


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

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
générale, la plastie et la dermatologie

Rédaction

Anne Bergeron

Collaboration

Simon Bélanger

Andrée Fortin

Catherine Gravel

Cedric Jehanno

Emmanuelle Tchekanda

Coordination scientifique

Éric Potvin

Marie-Claude Breton

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

Anne Bergeron, Ph. D.

Collaborateurs internes

Simon Bélanger, M. Sc., M.B.A.

Andrée Fortin, Ph. D.

Catherine Gravel, M. Sc., D. E. S. S.

Cedric Jehanno, M. Sc., M.B.A.

Emmanuelle Tchekanda, Ph. D. (professionnelle scientifique responsable 2019-2020)

Collaborateur externe

Dr Kouassi Michael Gandonou Migan, résident en anatomopathologie, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU) – Université Laval

Coordonnateurs scientifiques

Éric Potvin, Ph. D. (2019 à 2021)

Marie-Claude Breton, Ph. D. (2021)

Directrice adjointe, volets scientifique et transversal

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

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

Repérage d'information scientifique

Mathieu Plamondon, M.S.I.

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Flavie Jouadon, *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
Lucy Boothroyd, révision scientifique
de traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN 978-2-550-90604-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2021

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

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 générale, la plastie et la dermatologie. Avis rédigé par Anne Bergeron. Québec, Qc : INESSS; 2021. 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 d'experts sont :

D^r Jean-Pierre Arsenault, chirurgien général, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), Centre hospitalier régional du Grand-Portage

D^{re} Marie-Michèle Blouin, dermatologue, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec, Hôtel-Dieu de Québec

D^{re} Danielle Bouffard, anatomopathologiste, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

D^{re} Myriam Chevarie-Davis, anatomopathologiste, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

D^r Jean-François Dermine, anatomopathologiste, Hôpital régional de Rimouski

D^r Frédéric Mercier, chirurgien général, CHUM

D^{re} Cybèle Morin, médecin de famille, Clinique médicale Saint-Augustin

D^{re} Jennifer Sirois, anatomopathologiste, CISSS de Lanaudière, Hôpital Pierre-Le Gardeur

Comité de suivi

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

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

D^{re} Francine Cardinal, dermatologue, vice-présidente de l'Association des médecins spécialistes dermatologues du Québec (AMSDQ)

D^{re} Valérie Carré, obstétricienne-gynécologue, représentante de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ)

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

D^r Claude-Édouard Châtillon, neurochirurgien, membre et représentant de l'Association de neurochirurgie du Québec (ANCQ)

D^{re} Debora J. Davis, conseillère spéciale, Association canadienne de protection médicale (ACPM)

M^{me} Kathia Desbiens¹, infirmière, présidente de la Corporation des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Québec (CIISOQ) (2019)

M^{me} Aline Gagnon, infirmière, présidente de la Corporation des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Québec (CIISOQ) (2021)

¹ M^{me} Kathia Desbiens a agi comme représentante de la CIISOQ au début des travaux alors que M^{me} Aline Gagnon a représenté la Corporation pour la fin des travaux.

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, pédiatre, adjointe médicale à la Direction générale du 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 Steven P. Lapointe, urologue, président de l'Association des urologues du Québec (AUQ)

M^{me} Doris Levasseur Bourbeau², technologiste médicale, présidente de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ) (2019)

M^{me} Loan Luu, technologiste médicale, présidente de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ) (2021)

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

D^r Serge Tohmé, chirurgien orthopédiste, membre et représentant de l'Association d'orthopédie du Québec (AOQ)

Lectrices externes

Pour ce rapport, les lectrices externes sont :

D^{re} May Chergui, anatomopathologiste, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

D^{re} Geneviève Mercier-Couture, chirurgienne plasticienne, CHU de Québec

D^{re} Roselyne Villiard, chirurgienne générale, Centre hospitalier régional de Lanaudière

² M^{me} Doris Levasseur Bourbeau a agi comme représentante de l'OPTMQ au début des travaux alors que M^{me} Loan Luu a représenté l'Ordre pour la fin des travaux.

Autres contributions

L'institut tient à remercier aussi les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

M. Louis L'Heureux, soutien aux négociations – entente des spécialistes, Direction de l'expertise aux ententes et de la gestion intégrée des risques et des contrôles (DEEGIRC), Direction générale de la rémunération médicale (DGRM), Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

D^r Daniel Tardif, directeur des affaires régionales, Association canadienne de protection médicale (ACPM)

Déclaration d'intérêts

Les membres de l'équipe de projet de l'INESSS et les membres du comité consultatif déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce projet.

La D^{re} May Chergui a déclaré avoir été consultée par Novartis pour l'organisation des tests BRAF pour diagnostiquer le mélanome au Québec. Elle collabore également avec Sanofi pour la standardisation des rapports relatifs aux carcinomes épidermoïdes cutanés au Québec.

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
CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	IV
SUMMARY.....	X
FINDINGS AND RECOMMENDATIONS.....	XIII
SIGLES ET ACRONYMES	XIX
GLOSSAIRE	XXI
INTRODUCTION	1
1. MÉTHODOLOGIE.....	3
1.1. Question décisionnelle	3
1.2. Question d'évaluation	3
1.3. Méthode de synthèse des données scientifiques	4
1.3.1. Type de revue de la littérature	4
1.3.2. Stratégie de recherche et repérage de la littérature	4
1.3.3. Critères et processus de sélection des documents	4
1.3.4. Évaluation de la qualité méthodologique.....	4
1.3.5. Extraction des données issues de la littérature scientifique.....	5
1.3.6. Analyse et synthèse.....	5
1.4. Méthodes de synthèse de l'information clinique, des positions et des recommandations issues de la littérature.....	6
1.4.1. Type de revue de la littérature	6
1.4.2. Stratégie de recherche et repérage de la littérature	6
1.4.3. Critères et processus de sélection des documents	6
1.4.4. Évaluation de la qualité méthodologique	7
1.4.5. Extraction de l'information, recommandations et positions	8
1.4.6. Analyse et synthèse.....	8
1.5. Méthode de synthèse des données contextuelles	8
1.5.1. Information contextuelle à partir de documents gouvernementaux, paragouvernementaux, législatifs ou d'établissements, ou installations, du réseau de la santé du Québec, du Canada ou des États-Unis	8
1.6. Méthodes de synthèse des différentes perspectives recueillies à partir de consultations.....	9
1.6.1. Perspective des cliniciens, experts et décideurs	9
1.6.2. Perspective des ordres, fédérations et associations professionnelles	10
1.6.3. Régie de l'assurance maladie du Québec.....	10
1.6.4. Analyse et synthèse.....	10
1.6.5. Confidentialité des données et éléments éthiques	11
1.6.6. Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles.....	11
1.7. Analyse économique	11

1.8. Processus et méthode d'élaboration des recommandations	11
1.8.1. Groupe de travail	11
1.8.2. Processus et méthode de formulation des recommandations.....	11
1.9. Processus de validation externe	13
1.10. Mise à jour	13
2. RÉSULTATS	14
2.1. Utilité clinique de l'examen anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux.....	14
2.1.1. Sélection et description des documents retenus	14
2.1.2. Vésicules biliaires	14
2.1.3. Sacs herniaires inguinaux.....	19
2.1.4. Prélèvements issus de la plastie et de la dermatologie.....	22
2.2. Modalités de transmission des prélèvements chirurgicaux.....	26
2.2.1. Sélection et description des documents retenus	26
2.2.2. Positions et recommandations issues de la littérature	26
2.2.3. Modalités de transmission au Québec.....	28
2.2.4. Modalités de transmission au Canada et aux États-Unis	29
2.2.5. Perspective des experts et autres parties prenantes	31
2.3. Enjeux organisationnels, cliniques, éthiques et juridiques	32
2.3.1. Qualité de l'acte médical et accès au service d'anatomopathologie	32
2.3.2. Délai de remise des rapports de pathologie	33
2.3.3. Enjeux d'implantation	34
2.3.4. Enjeux médico-légaux.....	34
2.4. Évaluation économique liée à l'envoi sélectif des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie	35
2.5. Consultation par la méthode Delphi simplifiée	36
DISCUSSION.....	39
CONCLUSIONS.....	41
CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	42
RÉFÉRENCES	48
ANNEXE A.....	53
Stratégie de repérage de l'information scientifique	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Questions générales d'évaluation.....	3
Tableau 2	Critères d'inclusion et d'exclusion des documents	5
Tableau 3	Critères d'inclusion et d'exclusion des documents contenant de l'information, des positions et des recommandations	7
Tableau 4	Découvertes fortuites à partir de vésicules biliaires issues de cholécystectomies	15
Tableau 5	Sensibilité et spécificité de l'examen macroscopique du chirurgien à identifier un cancer de la vésicule biliaire sur un prélèvement issu d'une cholécystectomie.....	18
Tableau 6	Découvertes fortuites à partir de sacs herniaires inguinaux issus de la cure de hernies inguinales	20
Tableau 7	Découvertes fortuites en cours de chirurgie	24
Tableau 8	Comparaison des diagnostics clinique et histologique des personnes qui ont subi l'exérèse d'une lésion cutanée	25
Tableau 9	Prélèvements chirurgicaux issus de la chirurgie générale, de la plastie et de la dermatologie qui peuvent être considérés pour une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie	38

RÉSUMÉ

Introduction

Au Québec, depuis sa publication en 1984, l'article 59 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (RLRQ, chapitre S-5, r. 5)³ est généralement interprété dans les milieux cliniques 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. Il est estimé qu'une proportion significative de ces transmissions ne sont possiblement pas nécessaires.

Dans le but de favoriser l'utilisation optimale des ressources d'anatomopathologie et d'assurer la cohérence entre les établissements, le ministère de la Santé et des Services sociaux 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, et ce, en fonction de la région anatomique, du domaine d'expertise chirurgicale concerné et de la pertinence de l'examen anatomopathologique. À cette fin, ces travaux ont été divisés en six volets : la chirurgie orthopédique et la neurochirurgie, la chirurgie générale, la plastie et la dermatologie (partie a), les sous-spécialités de la chirurgie générale (partie b), l'obstétrique-gynécologie et l'urologie, la chirurgie cardiovasculaire et thoracique, l'oto-rhino-laryngologie et la chirurgie maxillo et cervico-faciale, et l'ophtalmologie. Le présent rapport vise les prélèvements chirurgicaux issus des pratiques de la chirurgie générale, de la plastie et de la dermatologie.

Méthodologie

Pour accomplir ce mandat, une revue systématique de la littérature scientifique puis de documents qui présentent des positions, recommandations et lignes directrices sur le sujet a été réalisée. De l'information contextuelle ainsi que la perspective de différentes parties prenantes ont aussi été colligées afin de documenter les perceptions et le niveau d'acceptabilité associé à la transmission sélective de certains produits et prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie ainsi que pour déterminer les enjeux potentiels sur les plans organisationnel, clinique, éthique et juridique.

³ Recueil des lois et des règlements du Québec (RLRQ). *Règle 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/>.

Pour recueillir les différentes perspectives, l'INESSS a créé un comité consultatif formé de chirurgiens généraux, d'une dermatologue, d'une médecin de famille et d'anatomopathologistes. De plus, afin d'obtenir de l'information sur les pratiques relatives à la transmission des prélèvements chirurgicaux et à l'utilisation des ressources d'anatomopathologie dans les établissements de santé du Québec, des sondages électroniques ont été envoyés aux directeurs des services professionnels et aux codirecteurs OPTILAB (projet de réorganisation des laboratoires de biologie médicale). L'Association canadienne de protection médicale a été consultée pour valider certains enjeux médico-légaux potentiellement associés à un changement des modalités de transmission des prélèvements chirurgicaux. De l'information sur l'incidence d'un mode sélectif de transmission de certaines pièces chirurgicales sur le processus de facturation et d'audit a été collectée auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Les recommandations concernant les prélèvements chirurgicaux issus de la chirurgie générale, de la plastie et de la dermatologie, qui pourraient faire l'objet d'une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie, reposent sur un processus de consultation Delphi simplifié comportant quatre itérations. Celui-ci a été mené avec le comité consultatif à la lumière des données et de l'information issues de la revue systématique de la littérature et de consultations auprès d'informateurs et parties prenantes dont l'Association canadienne de protection médicale et la RAMQ.

Résultats

La revue de la littérature a permis de recenser des études qui traitent principalement de l'analyse anatomopathologique des vésicules biliaires et des sacs herniaires inguinaux. En se basant sur la littérature scientifique, le risque de ne pas repérer un cancer de la vésicule biliaire par l'envoi sélectif au laboratoire d'anatomopathologie des spécimens qui présentent une anomalie à l'examen macroscopique seulement serait faible (moins de 0,5 %), puisque les cancers sont habituellement détectés de manière pré ou peropératoire. Néanmoins, selon les experts consultés, en raison de la gravité de la maladie qui est associée à un mauvais pronostic, les vésicules biliaires issues de cholécystectomies devraient être soumises systématiquement au laboratoire d'anatomopathologie.

Concernant les sacs herniaires, l'identification d'une structure du système reproducteur (épididyme ou canal déférent) ou d'un cancer lors de l'examen anatomopathologique est considéré comme une découverte significative à la prise en charge clinique; elle varie de 0 à 0,88 % selon les études. Une seule étude a rapporté des cas inattendus de cancer (0,06 %). L'identification de tissu de l'épididyme ou du canal déférent dans les spécimens issus de la cure de hernies inguinales dans la population pédiatrique aurait peu d'incidence sur la prise en charge immédiate du patient. La réponse clinique consiste habituellement à différer le traitement dans les cas où une conséquence se manifesterait tardivement (p. ex. azoospermie).

Sept études concernant les modalités de transmission en anatomopathologie d'autres prélèvements issus de la chirurgie générale, de la plastie et de la dermatologie ont été recensées. Des études visant les prélèvements de lésions cutanées suggèrent un faible risque de ne pas détecter une tumeur maligne par l'omission de l'analyse histopathologique des acrochordons, des kystes épidermoïdes, des kystes sébacés et de lésions bénignes des mains. Cependant, une seule étude a été repérée pour chacun de ces types de prélèvements. Une étude portant sur l'exérèse de lésions sous-cutanées, comportant une majorité de lipomes, a montré un taux de découverte fortuite de tumeur maligne de 2,4 % pour ce type de lésions.

Des politiques concernant la transmission sélective de certaines pièces chirurgicales au laboratoire d'anatomopathologie ont été élaborées par des sociétés savantes, notamment le College of American Pathologists (CAP), des organismes gouvernementaux et des centres hospitaliers universitaires.

Aucune évaluation économique n'a été effectuée considérant les obstacles qui limitent la faisabilité et la portée d'une telle évaluation dans le contexte québécois - p. ex. incapacité à quantifier le nombre d'actes concernés par les changements de pratique souhaités, hétérogénéité des pratiques actuelles.

Dans le cadre du présent avis, la consultation des experts du comité consultatif a permis d'établir une liste de prélèvements chirurgicaux, issus de la chirurgie générale, de la plastie et de la dermatologie, pour lesquels le niveau de risque pour le patient est jugé faible et l'examen anatomopathologique est peu susceptible de fournir une information utile à la prise en charge du patient. Selon le jugement du clinicien, ces prélèvements pourraient faire l'objet d'une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie.

Conclusions

L'analyse et l'intégration des données issues de la littérature scientifique, des lignes directrices et positions de sociétés savantes ainsi que la perspective de différentes parties prenantes ont permis à l'INESSS de formuler des recommandations concernant la transmission sélective de certaines pièces chirurgicales au laboratoire d'anatomopathologie. Ces recommandations devraient contribuer à un usage plus judicieux des ressources en anatomopathologie. Les changements de pratique qui pourraient en découler 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 les conseils des médecins, 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.

CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Constats généraux relatifs à la transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie

L'analyse et l'intégration des données issues de la littérature scientifique, des principales lignes directrices et positions prises par diverses sociétés savantes ainsi que la perspective de différents experts et décideurs permet de formuler les constats suivants concernant la transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse. Ces constats sont d'ordre général et s'appliquent à chacun des volets (c.-à-d. spécialité ou regroupement de spécialités) traités dans ce chantier de pertinence en anatomopathologie.

Au regard de l'**utilité clinique** des envois en pathologie :

- l'examen anatomopathologique de routine de certains prélèvements chirurgicaux n'apporte aucune information utile à la prise en charge médicale du patient et devrait être réservé aux présentations cliniques inhabituelles afin de préciser le diagnostic ou pour éliminer un doute clinique;
- le risque d'une découverte anatomopathologique fortuite significative du point de vue clinique, pour les prélèvements ciblés par ces travaux, est jugé faible (voire anecdotique);
- l'envoi systématique des prélèvements en pathologie crée un engorgement des laboratoires d'analyse et engendre des délais sous-optimaux;
- les recommandations de transmission sélective formulées par certaines sociétés savantes ont entraîné une diminution de la charge de travail associée à l'analyse de spécimens dont la valeur clinique est limitée ou nulle.

Au regard des **modalités de transmission des prélèvements** en pathologie :

- plusieurs sociétés savantes, dont le College of American Pathologists, proposent des modèles de transmission sélective de certains prélèvements chirurgicaux en fonction de listes de prélèvements exemptés de la transmission obligatoire en anatomopathologie (ou exemptés de l'examen histologique), et ce, dans le but de favoriser l'utilisation efficiente des ressources en anatomopathologie;
- des établissements québécois ont déjà mis en application une politique sur la transmission sélective de certains prélèvements chirurgicaux;
- les listes de prélèvements exemptés de la transmission obligatoire en anatomopathologie (ou exemptés de l'examen histologique), telles que proposées par les lignes directrices examinées et certains établissements québécois, comportent des divergences relatives au nombre et au type des prélèvements exemptés;

- 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 en pathologie pour vérifier qu'un prélèvement a été effectué (p. ex. confirmation du personnel infirmier, notes opératoires, etc.);
- 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.

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

- il est actuellement impossible d'estimer les économies qui pourraient découler de l'envoi sélectif des prélèvements en pathologie, et ce, principalement en raison de l'incapacité de quantifier le nombre d'actes concernés par les changements de pratique souhaités ainsi que des pratiques très hétérogènes entre établissements.

Recommandations relatives à la transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie

À la lumière de ces constats, l'INESSS, en collaboration avec le comité consultatif et de suivi consultés, formule un ensemble de recommandations visant à favoriser une utilisation plus judicieuse des ressources d'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 en pathologie. Celles-ci seront reprises dans chacun des six volets du chantier de pertinence en pathologie.

