés sur la littérature examinée et les listes de transmission existantes inventoriées, et 1 est basé uniquement sur la perspective des parties prenantes consultées;

- quatre des 20 prélèvements chirurgicaux ont finalement été exclus de la liste de transmission sélective en raison du risque de découverte fortuite à l'examen anatomopathologique;
- la liste des prélèvements qui pourraient faire l'objet d'une transmission sélective, élaborée dans les présents travaux, bonifie celles déjà publiées par d'autres autorités :
 - contrairement aux listes de transmission repérées dans quatre provinces canadiennes, la liste élaborée dans le cadre des présents travaux inclut les prélèvements issus de la chirurgie des paupières (chalazion, ectropion/entropion, acrochordon), de la chirurgie du glaucome, de la vitrectomie et de la dacryocystorhinostomie;
 - deux prélèvements chirurgicaux absents de toutes les listes de transmission sélective retenues ont été ajoutés à la liste de l'INESSS : 1) Os retiré lors d'une décompression orbitaire; 2) Tissu excédentaire du donneur lors d'une greffe de la cornée.

Au regard des **économies potentiellement** associées à un changement de pratique concernant l'envoi des prélèvements pour examen en anatomopathologie :

- les recommandations de transmission sélective formulées par certaines sociétés savantes et organisations ont entraîné une diminution de la charge de travail associée à l'analyse de spécimens dont la valeur clinique est limitée ou nulle;
- il est actuellement difficile d'estimer, même intuitivement, les économies qui pourraient découler de l'envoi sélectif des prélèvements au laboratoire d'anatomopathologie, et ce, principalement en raison de l'incapacité à identifier et à quantifier dans les bases de données les analyses anatomopathologiques jugées non pertinentes.

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS CHIRURGICAUX AU LABORATOIRE D'ANATOMOPATHOLOGIE

À la lumière de ces constats, l'INESSS, en collaboration avec les parties prenantes consultées, a formulé un ensemble de recommandations visant à favoriser une utilisation plus judicieuse des ressources en anatomopathologie, et ce, sans compromettre la qualité et la sécurité des soins et services offerts aux patients. Les premières recommandations se veulent générales et s'appliquent à toutes les disciplines chirurgicales concernées par le prélèvement et l'envoi de spécimens pour examen en anatomopathologie¹⁷.

Ces recommandations sont reprises dans chacun des six avis du chantier de pertinence en anatomopathologie. Elles sont suivies par une recommandation plus spécifique à la chirurgie ophtalmologique, soit une liste de spécimens qui peuvent faire l'objet d'une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie. Finalement, des

¹⁷ Certaines dispositions sont formulées dans le respect des normes professionnelles en vigueur au Québec.

recommandations visant à favoriser la mise en œuvre et le suivi des changements proposés sont aussi formulées.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS CHIRURGICAUX AU LABORATOIRE D'ANATOMOPATHOLOGIE

L'INESSS estime que certains prélèvements chirurgicaux pourraient ne plus être envoyés systématiquement aux laboratoires d'anatomopathologie aux fins d'analyse, et ce, au sein des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux. Ces prélèvements pourraient faire l'objet d'une transmission sélective selon le jugement clinique.

Pour être transmis de façon sélective, un prélèvement devrait :

- figurer sur une liste de transmission sélective à l'examen anatomopathologique; et
- provenir d'une intervention chirurgicale pour laquelle aucun processus néoplasique, infectieux ou autre condition médicale significative, suggérant l'intérêt d'un avis en anatomopathologie, n'est soupçonné par le clinicien à la lumière des observations pré et peropératoires.

Tous les spécimens chirurgicaux (organes, tissus, appareils, dispositifs médicaux, corps étrangers) non transmis au département d'anatomopathologie doivent faire l'objet d'un examen visuel par le chirurgien, et ce, afin de confirmer que la pièce ne présente pas d'anomalie inattendue et que les observations pré et peropératoires sont conformes aux attentes^{18, 19}.

Le retrait, les résultats de l'examen visuel, les observations peropératoires et l'omission de la transmission d'un spécimen en anatomopathologie doivent être documentés au dossier du patient par le chirurgien^{11, 20}.

La liste de transmission sélective proposée dans ce rapport ne devrait en aucun cas se substituer au jugement clinique.

De ce fait, les pièces inscrites sur la liste de transmission sélective peuvent en tout temps être transmises au laboratoire d'anatomopathologie, selon le jugement du clinicien, en cas d'incertitude ou de préoccupation pour la santé du patient.