Ces recommandations sont suivies par une recommandation plus spécifique, c.-à-d. une liste de spécimens qui peuvent faire l'objet d'une transmission sélective en anatomopathologie, pour le volet de la chirurgie générale, la plastie et la dermatologie. Finalement, des recommandations visant à favoriser la mise en œuvre et le suivi des changements proposés sont formulées.

Une évaluation de la pertinence de mettre à jour ces recommandations sera faite dans cinq ans, soit en 2026.

Recommandations générales de l'INESSS⁴

L'INESSS estime que certains prélèvements chirurgicaux pourraient ne plus être envoyés systématiquement aux laboratoires d'anatomopathologie aux fins d'analyse, et ce, à l'échelle du Québec. Ceux-ci 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^{5, 6}.

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^{5, 7}.

Les listes de transmission sélective proposées dans ce rapport ne devraient en aucun cas se substituer au jugement clinique.

De ce fait, les pièces inscrites sur les listes 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.

⁴ Certaines dispositions sont formulées dans le respect des normes professionnelles en vigueur au Québec.

⁵ « 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].

⁶ 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/Q-2,%20r.%2012>.

⁷ « 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].

Recommandations générales de l'INESSS⁴

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 de l'examen afin de guider les recherches anatomopathologiques⁸.

Tout prélèvement chirurgical qui ne figure pas sur une liste de transmission sélective devrait être transmis au laboratoire d'anatomopathologie pour examen.

⁸ « 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].

Recommandations de transmission sélective spécifiques à la pratique de la chirurgie générale, de la plastie et de la dermatologie

L'INESSS 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.

Chirurgie générale, plastie et dermatologie

- Acrochordons qui ne laissent aucun doute raisonnable sur leur nature bénigne
- Amputation pour raison non néoplasique
- Bézards
- Cicatrices de brûlures récentes ou issues d'une chirurgie non néoplasique
- Corps étrangers
- Éléments anatomiques surnuméraires
- Fécalomes
- Graisse prélevée par liposuction et pesée
- Implants et matériel médical retirés lors d'une intervention chirurgicale
- Kystes épidermoïdes (ou kystes sébacés) qui ne laissent aucun doute raisonnable sur leur nature bénigne
- Kyste pilonidal d'apparence typique
- Ligament rond
- *Molluscum contagiosum*
- Ongles des orteils et des doigts d'apparence macroscopique normale
- Portions de côtes prélevées pour faciliter la chirurgie chez un patient sans antécédent de cancer
- Stomie en cas de révision non complexe de processus non néoplasiques
- Tissus de correction de rectocèle ou de cystocèle
- Tissus issus de débridement pour cause connue
- Tissus issus d'une panniculotomie
- Tissus issus de plasties des lèvres
- Tissus normaux prélevés pendant des procédures esthétiques à l'exception de la mammoplastie
- Tissus redondants résultant d'une correction esthétique (p. ex. oreilles de chien, rhinoplastie, reprise de cicatrice, septoplastie)
- Tissus sous-cutanés, prélevés accessoirement pour faciliter l'approche chirurgicale
- Varices
- Veine/artère

Recommandations visant à favoriser la mise en œuvre et le suivi d'un processus de transmission sélective de certains prélèvements

- Les recommandations et les listes 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 les Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), les Directeurs des services professionnels (DSP), les codirecteurs OPTILAB et autres instances responsables de la qualité. Cette démarche devrait prévoir le développement et l'implantation d'un outil de mesure de la conformité aux recommandations et de la qualité de la pratique.
- Un formulaire standardisé permettant de documenter le retrait, l'apparence (normalité ou anomalie observée) et l'omission de l'envoi de la pièce chirurgicale au laboratoire d'anatomopathologie devrait être élaboré. Ce formulaire pourrait être rempli par l'infirmière du bloc opératoire.
- Une démarche de révision et de normalisation de la codification des actes médicaux et des analyses d'anatomopathologie devrait être effectuée afin de faciliter la collecte et l'interprétation des données médico-administratives et ainsi rendre possible le suivi des mesures d'optimisation déployées.

SUMMARY

Relevance of and indications for submitting surgical specimens to the anatomic pathology laboratory: general surgery, plastic surgery and dermatology

Introduction

Since the publication of the *Organization and Management of Institutions Regulation* (C.Q.L.R., chapter S-5, r. 5)⁹ in 1984, section 59 has generally been interpreted in Québec's clinical circles to mean that all surgical specimens must be sent 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. It is estimated that a significant proportion of these submissions may not be necessary.

To promote optimal utilization of anatomic pathology resources and ensure consistency between institutions, the *Ministère de la Santé et des Services sociaux* asked the *Institut national d'excellence en santé et en services sociaux* (INESSS) to make recommendations to guide clinicians in their decision to submit or not submit certain surgical specimens to the anatomic pathology laboratory, based on the anatomical region, the domain of surgical expertise concerned, and the relevance of an anatomopathological examination. To this end, the project has been divided into six parts: orthopedic surgery and neurosurgery, general surgery, plastic surgery and dermatology (part A); the general surgery subspecialties (part B); obstetrics/gynecology and urology; cardiovascular and thoracic surgery; otolaryngology and maxillofacial and cervicofacial surgery; and ophthalmology. The present report deals with surgical specimens arising from general surgery, plastic surgery and dermatology.

Methodology

To fulfill the mandate, a systematic review was carried out in the scientific literature and using publications presenting or containing positions, recommendations or guidance on the subject. In addition, contextual information and the perspectives of various stakeholders were gathered to document perceptions of and level of acceptability associated with the selective submission of certain surgical specimens and materials to the anatomic pathology laboratory, and to determine the potential organizational, clinical, ethical and legal issues.

To gather different perspectives, INESSS created an advisory committee consisting of general surgeons, a dermatologist, a family physician and anatomic pathologists. In addition, electronic surveys were sent to the directors of professional services and

⁹ COMPILATION OF QUÉBEC LAWS AND REGULATIONS (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 January 7, 2020).

OPTILAB co-directors (a clinical laboratory reorganization project) to obtain information on surgical specimen submission practices and anatomic pathology resource utilization in Québec's health-care facilities. The Canadian Medical Protective Association was consulted to validate certain medicolegal issues potentially associated with a change in the procedures for submitting surgical specimens. Information on the impact of selective submission of certain surgical specimens on billing and auditing processes was obtained from the *Régie de l'assurance maladie du Québec*.

The recommendations concerning general surgery, plastic surgery and dermatology specimens that could be submitted to the anatomic pathology laboratory according to a selective approach are based on a simplified Delphi consultation process with 4 rounds. This process was carried out with the advisory committee in the light of the data and information from the systematic literature review and from consultations with informants and stakeholders, including the aforementioned Canadian Medical Protective Association and *Régie de l'assurance maladie du Québec*.

Results

The literature review permitted the identification of studies that deal primarily with the anatomopathological analysis of gallbladders and inguinal hernia sacs. Based on the scientific literature, there is a low risk of not detecting gallbladder cancer (< 0.5%) when selectively submitting specimens to the anatomic pathology laboratory only when there is an abnormality on gross examination, since this cancer is usually detected pre- or intraoperatively. However, the experts consulted were of the opinion that gallbladders from cholecystectomies should be systematically sent to the anatomic pathology laboratory due to the seriousness of the disease, which is associated with a poor prognosis.

In the case of hernia sacs, the identification of a structure of the reproductive system (epididymis or vas deferens) or cancer on anatomopathological examination is considered a significant finding for clinical management; its frequency varies from 0 to 0.88%, depending on the study. Only one study reported unexpected cases of cancer (in 0.06%). Identifying epididymal or vas deferens tissue in specimens from an inguinal hernia repair in a pediatric patient would have little impact on their immediate management. The clinical course of action is usually to defer treatment in cases where a consequence would occur late (e.g., azoospermia).

Seven studies on the procedures for submitting specimens to the anatomic pathology laboratory from general surgery, plastic surgery and dermatology to anatomic pathology were identified. Studies regarding skin lesion specimens suggest that there is a low risk of missing malignancy when not performing a histopathological analysis of acrochordons, epidermoid cysts, sebaceous cysts or benign hand lesions. However, only one study was identified for each of these specimen types. One study of subcutaneous lesion excision, in which most of the lesions were lipomas, showed a fortuitous malignancy discovery rate of 2.4% for this type of lesion.

Policies concerning the selective submission of certain surgical specimens to the anatomic pathology laboratory have been developed by learned societies, including the College of American Pathologists (CAP), government agencies, and teaching hospitals.

No economic evaluation was performed, given the obstacles that would limit the feasibility and scope of such an evaluation in the Québec context, e.g., the inability to determine the number of procedures affected by the desired practice changes and the heterogeneity of current practices.

For the purpose of this report, consultations with experts on the advisory committee allowed for the drawing up of a list of surgical specimens from general surgery, plastic surgery and dermatology for which the level of risk to the patient is considered low and an anatomopathological examination would be unlikely to provide useful information for managing the patient. These specimens could be submitted to the anatomic pathology laboratory on a selective basis at the clinician's discretion.

Conclusions

The analysis and integration of the data from the scientific literature, the learned society guidelines and positions, and the perspectives of various stakeholders have enabled INESSS to make recommendations concerning the selective submission of certain surgical specimens to the anatomic pathology laboratory. These recommendations should contribute to more judicious utilization of anatomic pathology resources. However, the changes to practice that might result from them will depend on the dissemination and implementation of the recommendations in Québec's health-care facilities. A gradual implementation with the councils of physicians, the directors of professional services, the OPTILAB co-directors and other bodies responsible for the quality of care acting in concert will be needed to facilitate the changes and ensure optimal management of risk and of the quality of medical acts.

FINDINGS AND RECOMMENDATIONS

General findings concerning the submission of surgical specimens to the anatomic pathology laboratory

The analysis and integration of the data from the scientific literature, of the main guidelines and positions of learned societies, and of the perspectives of various experts and decision-makers led to the following findings concerning the submission of surgical specimens to the anatomic pathology laboratory for analysis. These findings are general in nature and apply to each part (i.e., specialty or group of specialties) dealt with in this anatomic pathology relevance project.

Regarding the **clinical utility** of submitting specimens to pathology:

- The routine anatomopathological examination of certain surgical specimens does not provide any useful information for the patient's medical management and should be reserved for unusual clinical presentations in order to clarify the diagnosis or eliminate clinical doubt;
- The probability of a clinically significant incidental anatomopathological finding in the specimens of interest in this report is considered to be low (or even anecdotal);
- Systematically submitting specimens to pathology creates a bottleneck in the analysis laboratories and leads to suboptimal turnaround times;
- The recommendations on selective submission by some learned societies have led to a reduction in the workload associated with analyzing specimens of limited or no clinical value.

Regarding the **procedures for submitting specimens** to pathology:

- Several learned societies, such as the American College of Pathologists, have proposed models for the selective submission of certain surgical specimens based on lists of specimens exempted from mandatory submission to anatomic pathology (or exempted from histological examination), in order to promote efficient utilization of anatomic pathology resources;
- Some Québec institutions have already implemented a selective submission policy for certain surgical specimens;
- The lists of specimens exempted from mandatory submission to anatomic pathology (or exempted from histological examination) in the guidance documents examined and by Québec facilities show differences in terms of the number and type of specimens exempted.

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

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

- There are appropriate ways other than sending a specimen to pathology to verify that a specimen has been removed (e.g., nurse confirmation, surgical notes, etc.)
- The surgeon's notes from the procedure and the surgery report are official documents in which the removal of any specimen during a surgical intervention must be documented and which must be included in the patient's chart. The surgery report must be written or dictated within 24 hours of the procedure.

Regarding the **economic savings** potentially associated with a change in practice in submitting specimens to pathology:

- The savings that could result from a selective submission of specimens to pathology cannot currently be estimated, mainly because of an inability to determine the number of procedures that would be affected by the desired practice changes and because of the heterogeneity of practices between institutions.

Recommendations concerning the submission of surgical specimens to the anatomic pathology laboratory

In light of these findings, INESSS has made a set of recommendations, in collaboration with the advisory and stakeholder committees consulted, aimed at promoting more judicious utilization of anatomic pathology resources 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 for which specimens are removed and submitted to pathology. These will be repeated for each of the six parts of the pathology relevance project.

The general recommendations are followed by a more specific one for the general surgery, plastic surgery and dermatology specialities: namely, a list of specimens that can be submitted to anatomic pathology on a selective basis. Lastly, recommendations are made aimed at facilitating the implementation and monitoring of the proposed changes.

The relevance of updating these recommendations will be assessed in five years, that is, in 2026.

INESSS's general recommendations¹⁰

INESSS is of the opinion that certain surgical specimens no longer need to be systematically submitted to the anatomic pathology laboratory for analysis, and that this applies throughout Québec. These specimens could 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^{11, 12}.

The surgeon must record the removal, visual examination findings, intraoperative findings, and non-submission of the specimen to anatomic pathology in the patient's medical chart^{11, 13}.

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

Therefore, the specimens on these lists 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.

¹⁰ Certain provisions have been made in accordance with current professional standards in Québec.

¹¹ "All surgery reports must contain information about the procedure performed (preoperative diagnosis, intervention performed, postoperative diagnosis, 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" (unofficial translation). Source : *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés – Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec*, p. 29 (consulted on June 15, 2021).

¹² 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/en/ShowDoc/cr/Q-2,%20r.%2012> (consulted on July 8, 2021).

¹³ "At the end of the procedure, the surgeon must add a postoperative note summarizing the surgical findings, the intervention performed, any incidents, blood loss, intraoperative complications, if any, and the patient's condition at the end of the procedure." (unofficial translation). Source : *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés – Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec*, p. 19 (consulted on June 15, 2021).

INESSS's general recommendations¹⁰

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 investigation¹⁴.

Any surgical specimen that is not on a selective submission list should be sent to the anatomic pathology laboratory for examination.

¹⁴ “All requests for an anatomopathological examination must include mention of the place of origin (hospital, physician’s 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 the specimen was removed, the procedure performed, the pre- and postoperative diagnoses, the type and origin of the specimen, and any other relevant clinical information.” (unofficial translation). Source : *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés – Guide d’exercice du Collège des médecins du Québec*, p. 24 (consulted on June 15, 2021).

Recommendations on selective submission specific to general surgery, plastic surgery and dermatology

INESSS recommends that the following surgical specimens be submitted on a selective basis to the anatomic pathology laboratory for analysis, and that this applies throughout Québec.

General surgery, plastic surgery and dermatology

- Acrochordons that leave no reasonable doubt regarding their benign nature
- Non-oncological amputation
- Bezoars
- Scars from recent burns or from non-neoplastic surgery
- Foreign bodies
- Supernumerary body parts
- Fecaliths
- Fat removed by liposuction and weighed
- Implants and medical devices removed during a surgical procedure
- Epidermoid cysts (or sebaceous cysts) that leave no reasonable doubt regarding their benign nature
- Pilonidal cyst of typical appearance
- Hunter's ligament
- *Molluscum contagiosum*
- Toenails and fingernails of normal gross appearance
- Portions of ribs removed to facilitate surgery in a patient with no history of cancer
- Stoma for uncomplicated revisions of non-neoplastic processes
- Tissue removed during a rectocele or cystocele repair
- Tissue removed during debridement for a known cause
- Panniculectomy tissue
- Tissue from plastic surgery of the lips
- Normal tissue removed during cosmetic procedures, with the exception of mammoplasty
- Redundant tissue resulting from a cosmetic correction (e.g., dog ears, rhinoplasty, scar revision and septoplasty)
- Subcutaneous tissue, removed incidentally to facilitate the surgical approach
- Varicose veins
- Vein/artery

Recommendations promoting the implementation and monitoring of a selective submission process for certain specimens

The selective submission recommendations and lists 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 management of changes. This process should be developed jointly with the councils of physicians, dentists and pharmacists (CPDPs), the directors of professional services (DPSs), the OPTILAB co-directors and other bodies responsible for the quality of care. The process should include the development and implementation of a tool to measure compliance with the recommendations and quality of the practice.

A standardized form should be developed for documenting the removal, appearance (normal or abnormal findings) and the non-submission of a surgical specimen to the anatomic pathology laboratory. The form could be completed by the operating room nurse.

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>
ANCQ	Association de neurochirurgie du Québec
AMSDQ	Association des médecins spécialistes dermatologues du Québec
AOGQ	Association des obstétriciens gynécologues du Québec
AOQ	Association d'orthopédie du Québec
APQ	Association des pathologistes du Québec
AQC	Association québécoise de chirurgie
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
AUQ	Association des urologues du Québec
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
CMDP	Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DGRM	Direction générale de la rémunération médicale
DSP	Directeurs des services professionnels
EBM	<i>Evidence-based medicine</i>
ECRA	Essais cliniques à répartition aléatoire
ECNRA	Essais cliniques à répartition non aléatoire
ICRED	Institut de consultation et de recherche en éthique et en droit
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPTMQ	Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec
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>), milieu et contexte clinique de l'intervention (<i>health care setting</i>)

PRISMA	<i>Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses</i>
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCP	Royal College of Pathologists
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec

GLOSSAIRE¹⁵

Acrochordon

Variété rare d'épithélioma cutané constituée par une production pédiculée, filiforme ou en battant de cloche et terminée par des verrucosités.

Bézoard

Corps étranger trouvé dans l'estomac et l'intestin grêle.

Blépharoplastie

Intervention chirurgicale plastique pratiquée sur les paupières.

Fécalome

Concrétion de matières fécales, en rapport avec le ralentissement du transit intestinal, pouvant simuler une tumeur et, à l'extrême, entraîner un syndrome occlusif.

Kyste épidermoïde

Néoformation malformative, due à l'inclusion intradermique ou sous-cutanée de tissu épidermique, renfermant de la kératine plus ou moins dégénérée.

Kyste sébacé

Formation tumorale qui résulte de la rétention de sébum dans un canal sébacéo-pilaire dilaté.

Mammoplastie

Opération de chirurgie plastique reconstructive, correctrice ou esthétique du sein pour modifier sa forme, sa taille ou sa position, ou une combinaison de ces éléments.

Molluscum contagiosum

Tumeur épithéliale bénigne de petite taille, globuleuse, ombiliquée en son centre, d'origine virale et contagieuse essentiellement par auto-inoculation.

Rhinoplastie

Intervention chirurgicale destinée à corriger les déformations, congénitales ou acquises, du squelette ostéocartilagineux du nez (rhinoplastie correctrice) ou à restaurer les pertes de substance, de cet organe (rhinoplastie réparatrice).

Septoplastie

Opération chirurgicale visant à corriger une déviation du septum nasal.

Stomie

Dérivation, créée par intervention chirurgicale, d'un viscère creux vers la peau ou d'un organe vers un autre, à un autre endroit que celui où l'organe de départ aboutit naturellement.

¹⁵ Définitions issues du *Grand dictionnaire terminologique* (sauf si autrement spécifié). Office québécois de la langue française (OQLF), disponible à : <http://www.granddictionnaire.com/>.

INTRODUCTION

Problématique

Au Québec, l'article 59 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (RLRQ, chapitre S-5, r. 5)¹⁶ 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, occasionnant 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.

Contexte de l'amorce des travaux

Dans le but de réduire le nombre des demandes relatives à des 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 59¹⁷. 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 ».

Afin d'aider à son application et d'assurer la cohérence entre les établissements, il a été proposé que la circulaire soit accompagnée de précisions. Le MSSS a donc demandé à l'INESSS de produire des recommandations pour guider les cliniciens dans leur décision de transmettre ou non certains prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie, et ce, en fonction de la région anatomique, du domaine d'expertise

¹⁶ Recueil des lois et des règlements du Québec (RLRQ). *Règle 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/>.

¹⁷ Ministère de la Santé et 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>.

chirurgicale concerné et de la pertinence de l'examen anatomopathologique. À cette fin, ces travaux ont été divisés en six volets :

- Volet 1 : La chirurgie orthopédique et la neurochirurgie
- Volet 2 (partie a) : La chirurgie générale, la plastie et la dermatologie (objet du présent rapport)
- Volet 2 (partie b) : Sous-spécialités de la chirurgie générale, notamment la chirurgie bariatrique
- Volet 3 : La chirurgie en obstétrique-gynécologie et urologie
- Volet 4 : La chirurgie cardiovasculaire et thoracique
- Volet 5 : L'oto-rhino-laryngologie et la chirurgie maxillo et cervico-faciale
- Volet 6 : L'ophtalmologie

Le présent rapport traite exclusivement des prélèvements et produits chirurgicaux issus de la chirurgie générale, de la plastie et de la dermatologie. Un autre avis traitant des produits chirurgicaux issus de sous-spécialités de la chirurgie générale, notamment la chirurgie bariatrique, complémentaire au présent avis sera élaboré.

Objectif

Déterminer quels prélèvements chirurgicaux, issus de la chirurgie générale, de la plastie et de la dermatologie, pourraient être considérés pour une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie lorsque 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

- Les chirurgies à visée oncologique, les autopsies, les biopsies, les ponctions et les prélèvements exigeant des examens extemporanés ne sont pas ciblés par les présents travaux.
- Aucune précision sur la manipulation des prélèvements chirurgicaux effectuée au laboratoire d'anatomopathologie n'est présentée - 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 générale, la plastie et la dermatologie ne sont pas abordés dans le présent document. Ils font l'objet d'autres rapports de l'INESSS rédigés dans le cadre du chantier des travaux de pertinence en anatomopathologie.

1. MÉTHODOLOGIE

1.1. Question décisionnelle

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

1.2. Question d'évaluation

Les questions générales d'évaluation pour les présents travaux sont présentées au [tableau 1](#). 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](#)).

Tableau 1 Questions générales d'évaluation

VOLET	QUESTIONS D'ÉVALUATION	
Utilité clinique de l'examen anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux	Q1	Dans quelle mesure les résultats de l'examen anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux permettent-ils : <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	Quelles sont les modalités de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie à des fins d'analyse?
Perspective des experts et des parties prenantes	Q3	Quelles sont les perceptions et l'acceptabilité de la transmission sélective de certains produits et prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie?
	Q4	Quels sont les principaux enjeux organisationnels, cliniques, éthiques et juridiques potentiellement liés à la transmission sélective de certains prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie?
Économie	Q5	Au Québec, quelle serait l'analyse différentielle des coûts associés à la transmission sélective comparativement à la transmission systématique de certains prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie?

1.3. Méthode de synthèse des données scientifiques

1.3.1. Type de revue de la littérature

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

1.3.2. 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 l'anatomopathologie, la chirurgie générale, la plastie, les acrochordons et les lipomes. Les bases de données bibliographiques PubMed, Embase, EBM Reviews et la Cochrane Library ont été interrogées en février et juillet 2019. Une mise à jour a été effectuée en février 2021. En ce qui concerne les lipomes, les mêmes bases de données bibliographiques ont été interrogées mais en juillet 2021 seulement. Les critères de repérage incluaient tout type d'études de langue anglaise et française publiées jusqu'en 2021, à l'exception de la recherche associée aux lipomes pour laquelle la recherche a été limitée aux documents publiés jusqu'en juillet 2021. Les bibliographies des publications retenues ont été vérifiées pour répertorier d'autres documents pertinents. Le moteur de recherche Google a également été utilisé pour identifier des documents pertinents. Les détails de la stratégie sont présentés à l'annexe A.

1.3.3. Critères et processus de sélection des documents

La sélection a été effectuée de façon indépendante par deux professionnels scientifiques à partir des critères d'inclusion et d'exclusion présentés au [tableau 2](#). Les divergences d'opinions ont été réglées en tenant compte de l'avis de la coordonnatrice scientifique. Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue pour analyse.

1.3.4. Évaluation de la qualité méthodologique

Les documents ont été évalués de manière indépendante par deux professionnels scientifiques. En présence d'une divergence d'opinions importante relative à l'évaluation, un consensus a été recherché. À défaut de consensus, l'avis d'une troisième personne a été sollicité. L'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a été utilisé pour évaluer la qualité des essais cliniques à répartition aléatoire (ECRA) ou non aléatoire (ECRNA), et celle des études quasi expérimentales comparatives avant-après et observationnelles [ASPC, 2014]. La qualité des études transversales a été évaluée avec l'outil d'évaluation critique d'une étude descriptive de l'Agence de la santé publique du Canada [ASPC, 2014].

Tableau 2 Critères d'inclusion et d'exclusion des documents

CRITÈRES D'INCLUSION	
POPULATION	Personnes qui ont subi une intervention en chirurgie générale, en plastie ou en dermatologie
INTERVENTION	Transmission et analyse anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux
COMPARATEUR	Examen visuel effectué par le chirurgien général, le plasticien, le dermatologue ou le médecin de famille Diagnostic préopératoire
PARAMÈTRES D'INTÉRÊT	Découvertes anatomopathologiques fortuites Morbidity et mortalité Prise en charge du patient
TYPES DE PUBLICATIONS	Méta-analyses Essais cliniques à répartition aléatoire ou non aléatoire Études quasi expérimentales comparatives avant-après Études observationnelles (études de cohortes, études cas-témoins) Études descriptives
ANNÉES DE PUBLICATION	Jusqu'en février 2021 ou juillet 2021 (pour les documents qui concernent les lipomes)
CRITÈRES D'EXCLUSION	
INTERVENTION	Les chirurgies à visée oncologique, les autopsies, les biopsies, les ponctions et les prélèvements exigeant des examens extemporanés
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 faits par le pathologiste ou le personnel technique.
CONTEXTE D'INTERVENTION	Prélèvements issus de disciplines chirurgicales ou médicales autres que la chirurgie générale, la plastie et la dermatologie.

1.3.5. Extraction des données issues de la littérature scientifique

L'extraction a été effectuée par un professionnel scientifique à l'aide de formulaires d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents pour en assurer la validité. L'information extraite a été validée par un deuxième professionnel scientifique. L'information tirée des documents retenus est présentée dans le document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2021].

1.3.6. Analyse 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.

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

Pour répondre à la question d'évaluation 2 (modalités de transmission des prélèvements chirurgicaux), une recherche systématique de la littérature a été effectuée.

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 l'anatomopathologie, la chirurgie générale, la plastie, les acrochordons et les lipomes. Les bases de données bibliographiques PubMed, Embase, EBM Reviews et la Cochrane Library ont été interrogées en février et juillet 2019. Une mise à jour a été effectuée en février 2021. En ce qui concerne les lipomes, les mêmes bases de données bibliographiques ont été interrogées mais en juillet 2021 seulement. Les critères de repérage incluaient tout type de document qui présente des recommandations ou de l'information concernant les modalités de transmission et d'analyse des prélèvements chirurgicaux de langue anglaise et française publiées jusqu'en 2021. Les bibliographies des publications retenues ont été vérifiées pour répertorier d'autres documents pertinents. Les autres sources d'information consultées sont les sites Web d'organisations nationales et internationales, d'agences réglementaires, d'agences d'évaluation des technologies de la santé, d'organismes gouvernementaux, d'associations ou d'ordres professionnels de différentes juridictions. Les détails de la stratégie sont présentés à l'annexe A.

1.4.3. Critères et processus de sélection des documents

La sélection a été effectuée de façon indépendante par deux professionnels scientifiques à partir des critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans le [tableau 3](#). Les divergences d'opinions ont été réglées en tenant compte de l'avis de la coordonnatrice scientifique. Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue pour analyse.

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

CRITÈRES D'INCLUSION	
POPULATION	Personnes qui ont subi une intervention chirurgicale en chirurgie générale, en plastie ou en dermatologie
INTERVENTION	Transmission et analyse anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux
PROFESSIONNELS À QUI S'ADRESSENT LES TRAVAUX	Chirurgiens généraux, plasticiens, dermatologues, médecins de famille et anatomopathologistes
PARAMÈTRES D'INTÉRÊT	Modalités de transmission et d'analyse anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux Risques associés à l'omission de l'analyse anatomopathologique
MILIEUX ET CONTEXTE CLINIQUE	Centres hospitaliers et ambulatoires
TYPES DE PUBLICATIONS	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
ANNÉES DE PUBLICATION	Jusqu'en février 2021 ou juillet 2021 (pour les documents qui concernent les lipomes)
CRITÈRES D'EXCLUSION	
INTERVENTION	Transmission au laboratoire de biochimie
PARAMÈTRES D'INTÉRÊT	Précision 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 générale, la plastie et la dermatologie

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. La grille d'évaluation AGREE GRS – *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Global Rating Scale* (2010) a été utilisée pour évaluer la qualité méthodologique des documents comportant des recommandations [Brouwers *et al.*, 2012]. La liste d'évaluation AACODS (*Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance*) a été utilisée pour évaluer les documents de lignes directrices gouvernementales et de centres hospitaliers et universitaires [Tyndall, 2010]. Les résultats de cette évaluation sont présentés dans le document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2021].

1.4.5. Extraction de l'information, recommandations et positions

L'extraction a été effectuée par un professionnel scientifique à l'aide de formulaires d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents pour en assurer la validité. L'information extraite a été validée par un deuxième professionnel scientifique. L'information tirée des documents retenus est présentée dans le document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2021].

1.4.6. Analyse 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 extraite des documents retenus ont été regroupées dans des tableaux pour pouvoir les comparer.

1.5. Méthode de synthèse des données contextuelles

1.5.1. Information contextuelle à partir de documents gouvernementaux, paragouvernementaux, législatifs ou d'établissements, ou installations, du réseau de la santé du Québec, du Canada ou des États-Unis

1.5.1.1. Type de revue de la littérature

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 lui sont associés), une recherche manuelle de la littérature a été effectuée pour repérer les lois, règlements et lignes directrices qui visent à encadrer les soins et services en santé au Québec.

1.5.1.2. Stratégie de collecte de l'information contextuelle

Les recommandations cliniques élaborées par l'INESSS sont le fruit de l'appréciation des données issues de la littérature avec la perspective des parties prenantes ainsi que d'éléments contextuels propres au Québec. L'information contextuelle est issue des documents suivants.

Les lois et règlements :

- L'article 59 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* du Québec (RLRQ, chapitre S-5, r. 5);
- Guide d'exercice *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés* [CMQ, 2005];
- Guide d'exercice *Les procédures et interventions en milieu extrahospitalier* [CMQ, 2011].

Autres documents

- Trois politiques gouvernementales de provinces canadiennes, soit le Manitoba [DSM, 2017], la Saskatchewan [SHA, 2018] et la Colombie-Britannique [IHLS, 2018];
- Quatre politiques de centres hospitaliers et universitaires des États-Unis [UCSF, 2020; UCDH, 2016; PSP, 2013; Duke Pathology, 2009].

1.6. Méthodes de synthèse des différentes perspectives recueillies à partir de consultations

Différentes perspectives ont été recueillies dans le cadre de ces travaux, dont celle des membres du comité consultatif, d'informateurs clés et des membres du comité de suivi.

1.6.1. Perspective des cliniciens, experts et décideurs

1.6.1.1. Comité consultatif

Un comité consultatif interdisciplinaire a été formé au début des travaux, et ce, en fonction de l'expertise chirurgicale et anatomopathologique concernée. Il avait pour mandat d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique et l'acceptabilité du produit livré, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. À cette fin, le comité devait notamment :

- se prononcer sur les thèmes et questions clés d'évaluation;
- prendre connaissance des résultats de la revue de la documentation scientifique et grise et des consultations effectuées auprès des parties prenantes;
- fournir de l'information contextuelle et expérientielle en lien avec la manipulation, la prise en charge et les particularités des prélèvements chirurgicaux ciblés par ces travaux;
- contribuer au processus d'élaboration de la liste des prélèvements chirurgicaux qui pouvaient potentiellement figurer sur une liste de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie;
- contribuer à la formulation des propositions de recommandations.

La liste des membres de ce comité est présentée dans les pages liminaires de ce document.

1.6.1.2. Informateurs clés

Des informateurs clés ont été consultés pour recueillir de l'information concernant les enjeux liés aux codes d'actes et à la facturation (p. ex. relativement aux audits) ainsi que les enjeux médico-légaux qui pourraient être associés à un changement de pratique

engendré par la transmission sélective de certains prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie.

Par ailleurs, afin d'obtenir de l'information sur les pratiques de transmission des prélèvements chirurgicaux et l'utilisation des ressources d'anatomopathologie dans les établissements de santé du Québec, des sondages électroniques ont été transmis aux directeurs des services professionnels et aux codirecteurs OPTILAB.

1.6.2. Perspective des ordres, fédérations et associations professionnelles

1.6.2.1. Comité de suivi

Un comité de suivi, comprenant des 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 médicament du Québec, d'un représentant du MSSS et d'un représentant du Collège des médecins du Québec, a été formé dans le cadre des travaux. Le mandat de ce comité était de soulever les enjeux potentiellement liés à la transmission sélective de certaines pièces chirurgicales au laboratoire d'anatomopathologie, et ce, selon la perspective de leur organisation respective et des membres qu'ils représentent. Il leur a également été demandé de prendre position à propos de la pertinence, la faisabilité et l'applicabilité des recommandations formulées par l'INESSS. La liste des membres de ce comité est présentée dans les pages liminaires de ce document.

1.6.3. Régie de l'assurance maladie du Québec

La Régie de l'assurance maladie du Québec a été consultée pour recueillir de l'information concernant l'utilisation du rapport d'anatomopathologie dans le processus de contrôle de la facturation et d'audit des actes chirurgicaux et à propos de l'influence sur ce processus d'un changement de pratique relativement à la transmission sélective de certains prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie.

1.6.4. Analyse et synthèse

Les consultations et les rencontres avec les parties prenantes ont permis, notamment, de recueillir leur perspective respective et de contextualiser les données scientifiques et cliniques analysées au regard de la pratique clinique québécoise. Les rencontres ont été enregistrées avec l'accord des participants. Leur contribution a été consignée de manière qualitative en utilisant des comptes rendus de réunion. Ces documents contiennent l'information sur la date, le lieu et l'objet de la rencontre, la synthèse des points saillants et les précisions sur le suivi à effectuer. Les comptes rendus ont été rédigés par un professionnel scientifique et ils ont été validés par un autre membre de l'équipe et par les membres présents aux rencontres.

1.6.5. Confidentialité des données et éléments éthiques

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été rendue anonyme pour 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, à l'exception des informateurs clés qui ont été interrogés de façon ponctuelle et de manière précise sur les aspects précités. Chaque membre de l'INESSS et chaque collaborateur participant aux travaux a pris connaissance du code d'éthique et s'est engagé à le respecter.

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

Toutes les personnes qui ont collaboré à ces travaux ont déclaré les intérêts personnels qui pouvaient les placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts, qu'ils soient commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnels ou autres. Elles ont également déclaré les différentes activités professionnelles ou les rôles qui pouvaient les placer dans une situation propice au développement de conflits de rôles. Une telle déclaration a été faite sur la base du formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les formulaires de déclaration remplis ont fait l'objet d'une évaluation par l'INESSS, laquelle a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer selon les situations déclarées. Les conflits d'intérêts et de rôles déclarés sont divulgués, le cas échéant, dans les pages liminaires du présent rapport.

1.7. Analyse économique

Au regard des économies potentiellement associées à un changement de pratique concernant l'envoi des prélèvements en pathologie, il est actuellement impossible 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. Processus et méthode d'élaboration des recommandations

1.8.1. Groupe de travail

L'élaboration des recommandations a été réalisée en collaboration avec les membres du comité consultatif dans une perspective de pertinence et de contextualisation de la pratique au Québec.

1.8.2. Processus et méthode de formulation des recommandations

La liste des prélèvements chirurgicaux qui pourraient être transmis de façon sélective au laboratoire d'anatomopathologie a été élaborée à l'aide de la méthode Delphi simplifiée [Guiu *et al.*, 2012] comportant trois itérations qui permettent d'intégrer les données

scientifiques publiées, les positions et recommandations issues de la littérature, l'information contextuelle ainsi que la perspective des différentes parties prenantes.

Itération 1

Une liste préliminaire regroupant l'ensemble des pièces chirurgicales de la chirurgie générale, de la plastie et de la dermatologie 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 l'INESSS. Cette liste a été conçue à partir des résultats de la recherche de la littérature scientifique et des positions et recommandations issues de la littérature. La liste a été transmise aux membres du comité consultatif, sous forme d'un sondage électronique, dans le but de recueillir les perceptions individuelles sur la pertinence et l'utilité de l'examen anatomopathologique de chacun des prélèvements chirurgicaux puis d'indiquer, le cas échéant, comment les résultats d'un tel examen permettraient de modifier la prise en charge du patient. Cette liste est présentée dans le document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2021].

Les experts ont par la même occasion été invités à bonifier la liste préliminaire en y ajoutant d'autres prélèvements chirurgicaux pour lesquels ils jugeaient l'examen anatomopathologique peu utile.

Itération 2

Les réponses et commentaires de la première itération ont été compilés, anonymisés puis présentés aux experts au cours d'une première rencontre en présentiel. À l'occasion de cette rencontre, les experts ont été invités à discuter de la pertinence et de l'utilité de l'examen anatomopathologique de chacun des prélèvements ciblés, ainsi que des enjeux cliniques, organisationnels, éthiques et juridiques et des risques potentiels pour le patient et le clinicien advenant une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie.