Les renseignements cliniques pertinents qui justifient l'envoi en anatomopathologie d'une pièce figurant sur une liste de transmission sélective au laboratoire doivent être inscrits sur la demande d'examen afin de guider les recherches anatomopathologiques²¹.

¹⁸ « Tout protocole opératoire doit contenir les éléments pertinents à l'intervention pratiquée (le diagnostic préopératoire, l'intervention effectuée, le diagnostic postopératoire, les constatations normales ou anormales faites en cours d'intervention incluant les organes examinés et le genre d'examen, etc.). Le protocole opératoire doit être rédigé ou dicté dans les 24 heures qui suivent » [CMQ, 2005, p. 29] (consulté le 18 février 2022).

¹⁹ Les normes d'élimination des déchets biologiques et biomédicaux doivent être appliquées aux pièces qui ne sont pas transmises au laboratoire d'anatomopathologie. *Règlement sur les déchets biomédicaux, Loi sur la qualité de l'environnement* (chapitre Q-2, R. 12, art. 59), disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/Q2,%20r.%2012> (consulté le 18 février 2022).

²⁰ « À la fin de l'intervention, le chirurgien doit ajouter une note postopératoire décrivant sommairement les constatations opératoires, l'intervention pratiquée, les incidents, les pertes sanguines et les complications peropératoires, le cas échéant, ainsi que l'état du patient à la fin de l'intervention » [CMQ, 2005, p. 19] (consulté le 18 février 2022).

²¹ « Toute demande d'examen anatomopathologique doit comporter la mention du lieu d'origine (hôpital, cabinet, bloc opératoire, clinique de consultation externe, etc.) et les renseignements sur l'identité du patient (nom, prénom, adresse, sexe, âge, numéro d'assurance maladie, numéro du dossier hospitalier), la date du prélèvement, la mention de l'intervention pratiquée, les diagnostics pré- et postopératoires, la nature et la provenance du spécimen et tout autre renseignement clinique pertinent » [CMQ, 2005, p. 24] (consulté le 18 février 2022).

L'INESSS, au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information colligée, recommande que les prélèvements chirurgicaux suivants fassent l'objet d'une transmission sélective aux laboratoires d'anatomopathologie aux fins d'analyse, et ce, à l'échelle du Québec.

! Cette liste ne se substitue pas au jugement du clinicien.

- Chalazion typique non récurrent chez les personnes âgées de moins de 18 ans
- Acrochordon qui ne laisse aucun doute sur sa nature bénigne
- Ectropion / entropion
- Spécimen issu d'une blépharoplastie esthétique ou fonctionnelle
- Os nasolacrymal retiré lors d'une dacryocystorhinostomie
- Os ou tissu mou normal retirés lors d'une décompression orbitaire
- Muscle extraoculaire, tendon et tissu mou normal retirés lors d'une chirurgie de correction du strabisme
- Cristallin
- Tissu retiré lors d'une chirurgie filtrante pour glaucome
- Spécimen issu d'une iridectomie périphérique
- Spécimen de cornée prélevé lors d'une kératoplastie
- Tissu excédentaire du donneur lors d'une greffe de cornée
- Spécimen issu d'une vitrectomie thérapeutique
- Membrane épirétinienne, subrétinienne ou choroïdienne
- Implant, dispositif et matériau explantés
- Corps étranger

RECOMMANDATIONS VISANT À FAVORISER LA MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI D'UN PROCESSUS DE TRANSMISSION SÉLECTIVE DE CERTAINS PRÉLÈVEMENTS

- Les recommandations et la liste de transmission sélective proposées dans cet avis devraient faire l'objet d'un processus de diffusion et de communication structuré auprès des ordres et associations professionnels ainsi qu'au sein des milieux universitaires.
- Une démarche d'implantation progressive des recommandations devrait être planifiée afin de faciliter la gestion optimale du changement. Celle-ci devrait être élaborée conjointement avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, les directeurs des services professionnels, les codirecteurs OPTILAB et autres instances responsables de la qualité. Cette démarche devrait prévoir le développement et l'implantation d'un processus permettant de mesurer la conformité aux recommandations et la qualité de la pratique.
- Une modalité de documentation des raisons du non-envoi au laboratoire d'anatomopathologie de la pièce chirurgicale, qu'elle soit ou non inscrite à la liste, pourrait être envisagée au sein des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux. Cette modalité, qui devrait demeurer simple et rapide, témoignerait de l'exercice du jugement clinique.
- Une démarche de révision et de normalisation de la codification des actes médicaux et des analyses d'anatomopathologie devrait être menée afin de faciliter la collecte et l'interprétation des données médico-administratives et ainsi de rendre possible le suivi des mesures d'optimisation déployées.