Itération 3

Les données scientifiques publiées, les positions et recommandations issues de la littérature, l'information contextuelle ainsi que la perspective des différentes parties prenantes recueillies au cours des deux premières itérations ont été synthétisées et partagées avec les membres du comité préalablement à une deuxième rencontre en présentiel. Lors de cette rencontre, les membres ont échangé sur la pertinence de l'examen anatomopathologique de chacune des pièces. Ils ont par la suite été invités, à tour de rôle, à prendre position à propos de l'inscription de chacun des spécimens sur la liste de transmission sélective.

Le libellé des différents prélèvements qui figurent sur les listes de transmission sélective a été discuté, validé et entériné lors de cette rencontre. Plusieurs prélèvements ont été regroupés sous un libellé général et d'autres, jugés non pertinents au contexte québécois, ont été retirés de la liste. Les prélèvements qui ne faisaient pas consensus à cette itération n'ont pas été inclus aux listes de transmission sélective.

Itération 4

À l'occasion du processus de validation externe, de nouveaux prélèvements chirurgicaux, pour lesquels l'utilité de l'examen anatomopathologique était remise en question, ont été proposés. Une revue de la littérature a été réalisée pour évaluer ces prélèvements. Le comité consultatif a ensuite été consulté par courriel pour prendre position sur l'ajout ou non des nouveaux prélèvements chirurgicaux proposés à la liste de transmission sélective. Les prélèvements qui ne faisaient pas consensus à cette itération n'ont pas été inclus aux listes de transmission sélective.

1.9. Processus de validation externe

Le présent avis a été transmis à trois lecteurs externes pour qu'ils en évaluent la qualité scientifique globale. Les lecteurs externes ont été choisis en fonction de leur expertise et de leur engagement dans les spécialités médicales concernées par ces travaux. Le nom et l'affiliation des lecteurs externes sont présentés dans les pages liminaires du présent document. Les commentaires des lecteurs externes ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés dans le rapport final, le cas échéant. Ils ont été reproduits dans des tableaux récapitulatifs présentés dans le document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2021].

1.10. Mise à jour

La pertinence de mettre à jour cet avis sera évaluée dans 5 ans, soit en 2026, selon l'avancement des données scientifiques et les besoins de l'Institut 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 effectuée. Au besoin, les experts ayant accompagné nos travaux pourraient être consultés afin de vérifier avec eux s'ils jugent nécessaire d'effectuer une mise à jour de documents.

2. RÉSULTATS

2.1. Utilité clinique de l'examen anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux

2.1.1. Sélection et description des documents retenus

La recherche de la littérature scientifique a permis de repérer 2 028 références, parmi lesquelles 39 études comportent des données relatives à l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux issus de la chirurgie générale, de la plastie et de la dermatologie. Celles-ci présentent les taux de découvertes histologiques fortuites sur des tissus issus de chirurgies générales dont des cholécystectomies (23 études) et la cure de hernies inguinales (11 études), des chirurgies plastiques en général (1 étude), des lésions sous-cutanées (1 étude) et cutanées y compris des kystes épidermoïdes (1 étude), des kératoses séborrhéiques (1 étude), des acrochordons (1 étude) et des lésions bénignes (1 étude).

Une revue de la littérature a également permis de recenser un seul guide de pratique clinique du Royal College of Pathologists (RCP) [Liebmann et Varma, 2019] qui a publié des recommandations relatives aux modalités de transmission de prélèvements chirurgicaux issus de la chirurgie générale, de la plastie et de la dermatologie :

- *Best practice recommendations – Histopathology and cytopathology of limited or no clinical value*. Royal College of Pathologists (RCP) [Liebmann et Varma, 2019].

Les principaux résultats des études sélectionnées, y inclus les taux de découvertes histologiques fortuites, sont présentés dans les tableaux et paragraphes qui suivent. Les détails des études retenues et les positions et recommandations des sociétés savantes sont présentés dans le document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2021].

2.1.2. Vésicules biliaires

Vingt-trois études (comprenant 21 études transversales, 1 étude de cohortes et une étude cas-témoins) qui ont évalué l'incidence de la découverte fortuite d'un cancer lors d'une cholécystectomie ont été retenues pour les présents travaux [Alabi *et al.*, 2021; Corten *et al.*, 2019; Dincel *et al.*, 2018; Koppatz *et al.*, 2018; Lundgren *et al.*, 2018; Wrenn *et al.*, 2017; Basak *et al.*, 2016; Düzköylü *et al.*, 2016; Patel *et al.*, 2016; Emmett *et al.*, 2015; Elshaer *et al.*, 2014; Hayes et Muldoon, 2014; Panebianco *et al.*, 2013; Van Vliet *et al.*, 2013; Byars et Pusany, 2012; Romero-Gonzalez *et al.*, 2012; Genç *et al.*, 2011; Bazoua *et al.*, 2007; Darmas *et al.*, 2007; Matthyssens *et al.*, 2006; Akyürek *et al.*, 2004; Dix *et al.*, 2003; Taylor et Huang, 1998].

Pour évaluer le risque de ne pas repérer un cancer par l'omission d'un examen anatomopathologique, les constats histologiques anormaux jugés cliniquement significatifs sont ceux qui n'étaient pas soupçonnés ou qui ont influé sur la prise en charge du patient. Les cas de cancer non soupçonnés sont ceux pour lesquels aucune anomalie n'avait été observée à l'imagerie avant la cholécystectomie ou à l'examen macroscopique effectué par le chirurgien. Pour l'ensemble des études sélectionnées, le taux de constats histologiques anormaux cliniquement significatifs varie de 0 à 0,42 % ([tableau 4](#)).

Le taux de découvertes fortuites cliniquement non significatives, c'est-à-dire qui n'ont pas influé sur le plan de traitement ou qui étaient soupçonnées avant l'analyse histopathologique, varie de 0,08 à 44,8 % selon les études retenues ([tableau 4](#)). Cet écart s'explique par le fait que certaines études n'ont rapporté que les cas de cancer alors que d'autres ont énuméré l'ensemble des anomalies histologiques. Dans le cadre des présents travaux, les diagnostics de lithiase et de cholécystite chronique ou aiguë, qui constituent des indications de cholécystectomie, n'ont pas été inclus dans les constats de cas anormaux.

Tableau 4 Découvertes fortuites à partir de vésicules biliaires issues de cholécystectomies

AUTEUR/ ANNÉE / PAYS	NOMBRE DE CAS	DÉCOUVERTE FORTUITE (N)	TAUX DE CONSTATS ANORMAUX	
			NON SIGNIFICATIFS	SIGNIFICATIFS
Alabi <i>et al.</i> , 2021 Royaume-Uni	1 473	Adénocarcinome papillaire <i>in situ</i> (1), adénocarcinome invasif de stade IIIa (1)	0,14 % ¹	0 %
Corten <i>et al.</i> , 2019 Pays-Bas	319	Inflammation (2,8 %), pseudo-polype (0,3 %)	3,13 %	0 %
Lundgren <i>et al.</i> , 2018 Suède	36 010	Carcinome (0,59 %)	0,56 %	0,03 % ²
Wrenn <i>et al.</i> , 2017 États-Unis	1 984	Cholestérolose (17,9 %), dysplasie ou adénome (0,71 %), adénocarcinome (0,25 %), gangrène ou ischémie (4,4 %), parenchyme de foie (3,2 %), ulcération ou érosion (3 %), métaplasie ou hyperplasie bénigne (2,8 %), adénomyome (1,5 %), épithélium dénudé (1,4 %), sérosité (1,4 %)	35,6 %	0,25 % (IC95 % : 0,08 - 0,59)
Koppatz <i>et al.</i> , 2018 Finlande	1 916	Cancer (0,52 %)	0,52 % ³	0 %

AUTEUR/ ANNÉE / PAYS	NOMBRE DE CAS	DÉCOUVERTE FORTUITE (N)	TAUX DE CONSTATS ANORMAUX	
			NON SIGNIFICATIFS	SIGNIFICATIFS
Dincel <i>et al.</i> , 2018 Turquie	1 294	Cholécystite xanthogranulomateuse aiguë, folliculaire, éosinophile (6 %), cholestérolose (15,5 %), adénomyomatose – hyperplasie – polype (2,6 %), métaplasie (3 %), dysplasie (0,6%), malin (0,4 %)	28 %	0,4 %
Düzköylü <i>et al.</i> , 2016 Turquie	8 698	Carcinomes (0,16 %), lymphome de MALT (0,01 %)	s. o.	0,17 %
Patel <i>et al.</i> , 2016 Royaume-Uni	4 027	Dysplasie (1,37 %), polype (1,09 %), cancer (0,15 %)	2,56 %	0,05 % ²
Basak <i>et al.</i> , 2016 Turquie	1 747	Cholestérolose (26 %), cholécystite xanthogranulomateuse aiguë, folliculaire, éosinophile (3,7 %), métaplasie (15,1 %), adénocarcinome (0,2 %)	44,8 %	0,23 %
Emmett <i>et al.</i> , 2015 Royaume-Uni	4 776	Carcinome (0,25 %)	0,25 % ³	0 %
Hayes et Muldoon, 2014 Irlande	2 522	Adénomyome (2,14 %), hyperplasie lymphoïde/cholécystite folliculaire (2,02 %), inflammation xanthogranulomateuse (2,02 %), empyème (0,36 %), mucocoèle (0,28 %), métaplasie intestinale (0,44 %), dysplasie (1,15 %), carcinome primaire (0,4 %)	8,61 %	0,2 % ²
Elshaer <i>et al.</i> , 2014 Italie	1 375	Cancer ou dysplasie (0,7 %) incluant : 7 adénocarcinomes, 2 métastases de cancer ovarien, 1 carcinome adénosquameux, 1 leucémie lymphocytaire chronique, 1 carcinome neuroendocrinien et 1 lymphome non hodgkinien	0,31 %	0,39 % ²
Panebianco <i>et al.</i> , 2013 Italie	1 188	Cancer	0,08 %	0,42 % ²
Van Vliet <i>et al.</i> , 2013 Pays-Bas	1 375	Inflammation active (7,4 %), cholestérolose (12,6 %), inflammation xanthogranulomateuse (1,16 %), dysplasie (0,21 %), adénocarcinome (0,36 %), sarcome (0,07 %)	21,8 % Y inclus 0,44 % ³ cas de cancer	0 %
Byars et Pusany, 2012 Royaume-Uni	2 696	Carcinome (0,26 %)	0,26 % ³	0 %
Romero-Gonzalez <i>et al.</i> , 2012 Mexique	150	Adénocarcinome (2 %)	0,26 % ³	0 %

AUTEUR/ ANNÉE / PAYS	NOMBRE DE CAS	DÉCOUVERTE FORTUITE (N)	TAUX DE CONSTATS ANORMAUX	
			NON SIGNIFICATIFS	SIGNIFICATIFS
Genç <i>et al.</i> , 2011 Turquie	5 164	Adénocarcinome (0,09 %)	0,051 %	0,039 % ²
Bazoua <i>et al.</i> , 2007 Royaume-Uni	2 890	Dysplasie (0,2 %), paroi épaissie (38 %), cancer (0,17 %), métastases (0,1 %)	38 %	0,17 % ⁴
Darmas <i>et al.</i> , 2007 Royaume-Uni	1 452	Adénocarcinome (0,27 %)	0,27 % ³	0 %
Matthyssens <i>et al.</i> , 2006 France	1 523	Cholécystite xanthogranulomateuse (0,8 %), vésicules biliaires porcelaines (0,13 %), adénomyome (0,26 %), adénomes (0,33 %)	2,6%	0 %
Akyürek <i>et al.</i> , 2004 Turquie	548	Diagnostics bénins (polype, cholécystite xanthogranulomateuse, métaplasie gastrique, adénomyomatose) (1,8 %), cancer (0,9 %)	2,7 % Y inclus 0,9 % cancer ³	0 %
Dix <i>et al.</i> , 2003 Royaume-Uni	1 308	Cancer (0,38 %)	0,38 % ³	0 %
Taylor et Huang, 1998 Royaume-Uni	1 078	Dysplasie (0,27 %), inflammation xanthogranulomateuse (0,7%), adénocarcinome (0,56 %)	1,53 % Y inclus 0,56 % cancer ³	0 %

Acronyme et abréviation : MALT : tissu lymphoïde associé aux muqueuses; s. o. : sans objet

¹ Un épaississement de la paroi avait été observé par le chirurgien pour ces cas.

² Cas de cancer non soupçonnés par le chirurgien.

³ Le chirurgien avait constaté un aspect anormal de la vésicule biliaire pour ces cas.

Cinq études transversales ont évalué l'exactitude associée à l'examen macroscopique effectué par le chirurgien à identifier un cancer de la vésicule biliaire prélevée lors d'une cholécystectomie [Elshaer *et al.*, 2014; Hayes et Muldoon, 2014; Van Vliet *et al.*, 2013; Romero-Gonzalez *et al.*, 2012; Akyürek *et al.*, 2004]. Les résultats de ces études suggèrent une sensibilité de l'examen macroscopique pratiqué par le chirurgien qui varie de 29 à 100 % alors que la spécificité varie de 45 à 100% ([tableau 5](#)). Seule l'étude d'Elshaer [2014] a rapporté une sensibilité (100 %) plus élevée que la spécificité (45 %). Cependant, ces résultats reflètent la situation où les vésicules biliaires des personnes de 51 ans et plus¹⁸ seulement seraient systématiquement soumises à une analyse anatomopathologique. L'étude de Corten [2019] a aussi comparé l'efficacité de l'examen macroscopique par le chirurgien pour reconnaître un cancer de la vésicule biliaire identifié à l'examen histopathologique. Cette étude a indiqué une concordance élevée

¹⁸ Seuil établi par une courbe ROC (*Receiver Operating Characteristic*) de la sensibilité et spécificité pour la découverte d'un cancer à l'analyse histologique.

(kappa = 0,88) entre les résultats de l'examen par le chirurgien et le diagnostic histologique.

Tableau 5 Sensibilité et spécificité de l'examen macroscopique du chirurgien à identifier un cancer de la vésicule biliaire sur un prélèvement issu d'une cholécystectomie

AUTEUR / ANNÉE / PAYS	NOMBRE DE CAS	SENSIBILITÉ (%)	SPÉCIFICITÉ (%)	VPP	VPN
Romero-Gonzalez <i>et al.</i> , 2012 Mexique	150	100 (IC95 % : 49 – 100)	100 (IC95 % : 98,7 – 100)	85,7 (IC95 % : 49 – 100)	99,6 (IC95 % : 98,7 – 100)
Akyürek <i>et al.</i> , 2004 Turquie	548	78,9	93,3	s. o.	s. o.
Hayes et Muldoon, 2014 Irlande	2 522	29,41	98,9	18,18	99,03
Van Vliet <i>et al.</i> , 2013 Pays-Bas	1 375	s. o.	s. o.	s. o.	100
Elshaer <i>et al.</i> , 2014 Italie	1 375	100 ¹	45 ¹	s. o.	s. o.

Abréviation : s. o. : sans objet

¹ Si un seuil de 51 ans est établi pour un envoi sélectif des vésicules biliaires au laboratoire d'anatomopathologie.

Les résultats de l'ensemble des études retenues suggèrent qu'il existe un faible risque (moins de 0,5 %) de manquer un cancer par la pratique d'envoi sélectif de spécimens de vésicules biliaires au laboratoire d'anatomopathologie à des fins d'analyse. En effet, les cancers de la vésicule biliaire sont souvent soupçonnés à la suite d'analyses d'imagerie préopératoires ou au cours de l'examen macroscopique par le chirurgien. Néanmoins, bien que la majorité des auteurs des études retenues préconisent un envoi sélectif [Alabi *et al.*, 2021; Koppatz *et al.*, 2018; Emmett *et al.*, 2015; Byars et Pusany, 2012; Romero-Gonzalez *et al.*, 2012; Bazoua *et al.*, 2007; Darmas *et al.*, 2007; Dix *et al.*, 2003; Taylor et Huang, 1998], quelques auteurs favorisent plutôt un envoi de routine des vésicules biliaires pour un examen anatomopathologique [Dincel *et al.*, 2018; Lundgren *et al.*, 2018; Basak *et al.*, 2016; Patel *et al.*, 2016; Hayes et Muldoon, 2014; Panebianco *et al.*, 2013].

Plusieurs des études retenues qui ont évalué l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique de vésicules biliaires comportent des limites méthodologiques compte tenu de leur devis d'étude qui porte principalement sur des études transversales rétrospectives effectuées dans un seul centre. À l'exception des études d'Akyürek [2004] et de Romero-Gonzalez et leurs collaborateurs [2012], très peu de détails sur la méthode de l'examen macroscopique sont disponibles. L'absence de standardisation de l'examen macroscopique fait par le chirurgien pourrait influencer sur les résultats des études concernant la capacité à détecter un cancer de la vésicule biliaire.

2.1.3. Sacs herniaires inguinaux

Onze études descriptives rétrospectives qui ont évalué l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique des tissus de sacs herniaires inguinaux ont été retenues [Arispe Angulo *et al.*, 2020; Kazerouni *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2020; Chesley *et al.*, 2015; Kim *et al.*, 2011; Matthyssens *et al.*, 2006; Miller *et al.*, 2003; Montgomery et Buras, 1999; Partrick *et al.*, 1998; Wenner *et al.*, 1998; Kassan *et al.*, 1986]. Une description de ces études est présentée dans le document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2021].

Parmi ces études :

- Cinq études transversales rétrospectives, totalisant 11 386 cas, portent sur la cure de hernies inguinales dans une population pédiatrique [Lee *et al.*, 2020; Kim *et al.*, 2011; Miller *et al.*, 2003; Partrick *et al.*, 1998; Wenner *et al.*, 1998];
- Quatre études transversales rétrospectives, totalisant 3 274 cas, portent sur la cure de hernies inguinales chez l'adulte [Arispe Angulo *et al.*, 2020; Chesley *et al.*, 2015; Montgomery et Buras, 1999; Kassan *et al.*, 1986];
- Et les études transversales rétrospectives, de Matthyssens et de Kazerouni et leurs collaborateurs, totalisant 1 654 cas avec une analyse histologique, n'ont pas spécifié si la population était adulte, pédiatrique ou si les deux populations étaient représentées [Kazerouni *et al.*, 2020; Matthyssens *et al.*, 2006].