FORCES ET LIMITES DES TRAVAUX

Afin d'élaborer la liste de transmission sélective de prélèvements en chirurgie ophtalmologique, une approche intégrée basée sur l'appréciation des données scientifiques issues d'une recherche systématique et de la perspective des parties prenantes a été privilégiée. La consultation des membres du comité consultatif, constitué d'ophtalmologistes et d'anatomopathologistes spécialisés en ophtalmologie, ainsi que du comité de suivi composé, notamment, de personnes représentant les différentes associations professionnelles concernées, d'un gestionnaire du réseau de la santé, d'un avocat et éthicien et de représentants de la Régie de l'assurance maladie du Québec, du ministère de la Santé et des Services sociaux et du Collège des médecins du Québec, a permis de pallier les limites reconnues des présents travaux. De plus, la validation externe de la pertinence du contenu et de la qualité scientifique globale du présent avis ont été évaluées par deux lecteurs externes.

Ces travaux comportent certaines limites qui doivent être soulignées. Tout d'abord, les études primaires retenues reposent principalement sur des données rétrospectives obtenues de bases de données d'un seul établissement. De plus, un biais de sélection pourrait être associé à certaines études où ce ne sont pas tous les spécimens qui ont été analysés au laboratoire d'anatomopathologie. À noter également qu'aucune étude ne portait uniquement sur la population pédiatrique. Même si certaines études incluaient des patients pédiatriques, les données relatives à cette population n'ont pas été distinguées des données de la population adulte. Enfin, pour plusieurs prélèvements chirurgicaux, aucune étude primaire n'a été retenue selon les critères de sélection préétablis. Ainsi, pour ces prélèvements, les recommandations de l'INESSS ont été élaborées en collaboration avec les membres du comité consultatif sur la base des guides de pratique clinique et des listes de transmission sélective retenus ainsi que de l'expérience clinique des membres du comité consultatif, puis elles ont été validées par les membres du comité de suivi et les deux lecteurs externes.

RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX

Globalement, l'implantation d'un modèle sélectif de transmission de prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie devrait favoriser l'optimisation des ressources d'anatomopathologie et assurer la cohérence entre les établissements. Elle pourrait notamment contribuer à réduire les délais d'attente pour les analyses prioritaires comme les analyses à visée oncologique. Les prélèvements qui figurent sur la liste de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie sont associés à un faible risque de découverte fortuite cliniquement significative et ne devraient pas compromettre la qualité des soins donnés aux patients concernés. Comme prévu par la *Loi médicale*, tous les spécimens chirurgicaux doivent faire l'objet d'un examen visuel par le chirurgien, même ceux inscrits sur la liste de transmission sélective. En cas de doute et selon le jugement du clinicien, toute pièce inscrite à la liste qui présente une anomalie inattendue ou qui est jugée non conforme aux attentes devra être transmise au laboratoire pour un examen anatomopathologique.

Les recommandations formulées dans cet avis concernant la transmission sélective de 16 prélèvements issus de la chirurgie ophtalmologique au laboratoire d'anatomopathologie devraient guider les chirurgiens dans leur prise de décision et contribuer à un usage plus judicieux des ressources en anatomopathologie. Bien que les affections de l'œil pouvant donner lieu à un prélèvement chirurgical soient nombreuses, la liste proposée regroupe les types de spécimens les plus courants dont le niveau de risque pour le patient a été jugé faible et pour lesquels l'examen anatomopathologique est peu susceptible de fournir une information utile à la prise en charge du patient. Divers types de chirurgie ont été explorés tout en tenant compte du fait qu'il est difficile de prévoir tous les spécimens pathologiques et les scénarios cliniques possibles. Les changements de pratique qui pourraient découler des présents travaux dépendront cependant de la diffusion et de l'implantation des recommandations dans les différents établissements de santé du Québec. Une implantation progressive impliquant la concertation entre le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, les directeurs des services professionnels, les codirecteurs OPTILAB et les autres instances responsables de la qualité des soins sera requise pour faciliter les changements et assurer la gestion optimale des risques ainsi que la qualité de l'acte médical.