Afin d'évaluer le risque de ne pas repérer une maladie occulte par l'omission d'un examen anatomopathologique chez les personnes qui ont subi une cure de hernie inguinale, le diagnostic préopératoire a été comparé au diagnostic figurant sur le rapport de pathologie. Les constats anormaux suivant l'analyse de pathologie ont été divisés en deux catégories, soit les constats cliniquement non significatifs et les constats cliniquement significatifs. Les anomalies jugées cliniquement non significatives étaient celles qui n'avaient aucune incidence sur la prise en charge du patient ou celles qui avaient préalablement été observées par le chirurgien - et auraient donc fait l'objet d'une analyse anatomopathologique à la demande du chirurgien. Pour la cure de hernies inguinales, le taux de découvertes non cliniquement significatives à l'analyse anatomopathologique varie de 0,12 % à 6,9 % et il inclut, notamment, les observations suivantes ([tableau 6](#)) :

- une inflammation;
- une prolifération mésothéliale;
- des vestiges de tissu surrénalien (population pédiatrique);
- un lipome ou du tissu adipeux.

Par ailleurs, les découvertes jugées cliniquement significatives sont celles qui ont le potentiel d'influer sur la prise en charge du patient. Pour les sacs herniaires, l'identification d'une structure du système reproducteur (p. ex. l'épididyme ou le canal déférent) ou d'une néoplasie est considérée comme cliniquement significative. Ces observations varient de 0 % à 0,88 % selon les études ([tableau 6](#)).

Tableau 6 Découvertes fortuites à partir de sacs herniaires inguinaux issus de la cure de hernies inguinales

AUTEUR / ANNÉE / PAYS	POPULATION / N	DÉCOUVERTE FORTUITE (%)	TAUX DE CONSTATS ANORMAUX	
			NON SIGNIFICATIFS	SIGNIFICATIFS
Kazerouni <i>et al.</i> , 2020 Canada	N. S. 1 618 prélèvements	Ganglion lymphatique (1 %), tissus d'intestins (0,87 %), canal déférent (0,43 %), appendice (0,19 %), vestiges du cortex surrénal (0,12 %), tissu de la vessie (0,06 %), endométriose (0,06 %), hématome (0,06 %), cryptorchidie (0,06 %), corps de psammoma (0,06 %), pathologie néoplasique (0,92 %)	3,8 %	0,06 % ¹
Chesley <i>et al.</i> , 2015 États-Unis	Adulte 18 ans et plus 674 prélèvements (246 avec histologie)	s. o.	s. o.	0 %
Lee <i>et al.</i> , 2020 Canada	Pédiatrique ≤ 18 ans 531 prélèvements • 505 sacs herniaires • 21 sacs d'hydrocèlectomies • 5 sacs herniaires et d'hydrocèlectomies	Hyperplasie mésothéliale (1 %), structures de canaux génitaux (considérés comme des vestiges non fonctionnels) (0,9 %), tissus du cortex surrénal (0,6 %), structure de l'épididyme (non documentée par le chirurgien) (0,2 %)	2,7 % ²	0 %
Arispe Angulo <i>et al.</i> , 2020 États-Unis	Adulte 75 prélèvements	s. o.	s. o.	0 %
Kim <i>et al.</i> , 2011 Canada	Pédiatrique ≤ 18 ans 3 171 prélèvements	Prolifération mésothéliale (5,9 %), structures de canaux génitaux (0,8 %), néoplasmes (0,2 %), tissus du cortex surrénal (0,003 %)	6,9 % ³	0,063 %
Matthyssens <i>et al.</i> 2006 France	N. S. 2 288 (36 avec histologie)	s. o.	s. o.	0 % ²
Miller <i>et al.</i> , 2003 Canada	Pédiatrique < 20 ans 456 prélèvements	Épididyme (0,88 %), canal déférent avec conduit (0,2 %)	1,1 %	0,88 %

AUTEUR / ANNÉE / PAYS	POPULATION / N	DÉCOUVERTE FORTUITE (%)	TAUX DE CONSTATS ANORMAUX	
			NON SIGNIFICATIFS	SIGNIFICATIFS
Wenner <i>et al.</i> , 1998 États-Unis	Pédiatrique ≤ 18 ans 7 924 prélèvements	Tissu adipeux (2 %), inflammation (0,9 %), hydrocèle (0,8 %), lipome (0,25 %), ligament rond (0,1 %), hémorragie (0,1 %), vestige embryonnaire (0,06 %), nodule lymphatique (0,06 %), canal déférent (0,05 %), cortex surrénal (0,04 %), lymphangiectasie (0,02 %), lymphangiome (0,01 %), réaction à un corps étranger (0,01 %), changements éosinophiliques réactifs (0,01 %), vaisseau sanguin (0,01 %)	4,5 % ²	0 %
Montgomery et Buras, 1999 États-Unis	Adulte 1 736 prélèvements	Lipome du cordon spermatique (22 %), liposarcome du cordon spermatique (0,12 %)	0,12 % ⁴	0 %
Partrick <i>et al.</i> , 1998 États-Unis	Pédiatrique ≤ 20 ans 1 494 prélèvements	Inflammation/irritation (2,6 %), vestiges embryonnaires (1,5 %), lipome/tissu adipeux (0,4 %), gras incarcéré (0,2 %), cortex surrénal (0,2 %), canal déférent (0,13 %), fibrose (0,13 %), réactivité mésothéliale (0,13 %)	5 % ³	0 %
Kassan <i>et al.</i> , 1986 États-Unis	Adulte > 18 ans 636 prélèvements	Lymphome non hodgkinien, liposarcome, lipome atypique	0,15 %	0,15 %

Abréviations : N : nombre; N. S. : non spécifié; s. o. : sans objet

¹ Un cas de PEComa et un liposarcome qui n'avaient pas été soupçonnés avant l'analyse histologique.

² Les résultats du rapport d'histologie n'avaient aucune incidence sur la prise en charge des patients.

³ Pour les cas qui ont révélé la présence de tissu du canal déférent ou de type épидидyme, l'anomalie avait déjà été soupçonnée par le chirurgien.

⁴ Les deux cas de cancer avaient été soupçonnés par le chirurgien.

À l'exception de l'étude de Kazerouni [2020], aucune modification de la prise en charge des personnes n'a été rapportée à la suite de l'obtention des résultats de l'analyse anatomopathologique des sacs herniaires inguinaux. L'étude de Kazerouni a toutefois révélé que deux cas de néoplasme n'étaient pas soupçonnés avant l'analyse histologique. Un cas d'endométriase a aussi été observé d'après cette étude. L'identification de tissu de l'épididyme ou du canal déférent aurait peu d'incidence sur la prise en charge immédiate du patient puisque la réparation du canal déférent chez l'enfant est difficile. De ce fait, la réponse clinique à une rupture du canal déférent consiste habituellement à différer le traitement dans le cas où une conséquence se manifesterait tardivement (p. ex. azoospermie) [Wenner *et al.*, 1998]. En cas de

suspicion d'une blessure au canal déférent, Partrick et ses collaborateurs [1998] recommandent tout de même de soumettre le sac herniaire à un examen anatomopathologique pour obtenir une confirmation.

Les études retenues qui ont évalué l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique de sacs herniaires comportent des limites méthodologiques compte tenu de leur devis d'études descriptives transversales rétrospectives effectuées dans un seul centre. De plus, un biais de sélection potentiel pourrait être attribué aux études de Wenner, Lee, Kassan, Chesley et Matthyssens et leurs collaborateurs, puisque seulement 6,7 %, 38 %, 76 %, 36 % et 2 % des prélèvements ont été analysés en histologie respectivement [Lee *et al.*, 2020; Chesley *et al.*, 2015; Matthyssens *et al.*, 2006; Wenner *et al.*, 1998; Kassan *et al.*, 1986]. En se basant sur les résultats des études retenues, il semble y avoir un faible risque de découvertes fortuites cliniquement significatives à l'examen anatomopathologique des prélèvements issus de la cure de hernies inguinales lorsqu'un examen macroscopique a été fait par le chirurgien.

2.1.4. Prélèvements issus de la plastie et de la dermatologie

Sept études qui ont évalué l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique de prélèvements issus de la chirurgie plastique ou de la dermatologie ont été retenues [Cho *et al.*, 2018; Fisher *et al.*, 2018; Apollos *et al.*, 2017; Gargya *et al.*, 2017; Buis *et al.*, 2007; Eads *et al.*, 1997; Eads *et al.*, 1996]. Une étude qui a évalué l'utilité de l'analyse histologique sur des prélèvements provenant de différents types de chirurgies pour lesquels seul un examen macroscopique était demandé (p. ex. cicatrices, débridement de brûlure) est aussi incluse dans cette section [Arispe Angulo *et al.*, 2020]. Une description de ces études est présentée dans le document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2021].

Parmi ces études :

- une étude transversale rétrospective, totalisant 759 prélèvements, porte sur des prélèvements effectués lors de chirurgies plastiques - p. ex. extenseurs de tissu, cartilages de rhinoplastie, côtes, cicatrices, implants mammaires et peau [Fisher *et al.*, 2018];
- une étude transversale rétrospective, totalisant 26 prélèvements, porte sur les prélèvements soumis à un examen anatomopathologique macroscopique [Arispe Angulo *et al.*, 2020];
- une étude transversale rétrospective, totalisant 13 746 prélèvements, porte sur les kystes sébacés [Gargya *et al.*, 2017];
- une étude transversale rétrospective, totalisant 396 prélèvements, porte sur les kystes épidermoïdes [Apollos *et al.*, 2017];
- une étude de cohortes rétrospective, totalisant 2 169 prélèvements, porte sur les kératoses séborrhéiques [Eads *et al.*, 1997];

- une étude de cohortes rétrospective, totalisant 11 500 prélèvements, porte sur les acrochordons [Eads *et al.*, 1996];
- une étude transversale rétrospective, totalisant 182 962 prélèvements, porte sur les lésions bénignes de la main [Cho *et al.*, 2018]; et
- une étude transversale rétrospective, totalisant 90 prélèvements, porte sur les lésions sous-cutanées [Buis *et al.*, 2007].

Afin d'évaluer le risque de ne pas diagnostiquer une maladie occulte par l'omission d'un examen anatomopathologique chez les personnes qui ont subi une intervention chirurgicale en plastie ou en dermatologie, le diagnostic préopératoire a été comparé au diagnostic qui figure sur le rapport de pathologie. Les anomalies suivant l'analyse de pathologie ont été divisées en deux catégories, soit les anomalies cliniquement non significatives et les anomalies cliniquement significatives. Les anomalies jugées cliniquement non significatives sont celles qui n'avaient aucune incidence sur la prise en charge du patient ou celles qui avaient préalablement été observées par le chirurgien – et qui auraient donc fait l'objet d'une analyse anatomopathologique à la demande du chirurgien.

Fisher et ses collaborateurs [2018] ont évalué l'incidence de découvertes cliniques significatives associées à l'examen anatomopathologique de prélèvements effectués lors de chirurgies plastiques. Une seule découverte cliniquement non significative (0,17 %) d'une kératose séborrhéique a été rapportée dans cette étude ([tableau 7](#)). Un examen macroscopique seulement a été réalisé sur certains prélèvements, principalement des pièces non biologiques - p. ex. implants mammaires, extenseurs de tissu. D'ailleurs, les auteurs proposent d'exempter de l'examen anatomopathologique les spécimens à faible risque (p. ex. implants, extenseurs, spécimens de panniculectomie), de transmettre seulement en cas de suspicion clinique les spécimens de peau, les cicatrices, les cartilages, les côtes, les chéloïdes et les capsules mammaires et de toujours envoyer les spécimens à risque élevé - p. ex. la peau et les cicatrices du sein en présence d'un antécédent de cancer. Arispe Angulo et ses collaborateurs [2020] ont, pour leur part, procédé à l'analyse histologique de spécimens pour lesquels seul un examen macroscopique était demandé. Aucune découverte cliniquement significative n'a été observée sur ces échantillons ([tableau 7](#)).

Tableau 7 Découvertes fortuites en cours de chirurgie

AUTEUR / ANNÉE / PAYS	POPULATION OU SPÉCIMENS, N	TYPE DE PRÉLÈVEMENT	TAUX DE CONSTATS ANORMAUX
Arispe Angulo <i>et al.</i> , 2020 États-Unis	Patients qui ont subi une intervention chirurgicale lors de laquelle un prélèvement a été effectué. 26	Amputation traumatique, peau, cicatrice, tissu du débridement d'une brûlure, pannus, calcul, corps étranger	0 %
Fisher <i>et al.</i> , 2018 États-Unis	Personnes qui ont subi une chirurgie plastique au cours de laquelle un prélèvement a été effectué. 759	Cartilages de rhinoplastie, côtes, cicatrices, implants mammaires, peau, extenseurs de tissus, panniculotomies, chéloïdes	0,13 % ¹

¹ Découverte fortuite d'une kératose séborrhéique cliniquement non significative.

Cinq études (comportant trois études transversales et deux études de cohortes) ont évalué l'incidence de découvertes fortuites associées à l'examen anatomopathologique de lésions cutanées présumées bénignes [Cho *et al.*, 2018; Apollos *et al.*, 2017; Gargya *et al.*, 2017; Eads *et al.*, 1997; Eads *et al.*, 1996]. La majorité de ces études ont qualifié de découvertes fortuites les tumeurs malignes [Cho *et al.*, 2018; Gargya *et al.*, 2017; Eads *et al.*, 1997; Eads *et al.*, 1996]. Les taux de découvertes cliniquement non significatives varient de 0,3 à 11,6 % selon les études qui ciblaient les acrochordons [Eads *et al.*, 1996], les kystes épidermoïdes [Apollos *et al.*, 2017], les kératoses séborrhéiques [Eads *et al.*, 1997], les kystes sébacés [Gargya *et al.*, 2017] et les lésions bénignes de la main [Cho *et al.*, 2018] ([tableau 8](#)). L'incidence élevée de découvertes fortuites cliniquement non significatives de l'étude portant sur les kystes épidermoïdes s'explique par le fait que cette étude a aussi rapporté les diagnostics de cas bénins alors que les autres études se sont plutôt intéressées aux diagnostics de tumeurs malignes. Les découvertes jugées cliniquement significatives et associées aux tumeurs malignes varient de 0 à 6,4 % ([tableau 8](#)).

Certaines tumeurs malignes observées dans l'étude de Gargya [2017] sont considérées comme des découvertes cliniquement non significatives dans le contexte des présents travaux, puisqu'elles étaient soupçonnées avant l'obtention des résultats de l'analyse histologique. De même, le plan de traitement n'a pas été modifié à la suite de l'identification de certaines tumeurs sur des lésions de la main dans l'étude de Cho [2018]. Selon Eads et ses collaborateurs [1997], l'incidence de tumeurs malignes observées dans leur étude (6,4 %) pourrait être surestimée en raison du traitement destructif (p. ex. cryothérapie, azote liquide, électrocoagulation, laser) utilisé pour plusieurs kératoses séborrhéiques qui n'ont pas été analysées. Les auteurs proposent toutefois une politique de transmission systématique des spécimens de kératoses séborrhéiques au laboratoire d'anatomopathologie pour analyse. Aucune tumeur maligne n'a été détectée dans les cas de kystes épidermoïdes analysés par Apollos et ses collaborateurs [2017]. Cependant, les auteurs recommandent aux cliniciens d'ouvrir le

kyste pour s'assurer qu'il s'agit bien d'un kyste épidermoïde qui se reconnaît par son contenu : une substance molle à l'aspect de fromage.

Buis et ses collaborateurs [2007] ont comparé le diagnostic clinique posé par un médecin de famille au diagnostic histopathologique suivant l'exérèse de lésions sous-cutanées. Les lésions sous-cutanées analysées incluaient principalement des cas présumptifs de lipomes (51/90, 56,7 %). Pour 7 des 90 lésions, aucun diagnostic clinique n'a été posé. Des 83 autres lésions, toutes présumées bénignes, 2 (2,4 %) se sont avérées malignes. L'examen anatomopathologique a permis d'identifier un carcinome à cellules de Merkel et un dermatofibrosarcome protuberans. Les diagnostics cliniques associés à ces lésions étaient un lipome et un kyste trichilemmal, respectivement. Le rapport de pathologie a confirmé le diagnostic de lipome dans 80 % des cas.

En raison du faible nombre d'études repérées, il n'est pas possible de conclure à propos de l'utilité clinique des différents prélèvements issus de la chirurgie plastique et de la dermatologie. Un nombre élevé de tumeurs malignes ont cependant été observées dans les kératoses séborrhéiques de l'étude d'Eads et ses collaborateurs [1997]. Les auteurs de l'étude recommandent d'ailleurs une politique de transmission systématique des spécimens de kératose séborrhéique au laboratoire d'anatomopathologie, pour analyse.

Tableau 8 Comparaison des diagnostics clinique et histologique des personnes qui ont subi l'exérèse d'une lésion cutanée

AUTEUR / ANNÉE / PAYS	TYPE DE SPÉCIMENS, N	DÉCOUVERTES FORTUITES (%)	TAUX DE CONSTATS ANORMAUX	
			NON SIGNIFICATIFS	SIGNIFICATIFS
Eads <i>et al.</i> , 1996 États-Unis	Acrochordons 1 335	Tumeurs malignes (0,37 %)	s. o.	0,37 %
Apollos <i>et al.</i> , 2017 Royaume-Uni	Kystes épidermoïdes 396	Lipomes (6,5 %), pilomatricome (3,3 %), acrochordons (1,8 %)	11,6 %	0 %
Eads <i>et al.</i> , 1997 États-Unis	Kératoses séborrhéiques 577	Tumeurs malignes (6,4 %)	s. o.	6,4 %
Gargya <i>et al.</i> , 2017 États-Unis	Kystes sébacés 13 746	Tumeur maligne (principalement un carcinome à cellules squameuses) (0,35 %)	0,35 % ¹	0
Cho <i>et al.</i> , 2018 États-Unis	Lésions bénignes des mains 182 962	Tumeur maligne (0,48 %)	0,48 %	0,17 % ²

Abréviation : s. o. : sans objet

¹ Tous des cas de tumeur soupçonnés avant l'analyse histologique.

² Découvertes associées à une modification du plan de traitement.

2.2. Modalités de transmission des prélèvements chirurgicaux

2.2.1. Sélection et description des documents retenus

La recherche documentaire a permis de repérer un seul document comportant des positions ou recommandations sur les modalités de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse [Liebmann et Varma, 2019].

Douze documents contenant de l'information propre au contexte québécois ou à un contexte similaire (contextes canadien et américain) et qui portent sur les modalités de transmission de pièces chirurgicales au laboratoire d'anatomopathologie ont été recensés. Ces documents incluent des normes et directives d'organisations réglementaires ([JCAHO, 1991] et RLRQ, chapitre S-5, r. 5, art. 59), des politiques gouvernementales [IHLS, 2018; SHA, 2018; DSM, 2017], des lignes directrices d'ordres professionnels [CMQ, 2011; CAP, 2007; CMQ, 2005] et des politiques de centres hospitaliers [UCSF, 2020; UCDH, 2016; PSP, 2013; Duke Pathology, 2009].

Une description de ces documents est présentée dans les *Annexes complémentaires* [INESSS, 2021].

2.2.2. Positions et recommandations issues de la littérature

2.2.2.1. Vésicules biliaires

Le guide de bonne pratique du Royal College of Pathologists (RCP) [Liebmann et Varma, 2019] recommande que les vésicules biliaires fassent l'objet d'un examen anatomopathologique puisque des pathologies significatives peuvent être présentes malgré une apparence morphologique normale.

2.2.2.2. Prélèvements issus de la plastie et de la dermatologie

Selon le RCP [Liebman et Varma, 2019], il est toujours justifié d'analyser une section de tissus issus de réduction mammaire d'apparence macroscopique anormale. Toutefois, l'utilité de l'analyse histopathologique aléatoire est limitée

Le guide du RCP [Liebmann et Varma, 2019] contient des recommandations relatives aux analyses de faible utilité clinique qui ne contribuent que peu ou pas à la prise en charge ou au bien-être du patient. L'organisation mentionne que les prélèvements de kératoses bénignes non pigmentées et de lésions résolues par les chirurgiens plastiques ne révèlent souvent aucune pathologie discrète, et un nombre minimal de blocs (un) est suffisant pour l'examen anatomopathologique. Selon l'organisation, il serait acceptable de procéder à l'envoi sélectif au laboratoire de spécimens d'acrochordons de 3 mm ou moins. En raison du faible risque associé à ce type de lésion, il serait raisonnable de soumettre plusieurs spécimens d'acrochordons (de 3 mm ou moins) dans un même contenant.

2.2.2.3. Autres prélèvements chirurgicaux issus de la chirurgie générale, la plastie et la dermatologie

Aucune information concernant les modalités de transmission au laboratoire d'anatomopathologie pour fins d'analyse issue de lignes directrices ou guides de pratique clinique répondant aux critères de sélection établis ([tableau 3](#)) n'a été repérée pour les prélèvements chirurgicaux suivants :

- Fécalomes
- Bézards
- Ongles des orteils et des doigts d'apparence macroscopique normale
- Matériel prothétique et quincaillerie - implants extenseurs de tissus, plaques, vis, à l'exclusion des prothèses mammaires
- Tissus normaux prélevés pendant des procédures esthétiques
- Graisse des tissus mammaires de moins de 3 cm et prélevés pour reconstruction mammaire chez les patients sans historique de cancer
- Matériel médical ne contribuant pas à la maladie du patient
- Cicatrices de brûlures récentes ou issues d'une chirurgie non néoplasique
- Stomie en cas de révision non complexe de processus non néoplasiques
- Ligament rond
- Veine/artère
- Varices
- Éléments anatomiques surnuméraires
- Tissus sous-cutanés prélevés accessoirement pour faciliter l'approche chirurgicale
- Graisse prélevée par liposuction
- Tissu redondant résultant d'une correction esthétique - p. ex. oreilles de chien, rhinoplastie, reprise de cicatrices, septoplastie
- *Molluscum contagiosum*
- Corps étrangers - extraits pendant la chirurgie par endoscopie, ou servant de preuve médico-légale

Concernant les masses de tissus mous, bien que les lignes directrices repérées ne comportent pas de recommandation sur les modalités de transmission au laboratoire d'anatomopathologie de ce type de prélèvement, l'European Society for Medical Oncology – EUROCAN [Casali *et al.*, 2018] recommande que les personnes avec une masse de plus de 5 cm, ou une masse profonde, soient référées à un centre spécialisé pour les sarcomes [Casali *et al.*, 2018]. Les lignes directrices de la Grande-Bretagne

recommandent que les personnes avec une masse de tissus mous avec une augmentation de la taille ou une masse d'une taille de plus de 5 cm soient référées pour une échographie d'urgence ou à un centre de référence pour les sarcomes [Dangoor et al., 2016].

2.2.3. Modalités de transmission au Québec

2.2.3.1. Prélèvements chirurgicaux

Au Québec, l'article 59 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (RLRQ, chapitre S-5, r. 5)¹⁹ 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.

En mars 2016, le MSSS a diffusé une circulaire dans laquelle il précise l'interprétation qu'il fait de l'article 59. Il y est indiqué 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 y est également spécifié que « la décision de soumettre les pièces en anatomopathologie relève donc de la décision du professionnel qui a fait le prélèvement ». D'ailleurs, au Québec, les normes relatives à l'information qui doit figurer sur une demande d'examen d'anatomopathologie sont dictées par le Collège des médecins du Québec. Selon le guide d'exercice *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*, toute demande d'examen anatomopathologique doit comporter, entre autres, 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].

2.2.3.2. Interventions en milieu extrahospitalier

Selon un guide d'exercice publié en 2011 par le Collège des médecins du Québec intitulé *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier*, tout tissu prélevé au cours d'une telle intervention devrait être soumis à un laboratoire d'anatomopathologie et faire l'objet d'un rapport écrit du pathologiste [CMQ, 2011]. Les quelques exceptions à cette règle sont la peau saine, les kystes sébacés ou épidermoïdes, les acrochordons, les xanthélasmas et les xanthomes, les ongles ainsi que toute lésion qui ne laisse aucun doute raisonnable sur sa nature bénigne.

¹⁹ Recueil des lois et des règlements du Québec (RLRQ). *Règle 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/>.

2.2.3.3. Situation actuelle au Québec concernant les pratiques de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie

Dans le but d'obtenir de l'information sur les pratiques de transmission au laboratoire des prélèvements chirurgicaux de l'ensemble des spécialités chirurgicales et l'utilisation des ressources d'anatomopathologie dans les établissements de santé du Québec, des sondages électroniques ont été transmis aux directeurs des services professionnels et aux codirecteurs OPTILAB.

L'analyse des résultats des sondages montre que, parmi les répondants, près de 60 % des services de chirurgie n'ont pas de liste officielle de spécimens qui pourraient faire l'objet d'une transmission sélective au laboratoire de pathologie, alors que 37 % semblent procéder à une transmission sélective en fonction d'une liste.

Parmi les 11 grappes OPTILAB sollicitées, 8 responsables du service de pathologie (venant de 7 établissements) ont répondu au sondage. Six responsables ont mentionné s'être dotés d'une liste de spécimens à ne plus transmettre systématiquement au laboratoire. Un répondant a mentionné s'être doté d'une liste de prélèvements qui doivent faire l'objet d'une description macroscopique seulement.

2.2.4. Modalités de transmission au Canada et aux États-Unis

2.2.4.1. Autres provinces canadiennes

Des politiques gouvernementales de transmission sélective de certains types de prélèvements chirurgicaux ont été recensées au Manitoba [DSM, 2017], en Saskatchewan [SHA, 2018] et en Colombie-Britannique [IHLS, 2018].

Des listes d'exemptions sont proposées et comportent entre 22 et 44 types de spécimens selon la province. En plus d'une liste d'exemptions à la transmission systématique en anatomopathologie, la Saskatchewan Health Authority propose une liste de 18 spécimens à transmettre pour description macroscopique seulement - exemption de l'examen microscopique, celui-ci étant à la discrétion du pathologiste en fonction des résultats de l'examen macroscopique [SHA, 2018].

Pour sa part, la politique de l'Interior Health Laboratory Service de la Colombie-Britannique précise que l'examen pathologique, macroscopique avec ou sans examen microscopique, est effectué lorsqu'il fournit de l'information cliniquement utile 1) pour le diagnostic, le pronostic ou la prise en charge de patients individuels; 2) sur la maladie dans la population; ou 3) pour la documentation médico-légale [IHLS, 2018].

Par ailleurs, ces entités gouvernementales précisent que des analyses anatomopathologiques (macroscopique et microscopique) seront effectuées chaque fois que le médecin traitant le jugera pertinent, que la pièce figure ou non sur une liste d'exemptions. Dans ces circonstances, les renseignements cliniques suggérant l'intérêt d'une référence en pathologie doivent être clairement inscrits sur la demande d'examen qui accompagne le spécimen [IHLS, 2018; SHA, 2018; DSM, 2017]. La politique de la Saskatchewan Health Authority précise également que tout spécimen non

spécifiquement mentionné sur la liste des exemptions doit être soumis au laboratoire d'anatomopathologie pour examen [SHA, 2018].

Selon la politique publiée par Diagnostic Services Manitoba, les tests, traitements et autres procédures inutiles minent la capacité du système de santé à fournir des soins optimaux. Il s'agit d'une utilisation inefficace des ressources, lesquelles sont limitées, en plus de potentiellement retarder les résultats pour les cas cliniquement pertinents, les exposant à des retards de traitement et à des dommages involontaires [DSM, 2017].

2.2.4.2. Aux États-Unis

En 1991, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) des États-Unis, organisation d'accréditation d'organismes de soins de santé, a publié une révision des normes relatives à la transmission des prélèvements chirurgicaux en pathologie afin de permettre des exceptions à l'envoi obligatoire au laboratoire selon les trois conditions suivantes [JCAHO, 1991]²⁰ :

- 1) La qualité des soins ne doit pas être compromise par l'exception;
- 2) Un autre moyen approprié de vérifier le prélèvement du spécimen a été régulièrement employé, et
- 3) Il existe un rapport opératoire authentifié ou un autre rapport officiel qui documente le prélèvement.

À titre d'exemple, les spécimens qui, par leur nature ou leur condition, ne permettent pas un examen productif sont exemptés de la transmission au laboratoire d'anatomopathologie. De même, les spécimens connus pour rarement, voire jamais, présenter des changements pathologiques, et dont le retrait est visible après l'intervention, sont des exemples d'exceptions fournis par la JCAHO.

Depuis, le College of American Pathologists (États-Unis) a adopté, en mai 1996, une politique de transmission sélective de certains prélèvements chirurgicaux. Cette politique a été révisée pour la dernière fois en novembre 2007 et elle a été réapprouvée en juin 2018 [CAP, 2007]. Elle indique ce qui suit :

- Chaque établissement, en collaboration avec le service de pathologie et le personnel médical, devrait élaborer une politique écrite qui précise quels spécimens chirurgicaux n'ont pas besoin d'être soumis au service de pathologie.
- Cette politique devrait indiquer clairement que tous les spécimens non spécifiquement mentionnés comme exemptions doivent être soumis au service de pathologie pour examen.
- Elle devrait également indiquer qu'un examen microscopique (histologique) sera effectué chaque fois que le médecin traitant en fera la demande ou lorsque le pathologiste déterminera qu'un tel examen est indiqué.

²⁰ Tel que rapporté par Boutin et Hogshead [1992] (la référence originale [JCAOH, 1991] ne peut être obtenue des archives).

- Chaque établissement devrait disposer d'une autre procédure de documentation portant sur le retrait et l'élimination de tout spécimen ou dispositif non envoyé en pathologie.

Le College of American Pathologists suggère d'ailleurs l'élaboration de deux listes, soit une liste d'exemptions à la transmission systématique et une liste d'exemptions à l'examen microscopique. Selon le Collège, l'élaboration de telles listes devrait prendre en considération les besoins du personnel soignant en matière de diagnostics cliniques et les risques de découvertes anatomopathologiques fortuites [CAP, 2007].

À titre d'exemple, le Collège propose une liste de 17 spécimens chirurgicaux qui pourraient être exemptés de la transmission systématique au service de pathologie et une liste de 11 spécimens à transmettre pour description macroscopique seulement, avec une analyse microscopique à la discrétion du pathologiste ou sur demande du clinicien - pour plus de détails, voir le document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2021].

Le College of American Pathologists recommande d'ailleurs que les exclusions de la soumission obligatoire en pathologie (exigence APN.10016 : *Surgical Pathology Exclusion*) ainsi que les exemptions de l'examen microscopique (exigence APN.10032 : *Surgical Pathology Microscopic Exemptions*) fassent l'objet de politiques écrites officielles [CAP, 2007]

2.2.4.3. Centres hospitaliers universitaires

Des politiques de centres hospitaliers universitaires américains ont également été recensées à la Duke University [Duke Pathology, 2009], dans des établissements affiliés à l'University of California (UC), soit à l'UC Davis Health [UCDH, 2016] et l'UC San Francisco [UCSF, 2020], ainsi qu'au Parkland Surgical Pathology [PSP, 2013].

Les listes proposées mentionnent entre 12 et 31 spécimens chirurgicaux exemptés de la transmission en pathologie, et entre 3 et 10 spécimens exemptés de l'examen microscopique, selon l'établissement. Le Parkland Surgical Pathology propose uniquement une liste d'exemptions à l'examen microscopique [PSP, 2013].

Selon la Duke University, les tissus d'apparence normale ou attendue, provenant de procédures de routine pour la restauration, la reconstruction ou la réparation de l'anatomie fonctionnelle, ne devraient pas être suspectés de néoplasie, d'infection, de maladie inflammatoire ou auto-immune [Duke Pathology, 2009].

2.2.5. Perspective des experts et autres parties prenantes

De l'avis de certains experts consultés relativement aux prélèvements chirurgicaux provenant de différentes spécialités, le rapport d'anatomopathologie sert, comme les résultats d'autres tests réalisés en biologie médicale, d'outil mis à la disposition des cliniciens et de leurs patients pour définir le plus précisément possible une maladie ou une condition médicale donnée. Les résultats de l'analyse d'anatomopathologie peuvent avoir une valeur diagnostique, pronostique ou thérapeutique, et ils doivent être analysés

conjointement avec les renseignements cliniques pour obtenir un portrait global de la situation et ainsi décider du plan d'intervention le plus approprié pour le patient. Toutefois, il est reconnu que, pour certaines maladies ou conditions, la chirurgie constitue le traitement en soi et que ce sont les examens préopératoires qui permettent d'établir le diagnostic et d'orienter la prise en charge du patient. Dans ce contexte, l'analyse anatomopathologique ne comporte que peu, voire aucune utilité relativement à la prise en charge du patient.

De ce fait, les experts consultés sont d'avis que, pour certaines interventions, l'examen anatomopathologique devrait être réservé pour les cas avec présentation clinique inhabituelle pour préciser le diagnostic ou éliminer un doute clinique concernant le spécimen. L'examen anatomopathologique obligatoire des produits et prélèvements chirurgicaux, indépendamment de la nature de l'intervention pratiquée, de la condition médicale traitée et du contexte clinique, n'est donc pas pertinent dans certaines circonstances et constitue une utilisation inappropriée et inefficace des ressources. D'ailleurs, les experts et parties prenantes consultés ont précisé l'importance d'élaborer les listes de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie sur la base des preuves scientifiques et non en se basant sur l'inquiétude relative aux poursuites judiciaires potentielles. Les experts sont d'avis que les prélèvements inscrits sur les listes de transmission sélective sont à très faible risque pour le patient. De plus, les notes opératoires et le témoignage d'autres personnes présentes lors de l'intervention peuvent servir de preuves en cas de litige.

En ce qui concerne la documentation de l'acte médical, plusieurs experts ont souligné que les notes opératoires constituent un document officiel au dossier du patient.

2.3. Enjeux organisationnels, cliniques, éthiques et juridiques

La consultation des parties prenantes pour le grand chantier des travaux d'anatomopathologie qui comprend l'orthopédie, la neurochirurgie, la chirurgie générale, la plastie, la dermatologie, l'obstétrique-gynécologie et l'urologie a permis de soulever des enjeux communs qui sont abordés dans les sections qui suivent.

2.3.1. Qualité de l'acte médical et accès au service d'anatomopathologie

Au Québec, les éléments spécifiques à la déontologie et au contexte professionnel sont élaborés et publiés par les ordres et associations professionnels, dont le Collège des médecins du Québec, lesquels se réfèrent à l'ensemble des lois et règlements en vigueur au Québec. De ce fait, pour les questions relatives aux responsabilités et obligations professionnelles, les médecins sont invités à consulter leur association professionnelle ou le Collège des médecins du Québec (<http://www.cmq.org/>).

De l'avis des experts et des parties prenantes consultés, dans un modèle de transmission sélective, tous les prélèvements chirurgicaux devraient subir un examen morphologique de première ligne, effectué par le chirurgien, pour s'assurer que la pièce ne comporte pas d'anomalie inattendue. Notons qu'au Québec, le protocole opératoire du chirurgien constitue un document officiel dans lequel, entre autres, les diagnostics pré

et postopératoire, les organes examinés et le genre d'examen fait au cours d'une intervention chirurgicale doivent être documentés et inclus au dossier du patient. Le protocole opératoire doit être rédigé ou dicté au cours des 24 heures qui suivent l'intervention [CMQ, 2005].

Par ailleurs, il est impératif que les cliniciens puissent soumettre tout prélèvement au laboratoire de pathologie en cas d'incertitude ou de préoccupation pour la santé du patient, et ce, même si la pièce figure sur une liste de transmission sélective. Dans ces circonstances, les renseignements cliniques qui justifient l'examen anatomopathologique devraient être clairement spécifiés sur la demande transmise au laboratoire afin d'orienter adéquatement les recherches. Il a d'ailleurs été souligné par les anatomopathologistes consultés que le manque d'information clinique est un élément préoccupant pour assurer la réalisation d'un examen anatomopathologique approprié. Précisons qu'au Québec, 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 postopératoire, la nature et la provenance du spécimen et tout autre renseignement clinique pertinent [CMQ, 2005].

Consultée dans le cadre des présents travaux, l'Association canadienne de protection médicale a d'ailleurs souligné que le manque d'information sur la requête d'examen anatomopathologique figure parmi les facteurs contributifs reconnus dans diverses causes légales impliquant des pathologistes. Ainsi, afin de réduire le risque pour le patient, le chirurgien doit préciser sur la requête la suspicion d'une pathologie en particulier ou toute autre anomalie pour guider le pathologiste dans l'analyse du spécimen.

2.3.2. Délai de remise des rapports de pathologie

Selon certains experts et parties prenantes, les délais de réception des rapports d'anatomopathologie ont considérablement augmenté avec les années et ils sont parfois trop longs pour assurer une prise en charge cliniquement adéquate des patients pour lesquels ces examens sont pertinents, voire nécessaires.

Plusieurs facteurs contribuant à ces délais ont été mentionnés - p. ex. pénurie de main-d'œuvre, multiplication des analyses en oncologie, vieillissement de la population, etc. Dans certains établissements, la priorisation des biopsies et des cas de chirurgie oncologique a entraîné des délais additionnels pour les prélèvements de routine et dont la pertinence est remise en doute. La transmission sélective de ces prélèvements devrait améliorer le temps de réponse pour les patients dont la prise en charge dépend des résultats de l'examen anatomopathologique et, surtout, favoriser une utilisation plus judicieuse des ressources en anatomopathologie.