Concernant les économies potentiellement associées à un changement de pratique relativement à l'envoi des prélèvements pour examen en anatomopathologie, il est actuellement difficile de les estimer. Cela s'explique principalement par l'incapacité à quantifier le volume des actes concernés par les changements de pratique souhaités ainsi que par les pratiques très hétérogènes entre les établissements. L'amélioration du système de codification des actes permettrait de suivre le volume des examens réalisés et de mesurer la conformité de la pratique au regard des recommandations formulées. Selon les parties prenantes consultées, certains prélèvements chirurgicaux en ophtalmologie ne sont actuellement pas transmis au laboratoire d'anatomopathologie. Cela pourrait être expliqué par la taille de certains prélèvements ou leur aspect macroscopique altéré découlant de la technique chirurgicale employée (p. ex. spécimens

de chirurgie de la cataracte, spécimens de réseau trabéculaire) et par l'expérience du chirurgien. Ainsi, l'inscription à la liste de transmission sélective de ces prélèvements actuellement non transmis aurait un impact limité sur la charge de travail du personnel des laboratoires d'anatomopathologie.

En se basant sur les connaissances scientifiques disponibles au moment de leur formulation, il est possible que les présentes recommandations soient modifiées selon les avancées scientifiques futures qui pourraient rendre l'examen anatomopathologique de certaines pièces chirurgicales cliniquement utile.

MISE À JOUR

La pertinence de mettre à jour cet avis sera évaluée dans quatre ans, soit en 2026, selon l'avancement des données scientifiques et les besoins de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux au regard de travaux futurs. Pour ce faire, une revue exploratoire des positions et des recommandations issues de la littérature sera effectuée afin de vérifier si de nouvelles mises à jour sont disponibles. Une revue exploratoire de la littérature scientifique pourrait également être réalisée. Au besoin, les experts qui ont accompagné nos travaux pourraient être consultés afin de vérifier avec eux s'ils jugent nécessaire de faire une mise à jour des documents.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections : trousse d'outils de l'évaluation clinique. Ottawa, ON : ASPC; 2014. Disponible à : http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP40-119-2014-fra.pdf.
- Alberta Health Services (AHS). Exempt Tissue Guidelines. Edmonton, AB : AHS; 2016. Disponible à : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/wf/lab/wf-lab-exempt-tissue-guidelines.pdf>.
- Alkatan H et Al-Qurashi M. Is routine histopathological examination of dacryocystorhinostomy/dacryocystectomy specimens necessary? A tertiary eye hospital experience. *Can J Ophthalmol* 2017;52(1):34-41.
- Altan-Yaycioglu R, Canan H, Sizmaz S, Bal N, Pelit A, Akova YA. Nasolacrimal duct obstruction: Clinicopathologic analysis of 205 cases. *Orbit* 2010;29(5):254-8.
- Amin RM, Hussein FA, Idriss HF, Hanafy NF, Abdallah DM. Pathological, immunohistochemical and microbiological analysis of lacrimal sac biopsies in patients with chronic dacryocystitis. *Int J Ophthalmol* 2013;6(6):817-26.
- Anderson NG, Wojno TH, Grossniklaus HE. Clinicopathologic findings from lacrimal sac biopsy specimens obtained during dacryocystorhinostomy. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 2003;19(3):173-6.
- 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.
- Banks C, Scangas GA, Husain Q, Hatton MP, Fullerton Z, Metson R. The role of routine nasolacrimal sac biopsy during endoscopic dacryocystorhinostomy. *Laryngoscope* 2020;130(3):584-9.
- Bartley GB. Acquired lacrimal drainage obstruction: An etiologic classification system, case reports, and a review of the literature. Part 1. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 1992;8(4):237-42.
- Bernardini FP, Moin M, Kersten RC, Reeves D, Kulwin DR. Routine histopathologic evaluation of the lacrimal sac during dacryocystorhinostomy: How useful is it? *Ophthalmology* 2002;109(7):1214-8.
- Boulagnon C, Ducasse A, Patey M, Diebold MD, Arndt C. Cytopathology of vitreous humor samples in routine practice. *Acta Cytol* 2016;60(1):65-73.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. The Global Rating Scale complements the AGREE II in advancing the quality of practice guidelines. *J Clin Epidemiol* 2012;65(5):526-34.
- Burris CK, Azari AA, Eagle RC Jr, Rapuano CJ, Marangoz D, Potter HD, et al. Concordance between clinical and histopathological diagnoses of corneal specimens. *Ophthalmology* 2017;124(5):744-5.