2.3.3. Enjeux d'implantation

2.3.3.1. Contrôle de la facturation et audits des activités chirurgicales par la RAMQ

La Régie de l'assurance maladie du Québec a également été consultée pour répondre aux préoccupations relatives à l'utilisation du rapport d'anatomopathologie dans le processus de contrôle de la facturation et d'audits des actes chirurgicaux.

La Régie confirme que, de façon générale, les comptes rendus d'anatomopathologie sont des éléments de preuve utiles lors des contrôles d'actes chirurgicaux. Ils peuvent être utilisés pour confirmer la réalisation d'un geste chirurgical. La Régie a toutefois montré de l'ouverture à considérer d'autres façons de contrôler certaines factures si des prélèvements devaient ne plus faire l'objet d'un compte rendu d'anatomopathologie.

Selon les recommandations du bureau de l'expertise médicale de la Régie, certains prélèvements devraient continuer à être envoyés en anatomopathologie aux fins de documentation indépendante de paramètres métriques (p. ex. poids des pièces de réduction mammaire) ou pour confirmer la nature bénigne d'une lésion ou l'absence d'une telle lésion dans les tissus excisés.

2.3.3.2. Gestion du changement

L'implantation d'une nouvelle politique de transmission sélective de certains prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie impliquerait des changements de pratique clinique. Ces changements exigeraient la collaboration entre les professionnels des unités de soins concernées. La mobilisation des Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, des Directeurs des services professionnels, des codirecteurs OPTILAB ainsi que des instances responsables de la qualité des processus, d'implantation et de transition serait nécessaire à la gestion du changement ainsi qu'à l'évaluation des risques et de la qualité de l'acte médical.

Il a également été suggéré par certains experts de promouvoir la diffusion des avis non seulement auprès des ordres et associations professionnels, mais aussi auprès des facultés de médecine et des sciences infirmières (p. ex. transmission aux directeurs de programme, vice-doyens et doyens) afin d'inculquer plus tôt les changements dans la pratique.

2.3.4. Enjeux médico-légaux

Quelques experts ont exprimé des préoccupations relativement à la perte potentielle d'information sensible si certaines pièces n'étaient plus transmises en pathologie. En effet, outre le rapport d'anatomopathologie, des blocs de paraffine, des coupes sur lame ou même des photos sont parfois archivés par le laboratoire et peuvent constituer des éléments de preuve en cas de préjudice. Il a donc été proposé par des experts et parties

prenantes de consulter l'Association canadienne de protection médicale²¹. Celle-ci dispose d'une base de données nationale qui contient de l'information sur les demandes de conseils aux associations professionnelles, les poursuites judiciaires ainsi que les plaintes aux autorités réglementaires (p. ex. les collèges) et aux centres hospitaliers. Les paragraphes qui suivent en résument les principaux éléments.

L'Association a effectué une recherche pour déterminer s'il y a eu au Canada, au cours des cinq dernières années, des cas médico-légaux impliquant un médecin qui aurait été critiqué par ses pairs pour avoir omis d'envoyer un spécimen au laboratoire d'anatomopathologie, et si des cas concernaient des spécimens inscrits à la liste de transmission sélective proposée par l'INESSS²². Le rapport de l'Association canadienne de protection médicale précise qu'un petit nombre de cas seulement correspondant à ces critères seraient survenus et qu'aucune pièce chirurgicale indiquée à la liste proposée par l'INESSS pour toutes les spécialités n'était en cause. L'Association souligne cependant que ces données comportent plusieurs limites et biais et doivent donc être interprétées avec précaution.

Par ailleurs, l'Association canadienne de protection médicale recommande aux médecins d'employer des pratiques autoréflexives afin de mieux reconnaître leurs limites et de miser sur le perfectionnement des compétences cliniques, permettant ainsi d'améliorer la qualité des soins aux patients et de réduire les risques médico-légaux. Cela suppose également que, dans le doute, les prélèvements doivent être transmis au laboratoire d'anatomopathologie pour examen.

2.4. Évaluation économique liée à l'envoi sélectif des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie

La demande du MSSS comportait un volet économique dans lequel l'évaluation des coûts évités par l'envoi sélectif de certains prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie serait réalisée. Une analyse des principaux obstacles, ainsi que la proposition de certaines pistes de solution potentielles associées à l'évaluation des coûts, a été effectuée dans le cadre d'un autre volet, portant sur l'orthopédie et la neurochirurgie, du chantier des travaux réalisés en anatomopathologie par l'INESSS. Or, dans le contexte actuel, cette évaluation économique ne peut être faite de façon suffisamment juste, précise et rigoureuse, et ce, principalement en raison de l'incapacité de quantifier le nombre des actes concernés par les changements de pratique souhaités ainsi que des pratiques très hétérogènes entre établissements, cliniciens et anatomopathologistes. Un résumé des principaux obstacles qui limitent la faisabilité et la

²¹ L'ACPM est une société à caractère mutuel sans but lucratif gouvernée par un conseil de médecins représentant les membres dans l'ensemble du Canada (95 % des médecins au Canada). Les rôles de l'Association consistent à protéger l'intégrité professionnelle des médecins et à promouvoir des soins médicaux sécuritaires au Canada. Site Web : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/home>.

²² La liste incluait les pièces chirurgicales suivantes : fragments de la paroi vaginale (plastie de rectocèle ou cystocèle), hernie, acrochordon, amputation traumatique ou élective (doigts, orteils membres), tissus de conception issus d'interruption volontaire de grossesse d'évolution normale, dispositifs intra-utérins, corps étrangers dans le vagin, hydrocèle, spermatocele, varicocèle, tissus de circoncision (nouveau-né, enfant ou adulte), dispositifs médicaux (p. ex. implants péniliens, bandelettes), calculs (rein, urètre, vessie, vésicule biliaire).

portée d'une telle évaluation et des pistes de solution qui pourraient potentiellement permettre de réaliser une telle analyse dans le futur sont présentés dans le document *Annexes complémentaires* [INESSS, 2021].

2.5. Consultation par la méthode Delphi simplifiée

La consultation des experts du comité consultatif par la méthode Delphi simplifiée a permis d'établir une liste de prélèvements chirurgicaux, issus de la chirurgie générale, de la plastie et de la dermatologie, pour lesquels l'examen anatomopathologique est peu susceptible de fournir une information utile à la prise en charge du patient et qui, selon le jugement du clinicien, pourraient être envoyés de façon sélective au laboratoire d'anatomopathologie.

Le comité a pris en considération le niveau de risque pour le patient en se basant sur la littérature scientifique, les lignes directrices et positions des sociétés savantes, leur expérience clinique et le contexte de la pratique au Québec. Ainsi, certains prélèvements associés à un faible risque pour le patient selon la littérature scientifique n'ont pas été inclus dans la liste de transmission sélective.

Sur les 40 prélèvements associés à la chirurgie générale, à la plastie et à la dermatologie recensés lors de la recherche de la littérature, les experts consultés se sont entendus, par consensus, sur 25 libellés représentant les produits et pièces chirurgicaux qui pourraient être inclus dans une liste de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie ([tableau 9](#)). Certains prélèvements ont été regroupés sous des libellés plus généraux. Notamment, le comité a jugé que le matériel prosthétique à l'exclusion des prothèses mammaires, pourrait être inclus dans le libellé « quincaillerie » (p. ex. plaques, vis et extenseurs de tissu). Pour des fins d'uniformisation avec le volet portant sur la chirurgie orthopédique et la neurochirurgie, ce libellé a été remplacé par le libellé « implants et matériel médical retirés lors d'une intervention », qui comprend aussi le matériel médical qui ne contribue pas à la maladie du patient. De même, les tissus issus de débridement en cas de trauma, débridement pour décubitus ulcéreux et tissus prélevés de tissus mous, extensibles et traumatismes osseux ont été regroupés sous le libellé général « tissus issus de débridement ». La précision « tissus issus de débridement pour cause connue » a été proposée par le comité de suivi.

Pour certains prélèvements chirurgicaux, les membres du comité ont proposé d'ajouter une mention du genre « apparence normale ou non néoplasique » au libellé pour s'assurer que les cas atypiques seront transmis au laboratoire d'anatomopathologie. C'est le cas des doigts et orteils et des cas d'amputation traumatique. Pour les sacs herniaires inguinaux, les experts ont rappelé qu'un examen macroscopique du prélèvement doit être effectué par le chirurgien. Les sacs herniaires inguinaux ont cependant été retirés de la liste de transmission sélective puisque des experts du comité de suivi ont souligné la difficulté à démontrer, sans examen anatomopathologique, une résection du canal déférent ou d'une artère, qui pourrait survenir lors de la cure d'une hernie inguinale.

Il y a eu consensus des membres du comité pour exclure la graisse de tissu mammaire < 3 cm de la liste de transmission sélective. Ce prélèvement ferait partie des rares cas de mammoplastie chez l'homme et ne représenterait pas un enjeu quant à son volume. La vésicule biliaire a également été exclue de la liste de transmission sélective. Les experts étaient préoccupés par le fait que même un examen morphologique attentif de la vésicule biliaire ne permettait pas toujours de détecter un cancer occulte. Il s'agit d'un cancer très agressif associé à un mauvais pronostic.

Certains ajouts à la liste de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie ont été proposés. C'est le cas des acrochordons pour lesquels les experts ont souligné que, en cas d'incertitude concernant la nature du spécimen, le médecin procédera à son envoi en anatomopathologie de toute façon. Cependant, les membres du comité étaient d'avis que les kératoses séborrhéiques devraient être transmises en anatomopathologie en raison des diagnostics différentiels qui lui sont associés.

Après la levée de la rencontre, des experts ont proposé d'ajouter le kyste pilonidal d'apparence typique à la liste de transmission sélective.

À l'occasion du processus de validation externe, il a été proposé d'évaluer l'utilité de l'examen anatomopathologique des lipomes de moins de 5 cm. Une revue de la littérature a été réalisée pour évaluer ces prélèvements. Cependant, les lipomes n'ont pas été inclus à la liste de transmission sélective en anatomopathologie puisque des experts ont souligné qu'il existe un risque de malignité associé à ces prélèvements.

Tableau 9 Prélèvements chirurgicaux issus de la chirurgie générale, de la plastie et de la dermatologie qui peuvent être considérés pour une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie

PIÈCE, TISSU OU AUTRE PRÉLÈVEMENT
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acrochordons qui ne laissent aucun doute raisonnable sur leur nature bénigne ▪ Amputation pour raison non néoplasique ▪ Bézards ▪ Cicatrices de brûlures récentes ou issues de chirurgie non néoplasique ▪ Corps étrangers ▪ Éléments anatomiques surnuméraires ▪ Fécalomes ▪ Graisse prélevée par liposuccion et pesée ▪ Implants et matériel médical retirés lors d'une intervention chirurgicale ▪ Kystes épidermoïdes (ou kystes sébacés) qui ne laissent aucun doute raisonnable sur leur nature bénigne ▪ Kyste pilonidal d'apparence typique ▪ Ligament rond ▪ <i>Molluscum contagiosum</i> ▪ Ongles des orteils et des doigts d'apparence macroscopique normale ▪ Portions de côtes prélevées pour faciliter la chirurgie chez un patient sans antécédent de cancer ▪ Stomie en cas de révision non complexe de processus non néoplasiques ▪ Tissus de correction de rectocèle ou de cystocèle ▪ Tissus issus de débridement pour cause connue ▪ Tissus issus d'une panniculéctomie ▪ Tissus issus de plasties des lèvres ▪ Tissus normaux prélevés pendant des procédures esthétiques, à l'exception de la mammoplastie ▪ Tissus redondants résultant d'une correction esthétique - p. ex. oreilles de chien, rhinoplastie, reprise de cicatrices, septoplastie ▪ Tissus sous-cutanés, prélevés accessoirement pour faciliter l'approche chirurgicale ▪ Varices ▪ Veine/artère

DISCUSSION

Dans le but de réduire le nombre des demandes d'examens non pertinents et de favoriser l'utilisation optimale des ressources en anatomopathologie, le MSSS a demandé à l'INESSS de produire des recommandations afin de guider les cliniciens dans leur décision de transmettre ou non certains prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie, et ce, en fonction de la région anatomique, du domaine de l'expertise chirurgicale concerné et de la pertinence de l'examen anatomopathologique. Le présent avis concerne la pertinence et les indications de transmission au laboratoire d'anatomopathologie des prélèvements chirurgicaux provenant de la chirurgie générale, de la plastie et de la dermatologie.

Principaux constats

Des experts consultés ont souligné que l'envoi systématique des prélèvements en pathologie crée un engorgement des laboratoires d'analyse et engendre des délais sous-optimaux. Or, en se basant sur l'analyse et l'intégration des données issues de la littérature scientifique, les principales lignes directrices et positions prises par différentes sociétés savantes ainsi que la perspective de diverses parties prenantes, il semble que l'examen anatomopathologique de routine de certains prélèvements chirurgicaux n'apporte aucune information utile à la prise en charge médicale du patient. D'ailleurs, le risque d'une découverte anatomopathologique fortuite significative du point de vue clinique, pour les prélèvements ciblés par ces travaux, est jugé faible. L'examen anatomopathologique de ces prélèvements devrait donc être réservé aux cas cliniques inhabituels afin de préciser le diagnostic ou conforter le chirurgien. Selon les experts consultés, lorsqu'une pièce chirurgicale est envoyée au laboratoire de pathologie, la communication de l'information clinique pertinente (p. ex. intervention réalisée, diagnostic préopératoire, observation peropératoire inhabituelle, préoccupation particulière) est un élément fondamental à la réalisation d'un examen anatomopathologique approprié.

Certaines sociétés savantes, y compris le College of American Pathologists, proposent des modèles de transmission sélective de certains prélèvements chirurgicaux en anatomopathologie (ou d'exemption de l'examen histologique) dans le but de favoriser l'utilisation efficiente des ressources en anatomopathologie. Des établissements québécois ont aussi mis en application une politique de transmission sélective de certains prélèvements chirurgicaux.

Dans diverses circonstances, il semble que l'envoi de pièces chirurgicales en pathologie sert de preuve d'acte. Toutefois, plusieurs experts ont souligné qu'il existe des moyens, autres que le rapport d'anatomopathologie, qui permettent de vérifier qu'un prélèvement a été fait - p. ex. technique d'imagerie, confirmation par le personnel infirmier, etc. Les notes opératoires du chirurgien constituent d'ailleurs un document officiel dans lequel tout prélèvement fait au cours d'une intervention chirurgicale doit être documenté et inclus au dossier du patient.

Concernant les gains (ou économies) potentiellement associés à un changement de pratique relativement à l'envoi des prélèvements en pathologie, il est actuellement impossible 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 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.

Forces et limites

Les travaux reposent sur une méthodologie qui comprend une recherche systématique de la littérature, une évaluation critique des publications pertinentes ainsi qu'une synthèse des conclusions. Certaines limites doivent toutefois être signalées. Les études retenues reposent principalement sur des données rétrospectives obtenues de bases de données d'un seul centre. De plus, un biais de sélection pourrait être associé à certaines études pour lesquelles ce ne sont pas tous les spécimens qui ont été analysés en histopathologie. Les positions relatives aux modalités de l'envoi des pièces chirurgicales au laboratoire d'anatomopathologie repérées dans la littérature sont surtout basées sur des consensus d'experts.

Les membres du comité consultatif ont fourni de l'information, de l'expertise et une perspective essentielles à l'élaboration de la liste des pièces chirurgicales qui pourraient faire l'objet d'une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie. Le rôle du comité consistait aussi à assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique de même que l'acceptabilité professionnelle et sociale des travaux. Un comité de suivi formé d'un représentant des 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 MSSS et du Collège des médecins du Québec a aussi été consulté dans le cadre de ces travaux. Le rôle de ce comité était de prendre position à propos de la pertinence, la faisabilité et l'applicabilité des recommandations formulées par l'INESSS. La pertinence du contenu et la qualité scientifique globale du présent avis ont été évaluées par trois lecteurs externes.

Impact clinique

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. Selon les experts consultés, les prélèvements qui figurent sur la liste de transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie sont associés à un faible risque et ne devraient pas compromettre la qualité des soins des patients concernés. Néanmoins, tous les spécimens chirurgicaux non transmis au laboratoire d'anatomopathologie devraient faire l'objet d'un examen visuel de la part du chirurgien. Toute pièce qui présente une anomalie inattendue ou jugée non conforme aux attentes devrait être envoyée en anatomopathologie pour un examen.

CONCLUSIONS

Les recommandations formulées dans la section qui suit concernant la transmission sélective en anatomopathologie de certaines pièces chirurgicales issues de la pratique de la chirurgie générale, de la plastie et de la dermatologie devraient contribuer à un usage plus judicieux des ressources de ces laboratoires. Les changements de pratique qui pourraient en découler dépendront cependant de la diffusion et de l'implantation des recommandations dans les différents établissements du Québec. Une implantation progressive impliquant la concertation entre les conseils des médecins, 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 ainsi que la qualité de l'acte médical.

CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Constats généraux relatifs à la transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie

L'analyse et l'intégration des données issues de la littérature scientifique, des principales lignes directrices et positions prises par diverses sociétés savantes, ainsi que la perspective de différents experts et décideurs permet de formuler les constats suivants concernant la transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse. Ces constats sont d'ordre général et s'appliquent à chacun des volets (c.-à-d. spécialité ou regroupement de spécialités) traités dans ce chantier de pertinence en anatomopathologie.

Au regard de l'**utilité clinique** des envois en pathologie :

- l'examen anatomopathologique de routine de certains prélèvements chirurgicaux n'apporte aucune information utile à la prise en charge médicale du patient et devrait être réservé aux présentations cliniques inhabituelles afin de préciser le diagnostic ou pour éliminer un doute clinique;
- le risque d'une découverte anatomopathologique fortuite significative du point de vue clinique, pour les prélèvements ciblés par ces travaux, est jugé faible (voire anecdotique);
- l'envoi systématique des prélèvements en pathologie crée un engorgement des laboratoires d'analyse et engendre des délais sous-optimaux;
- les recommandations de transmission sélective formulées par certaines sociétés savantes ont entraîné une diminution de la charge de travail associée à l'analyse de spécimens dont la valeur clinique est limitée ou nulle.