- Collège des médecins du Québec (CMQ). La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Guide d'exercice. Montréal, Qc : CMQ; 2005. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2005-12-01-fr-tenue-des-dossiers-par-medecin-en-centre-hospitalier-de-soins-generaux-et-specialises.pdf>.
- 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; 2007. Disponible à : https://web.archive.org/web/20211206235155/https://webapps.cap.org/apps/docs/laboratory_accreditation/build/pdf/surgical_specimens.pdf.
- DeAngelis D, Hurwitz J, Oestreicher J, Howarth D. The pathogenesis and treatment of lacrimal obstruction: The value of lacrimal sac and bone analysis. *Orbit* 2001;20(3):163-72.
- 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>.
- Duke University School of Medicine (DUSM). 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 : DUSM; 2009. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20191114231422/https://pathology.duke.edu/sites/pathology.duke.edu/files/SurgPath-Tissue%20Exceptions%20attachment.pdf>.
- Eldsoky I, Ismaiel WF, Hasan A, Abdelazim MH, Ibrahim AA, Alsobky ME, Mohammed AR. The predictive value of nasolacrimal sac biopsy in endoscopic dacryocystorhinostomy. *Ann Med Surg (Lond)* 2021;65:102317.
- Guiu S, Michiels S, André F, Cortes J, Denkert C, Di Leo A, et al. Molecular subclasses of breast cancer: How do we define them? The IMPAKT 2012 Working Group Statement. *Ann Oncol* 2012;23(12):2997-3006.
- Gundersen Health System (GHS). Submission of tissue removed during surgery. Standard Operating Procedure. La Crosse, WI : GHS; 2019. Disponible à : <https://www.gundersenhealth.org/app/files/public/11d4678f-02ad-493f-81c4-abf24913620e/Lab-Policies-Submission-of-Tissue-Removed-During-Surgery-Lab-2500.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 ophtalmologique. Québec, Qc : INESSS; 2022. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications.html>.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Pertinence et indications de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie : la chirurgie générale, la plastie et la dermatologie. Québec, Qc : INESSS; 2021a. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/pertinence-et-indications-de-transmission-des-prelevements-chirurgicaux-au-laboratoire-danatomopathologie-la-chirurgie-generale-la-plastie-et-la-dermatologie.html>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Pertinence et indications de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie : la chirurgie en obstétrique-gynécologie et urologie. Québec, Qc : INESSS; 2021b. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/pertinence-et-indications-de-transmission-des-prelevements-chirurgicaux-au-laboratoire-danatomopathologie-la-chirurgie-en-obstetrique-gynecologie-et-urologie.html>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Pertinence et indications de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie : la chirurgie orthopédique et la neurochirurgie. Québec, Qc : INESSS; 2021c. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/pertinence-et-indications-de-transmission-des-prelevements-chirurgicaux-au-laboratoire-danatomopathologie.html>.
- Interior Health Laboratory Service (IHLS). Tissues exempt from pathological examination policy. Kelowna, BC : IHLS; 2022. Disponible à : <https://iha.labqms.com/labFrame.asp?DID=5454&ScH=T>.
- Irion LD et Thaug C. Tissue pathways for non-neoplastic ophthalmic pathology specimens – G141. Londres, Angleterre : Royal College of Pathologists (RCP); 2020. Disponible à : <https://www.rcpath.org/uploads/assets/079cd9e3-6fbd-4d14-9553766a63287653/G141-Tissue-pathways-for-non-neoplastic-ophthalmic-pathology-specimens.pdf>.
- Kersten RC, Ewing-Chow D, Kulwin DR, Gallon M. Accuracy of clinical diagnosis of cutaneous eyelid lesions. *Ophthalmology* 1997;104(3):479-84.
- Knezevic M, Stojkovic M, Jovanovic M, Stankovic Z, Rasic DM. A 7-year prospective study of routine histopathological evaluation of the lacrimal sac wall incisional biopsy specimens obtained during external dacryocystorhinostomy in adults and a review of the literature. *Med Oncol* 2012;29(1):396-400.
- Kord Valeshabad A, Naseripour M, Asghari R, Parhizgar SH, Parhizgar SE, Taghvaei M, Miri S. Enucleation and evisceration: Indications, complications and clinicopathological correlations. *Int J Ophthalmol* 2014;7(4):677-80.
- Lee-Wing MW et Ashenurst ME. Clinicopathologic analysis of 166 patients with primary acquired nasolacrimal duct obstruction. *Ophthalmology* 2001;108(11):2038-40.
- Merkonidis C, Brewis C, Yung M, Nussbaumer M. Is routine biopsy of the lacrimal sac wall indicated at dacryocystorhinostomy? A prospective study and literature review. *Br J Ophthalmol* 2005;89(12):1589-91.

- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. PLoS Med 2009;6(7):e1000097.
- Nash M, Skippen B, Gal A, Bengner R. The role of routine biopsy of the lacrimal sac during dacryocystorhinostomy surgery. Orbit 2015;34(6):320-3.
- NHS England. 2013/14 NHS Standard contract for ophthalmic pathology service (all ages). Londres, Angleterre : NHS England; 2013. Disponible à : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/d12-ophth-path-service-ad-child.pdf>.
- Ozdal PC, Codère F, Callejo S, Caissie AL, Burnier MN. Accuracy of the clinical diagnosis of chalazion. Eye (Lond) 2004;18(2):135-8.
- 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>.
- Provincial Health Services Authority (PHSA). Specimens not required for submission to pathology for examination. Vancouver, BC : PHSA; 2019. Disponible à : <http://www.bccss.org/bcaplm-site/Documents/Working%20Groups/AP/Specimens%20Not%20Required%20for%20Submission%20to%20Pathology%20for%20Examination.pdf>.
- Rauter D, Wolf A, Walch C, Tomazic PV. Is routine histological tissue sampling during endoscopic dacryocystorhinostomy advantageous? A retrospective analysis of 213 patients. Clin Otolaryngol 2018;43(4):1157-9.
- Rezaei Kanavi M, Javadi A, Javadi MA, Yaseri M, Feizi S. Concordance between clinical and histopathologic diagnosis in recipient corneas. Eur J Ophthalmol 2011;21(6):691-4.
- Royal College of Ophthalmologists (RCO). Ophthalmic pathology. Ophthalmic Service Guidance. Londres, Angleterre : RCO; 2016. Disponible à : <https://www.rcophth.ac.uk/wp-content/uploads/2020/09/Ocular-Pathology-July-2016.pdf>.
- Royal College of Ophthalmologists et Royal College of Pathologists (RCO-RCP). Appendix 1 - Guidance on referral of ophthalmic pathology specimens. Dans : NHS Standard contract for ophthalmic pathology service (all ages). Londres, Angleterre : NHS England; 2010 : 14-22. Disponible à : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/d12-ophth-path-service-ad-child.pdf>.
- Saeed MU, Chang BY, Khandwala M, Shivane AG, Chakrabarty A. Twenty year review of histopathological findings in enucleated/eviscerated eyes. J Clin Pathol 2006;59(2):153-5.
- Salour H, Hatami MM, Parvin M, Ferdowsi AA, Abrishami M, Bagheri A, et al. Clinicopathological study of lacrimal sac specimens obtained during DCR. Orbit 2010;29(5):250-3.

- 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.
- Sheldon CA, McCarthy JM, White VA. Correlation of clinical and pathologic diagnoses of corneal disease in penetrating keratoplasties in Vancouver: A 10-year review. *Can J Ophthalmol* 2012;47(1):5-10.
- Tucker N, Chow D, Stockl F, Codère F, Burnier M. Clinically suspected primary acquired nasolacrimal duct obstruction: Clinicopathologic review of 150 patients. *Ophthalmology* 1997;104(11):1882-6.
- Tyndall J. AACODS Checklist. Adélaïde, Australie : Flinders University; 2010. Disponible à :
http://dspace.flinders.edu.au/jspui/bitstream/2328/3326/4/AACODS_Checklist.pdf.
- 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.
- University of Iowa Hospitals and Clinics (UIHC). Handling, labeling and transportation of specimens and ophthalmic pathology consultation request forms. Iowa City, IA : UIHC; 2017. Disponible à :
https://medicine.uiowa.edu/eye/sites/medicine.uiowa.edu/eye/files/wysiwyg_uploads/UIHC-Specimen-Collection-Manual-InHouse_0.pdf.

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

Québec 

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