Au regard des **modalités de transmission des prélèvements** en pathologie :

- plusieurs sociétés savantes, dont le College of American Pathologists, proposent des modèles de transmission sélective de certains prélèvements chirurgicaux en fonction de listes de prélèvements exemptés de la transmission obligatoire en anatomopathologie (ou exemptés de l'examen histologique), et ce, dans le but de favoriser l'utilisation efficiente des ressources en anatomopathologie;
- des établissements québécois ont déjà mis en application une politique sur la transmission sélective de certains prélèvements chirurgicaux;
- les listes de prélèvements exemptés de la transmission obligatoire en anatomopathologie (ou exemptés de l'examen histologique obligatoire), telles que proposées par les lignes directrices examinées et certains établissements québécois, comportent des divergences relatives au nombre et au type des prélèvements exemptés;

- 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 en pathologie pour vérifier qu'un prélèvement a été effectué - p. ex. confirmation du personnel infirmier, notes opératoires, etc.;
- 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.

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

- il est actuellement impossible d'estimer les économies qui pourraient découler de l'envoi sélectif des prélèvements en pathologie, et ce, principalement en raison de l'incapacité de quantifier le nombre d'actes concernés par les changements de pratique souhaités ainsi que des pratiques très hétérogènes entre établissements.

Recommandations relatives à la transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie

À la lumière de ces constats, l'INESSS, en collaboration avec le comité consultatif et de suivi consultés, formule un ensemble de recommandations visant à favoriser une utilisation plus judicieuse des ressources d'analyse anatomopathologique, 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 en pathologie. Celles-ci sont reprises dans chacun des six volets du chantier de pertinence en pathologie (voir page 2).

Ces recommandations sont suivies par une recommandation plus spécifique, c.-à-d. une liste de spécimens qui peuvent faire l'objet d'une transmission sélective en anatomopathologie, pour le volet de la chirurgie générale, la plastie et la dermatologie. Finalement, des recommandations visant à favoriser la mise en œuvre et le suivi des changements proposés sont formulées.

Une évaluation de la pertinence de mettre à jour ces recommandations sera faite dans cinq ans, soit en 2026.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES DE L'INESSS²³

L'INESSS estime que certains prélèvements chirurgicaux pourraient ne plus être envoyés systématiquement aux laboratoires d'anatomopathologie aux fins d'analyse, et ce, à l'échelle du Québec. Ceux-ci 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^{24, 25}.

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^{24, 26}.

Les listes de transmission sélective proposées dans ce rapport ne devraient en aucun cas se substituer au jugement clinique.

De ce fait, les pièces inscrites sur les listes 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.

²³ Certaines dispositions sont formulées dans le respect des normes professionnelles en vigueur au Québec.

²⁴ « 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].

²⁵ 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/Q-2,%20r.%2012>.

²⁶ « 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].

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES DE L'INESSS²³

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 anatomopathologiques²⁷.

Tout prélèvement chirurgical qui ne figure pas sur une liste de transmission sélective devrait être transmis au laboratoire d'anatomopathologie pour examen.

²⁷ « 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].

Recommandations de transmission sélective spécifiques à la pratique de la chirurgie générale, de la plastie et de la dermatologie

L'INESSS 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.

- Acrochordons qui ne laissent aucun doute raisonnable sur leur nature bénigne
- Amputation pour raison non néoplasique
- Bézoards
- Cicatrices de brûlures récentes ou issues d'une chirurgie non néoplasique
- Corps étrangers
- Éléments anatomiques surnuméraires
- Fécalomes
- Graisse prélevée par liposuction et pesée
- Implants et matériel médical retirés lors d'une intervention chirurgicale
- Kystes épidermoïdes (ou kystes sébacés) qui ne laissent aucun doute raisonnable sur leur nature bénigne
- Kyste pilonidal d'apparence typique
- Ligament rond
- *Molluscum contagiosum*
- Ongles des orteils et des doigts d'apparence macroscopique normale
- Portions de côtes prélevées pour faciliter la chirurgie chez un patient sans antécédent de cancer
- Stomie en cas de révision non complexe de processus non néoplasiques
- Tissus de correction de rectocèle ou de cystocèle
- Tissus issus de débridement pour cause connue
- Tissus issus d'une panniculectomie
- Tissus issus de plasties des lèvres
- Tissus normaux prélevés pendant des procédures esthétiques, à l'exception de la mammoplastie
- Tissus redondants résultant d'une correction esthétique - p. ex. oreilles de chien, rhinoplastie, reprise de cicatrice, septoplastie
- Tissus sous-cutanés prélevés accessoirement pour faciliter l'approche chirurgicale
- Varices
- Veine/artère

Recommandations visant à favoriser la mise en œuvre et le suivi d'un processus de transmission sélective de certains prélèvements

- Les recommandations et les listes 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 les Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), les Directeurs des services professionnels (DSP), les codirecteurs OPTILAB et autres instances responsables de la qualité. Cette démarche devrait prévoir le développement et l'implantation d'un outil de mesure de la conformité aux recommandations et de la qualité de la pratique.
- Un formulaire standardisé permettant de documenter le retrait, l'apparence (normalité ou anomalie observée) et l'omission de l'envoi de la pièce chirurgicale au laboratoire d'anatomopathologie devrait être élaboré. Ce formulaire pourrait être rempli par l'infirmière du bloc opératoire.
- Une démarche de révision et de normalisation de la codification des actes médicaux et des analyses d'anatomopathologie devrait être effectuée afin de faciliter la collecte et l'interprétation des données médico-administratives et ainsi rendre possible le suivi des mesures d'optimisation déployées.

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.
- Akyürek N, Irkörüçü O, Salman B, Erdem O, Sare M, Tatlıcioglu E. Unexpected gallbladder cancer during laparoscopic cholecystectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2004;11(5):357-61.
- Alabi A, Arvind AD, Pawa N, Karim S, Smith J. Incidental gallbladder cancer: Routine versus selective histological examination after cholecystectomy. *Surg J (N Y)* 2021;7(1):e22-5.
- Apollos JR, Ekatah GE, Ng GS, McFadyen AK, Whitelaw SC. Routine histological examination of epidermoid cysts; to send or not to send? *Ann Med Surg (Lond)* 2017;13:24-8.
- Arispe Angulo KR, Farooq A, Samra H, Weldemichael W, Anderson J, Jorns JM. Data-driven development of an institutional "gross-only" policy for the examination of select surgical pathology specimens. *Am J Clin Pathol* 2020;154(4):486-93.
- Basak F, Hasbahceci M, Canbak T, Sisik A, Acar A, Yucel M, et al. Incidental findings during routine pathological evaluation of gallbladder specimens: Review of 1,747 elective laparoscopic cholecystectomy cases. *Ann R Coll Surg Engl* 2016;98(4):280-3.
- Bazoua G, Hamza N, Lazim T. Do we need histology for a normal-looking gallbladder? *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2007;14(6):564-8.
- Boutin P et Hogshead H. Surgical pathology of the intervertebral disc. Is routine examination necessary? *Spine (Phila Pa 1976)* 1992;17(10):1236-8.
- 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.
- Buis PA, Verweij W, van Diest PJ. Value of histopathologic analysis of subcutis excisions by general practitioners. *BMC Fam Pract* 2007;8:5.
- Byars J et Pusany K. An alternative approach to sending all gallbladders for histology following cholecystectomy? *Surg Sci* 2012;3(1):15-20.
- Casali PG, Abecassis N, Aro HT, Bauer S, Biagini R, Bielack S, et al. Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO-EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2018;29(Suppl 4):iv51-iv67.
- Chesley PM, Black GE, Martin MJ, Johnson EK, Maykel JA, Steele SR. The utility of pathologic evaluation of adult hernia specimens. *Am J Surg* 2015;209(5):783-6.

- Cho HE, Kelley B, Zhong L, Chung KC. Use of routine pathologic evaluation of nonmalignant lesions in hand surgery: A national study. *Plast Reconstr Surg* 2018;142(2):160e-168e.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). Procédures et interventions en milieu extrahospitalier. Guide d'exercice. Montréal, Qc : CMQ; 2011. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2011-08-01-fr-procedures-interventions-milieu-extrahospitalier.pdf>.
- 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://webapps.cap.org/apps/docs/laboratory_accreditation/build/pdf/surgical_specimens.pdf.
- Corten BJ, Alexander S, van Zwam PH, Leclercq WK, Roumen RM, Slooter GD. Outcome of surgical inspection of the gallbladder in relation to final pathology. *J Gastrointest Surg* 2019;23(6):1130-4.
- Dangoor A, Seddon B, Gerrand C, Grimer R, Whelan J, Judson I. UK guidelines for the management of soft tissue sarcomas. *Clin Sarcoma Res* 2016;6:20.
- Darmas B, Mahmud S, Abbas A, Baker AL. Is there any justification for the routine histological examination of straightforward cholecystectomy specimens? *Ann R Coll Surg Engl* 2007;89(3):238-41.
- Diagnostic Services Manitoba (DSM). Unnecessary pathology – Tissues for disposal. Clinical Practice Change. Winnipeg, MB : DSM; 2017. Disponible à : <https://choosingwiselymanitoba.ca/wp-content/uploads/2018/10/Tissues-for-Disposal-Clinical-Practice-Changes-November-2017.pdf>.
- Dincel O, Goksu M, Hatipoglu HS. Importance of routine histopathological examination of a gallbladder surgical specimen: Unexpected gallbladder cancer. *J Cancer Res Ther* 2018;14(6):1325-9.
- Dix FP, Bruce IA, Krypczyk A, Ravi S. A selective approach to histopathology of the gallbladder is justifiable. *Surgeon* 2003;1(4):233-5.
- Duke Department of Pathology (Duke Pathology). Tissue and medical devices exceptions list (Appendix A – Surgical pathology tissue and medical devices exceptions list and List of specimens exempt from microscopic examination - *version révisée en 2011*). Durham, NC : Duke University School of Medicine; 2009. Disponible à : <https://pathology.duke.edu/sites/pathology.duke.edu/files/SurgPath-Tissue%20Exceptions%20attachment.pdf>.

- Düzköylü Y, Bektas H, Kozluklu ZD. Incidental gallbladder cancers: Our clinical experience and review of the literature. *Ulus Cerrahi Derg* 2016;32(2):107-10.
- Eads TJ, Hood AF, Chuang TY, Faust HB, Farmer ER. The diagnostic yield of histologic examination of seborrheic keratoses. *Arch Dermatol* 1997;133(11):1417-20.
- Eads TJ, Chuang TY, Fabr  VC, Farmer ER, Hood AF. The utility of submitting fibroepithelial polyps for histological examination. *Arch Dermatol* 1996;132(12):1459-62.
- Elshaer M, Gravante G, Yang Y, Hudson S, Thomas K, Sorge R, et al. Routine versus selective histologic analysis of gallbladder specimens for the detection of incidental gallbladder cancers. A retrospective review over 9 years of activity with a special focus on patients' age. *Am J Surg* 2014;208(3):444-9.
- Emmett CD, Barrett P, Gilliam AD, Mitchell AI. Routine versus selective histological examination after cholecystectomy to exclude incidental gallbladder carcinoma. *Ann R Coll Surg Engl* 2015;97(7):526-9.
- Fisher M, Alba B, Bhuiya T, Kasabian AK, Thorne CH, Tanna N. Routine pathologic evaluation of plastic surgery specimens: Are we wasting time and money? *Plast Reconstr Surg* 2018;141(3):812-6.
- Gargya V, Lucas HD, Wendel Spiczka AJ, Mahabir RC. Is routine pathologic evaluation of sebaceous cysts necessary? A 15-year retrospective review of a single institution. *Ann Plast Surg* 2017;78(2):e1-e3.
- Genç V, Onur Kirimker E, Akyol C, Kocaay AF, Karab rk A, T z ner A, et al. Incidental gallbladder cancer diagnosed during or after laparoscopic cholecystectomy in members of the Turkish population with gallstone disease. *Turk J Gastroenterol* 2011;22(5):513-6.
- 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.
- Hayes BD et Muldoon C. Seek and ye shall find: The importance of careful macroscopic examination and thorough sampling in 2522 cholecystectomy specimens. *Ann Diagn Pathol* 2014;18(3):181-6.
- Interior Health Laboratory Service (IHLS). Tissues exempt from pathological examination policy. IH Anatomical Pathology. Kelowna, BC : IHLS; 2018. Disponible   : <https://www.interiorhealth.ca/sites/Partners/LabServices/DeptSpecific/AnatomicalPathology/Documents/AP%20Exempt%20Tissues.pdf>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Annexes complémentaires – Pertinence et indications de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie : la chirurgie générale, la plastie et la dermatologie. Québec, Qc : INESSS; 2021. Disponible   : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications.html>.

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Accreditation Manual for Hospitals (AMH) (vol. 1): Standards. Chicago, IL : JCAHO; 1991.
- Kassan MA, Munoz E, Laughlin A, Margolis IB, Wise L. Value of routine pathology in herniorrhaphy performed upon adults. *Surg Gynecol Obstet* 1986;163(6):518-22.
- Kazerouni A, Nowak KM, Serra S, Vajpeyi R, Chieu K, Chetty R. Review of pathology and cost benefit analysis of hernia sacs processed over a 19-year period. *J Clin Pathol* 2020;73(11):737-40.
- Kim B, Leonard MP, Bass J, Ruzhynsky V, de Nanassy J, Guerra L. Analysis of the clinical significance and cost associated with the routine pathological analysis of pediatric inguinal hernia sacs. *J Urol* 2011;186(4 Suppl):1620-4.
- Koppatz H, Nordin A, Scheinin T, Sallinen V. The risk of incidental gallbladder cancer is negligible in macroscopically normal cholecystectomy specimens. *HPB (Oxford)* 2018;20(5):456-61.
- Lee MJ, Kim JK, Pokarowski M, Shiff M, Mitton P, Popescu A, et al. Clinical and economic value of routine pathological examination of hernia sacs and scheduled clinic follow-ups after inguinal hernia and hydrocele repair in a Canadian tertiary care children's hospital. *J Pediatr Surg* 2020;55(8):1463-9.
- Liebmann R et Varma M. Best practice recommendations – Histopathology and cytopathology of limited or no clinical value. Londres, Angleterre : Royal College of Pathologists (RCP); 2019. Disponible à : <https://www.rcpath.org/resourceLibrary/g177-bpr-histopathology-and-cytopathology-limited-or-no-clinical-value.html>.
- Lundgren L, Muszynska C, Ros A, Persson G, Gimm O, Valter L, et al. Are incidental gallbladder cancers missed with a selective approach of gallbladder histology at cholecystectomy? *World J Surg* 2018;42(4):1092-9.
- Matthysens LE, Ziol M, Barrat C, Champault GG. Routine surgical pathology in general surgery. *Br J Surg* 2006;93(3):362-8.
- Miller GG, McDonald SE, Milbrandt K, Chibbar R. Routine pathological evaluation of tissue from inguinal hernias in children is unnecessary. *Can J Surg* 2003;46(2):117-9.
- Montgomery E et Buras R. Incidental liposarcomas identified during hernia repair operations. *J Surg Oncol* 1999;71(1):50-3.
- Panebianco A, Volpi A, Lozito C, Prestera A, Ialongo P, Palasciano N. Incidental gallbladder carcinoma: Our experience. *G Chir* 2013;34(5-6):167-9.
- Parkland Surgical Pathology (PSP). Exemption from microscopic examination. Dallas, TX : Parkland Health & Hospital System; 2013. Disponible à : <http://parklandlab.com/uploads/public/Documents/Labs/Surgical-Pathology/Microscopic%20Exemptions%202014.pdf>.
- Partrick DA, Bensard DD, Karrer FM, Ruyle SZ. Is routine pathological evaluation of pediatric hernia sacs justified? *J Pediatr Surg* 1998;33(7):1090-4.

- Patel K, Dajani K, Iype S, Chatzizacharias NA, Vickramarajah S, Singh P, et al. Incidental non-benign gallbladder histopathology after cholecystectomy in an United Kingdom population: Need for routine histological analysis? *World J Gastrointest Surg* 2016;8(10):685-92.
- Romero-Gonzalez RJ, Garza-Flores A, Martinez-PérezMaldonado L, Diaz-Elizondo JA, Muñoz-Eguía JJ, Barbosa-Quintana A. Gallbladder selection for histopathological analysis based on a simple method: A prospective comparative study. *Ann R Coll Surg Engl* 2012;94(3):159-64.
- Saskatchewan Health Authority (SHA). Specimens exempt from all gross &/or microscopic review. Saskatoon, SK : SHA; 2018. Disponible à : https://www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/Services/Pathology-Laboratory-Med/healthpractitioners/Documents/Policy%20and%20Procedure/ANATOMIC%20PATHOLOGY%20SPECIMENS%20EXEMPT%20FROM%20ALL%20GROSS%20OR%20MICROSCOPIC%20REVIEW.pdf.
- Taylor HW et Huang JK. 'Routine' pathological examination of the gallbladder is a futile exercise. *Br J Surg* 1998;85(2):208.
- Tyndall J. AACODS Checklist. Adelaide, 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.
- Van Vliet JL, van Gulik TM, Verbeek PC. Is it necessary to send gallbladder specimens for routine histopathological examination after cholecystectomy? The use of macroscopic examination. *Dig Surg* 2013;30(4-6):472-5.
- Wenner WJ Jr, Gutenberg M, Crombleholme T, Flickinger C, Bartlett SP. The pathological evaluation of the pediatric inguinal hernia sac. *J Pediatr Surg* 1998;33(5):717-8.
- Wrenn SM, Callas PW, Abu-Jaish W. Histopathological examination of specimen following cholecystectomy: Are we accepting resect and discard? *Surg Endosc* 2017;31(2):586-93.

ANNEXE A

Stratégie de repérage de l'information scientifique

Bases de données bibliographiques

Modalités de transmission des prélèvements chirurgicaux, utilité clinique

PubMed (NLM)	
Date du repérage : février 2019	
Limites : anglais, français	
Dernière mise à jour : février 2021	
#1	Diagnostic Tests, Routine[majr] AND Pathology,Surgical[majr]
#2	routine*[ti] OR selective*[ti] OR systematic*[ti] OR discretion[ti] OR mandat*[ti]
#3	patholog*[ti] OR anatomopatholog*[ti] OR histolog*[ti] OR laborator*[ti] OR histopatholog*[ti] OR gross*[ti] OR microscop*[ti] OR macroscop*[ti]
#4	surgery[sh] OR surgeon*[tiab] OR surgical*[tw] OR general surge*[tiab] OR plastic surge*[tiab] OR operati*[tiab] OR ablati*[tiab] OR excised[tiab] OR excision*[tiab] OR amputat*[tiab] OR remov*[tiab] OR extirp*[tiab] OR repair*[tiab] OR explant*[tiab] OR panniculectom*[tiab] OR abdominoplast*[tiab] OR lipoabdominoplast*[tiab]
#5	fat[tiab] OR calculi[tiab] OR calculus[tiab] OR stones[tiab] OR skin[tiab] OR implant*[tiab] OR explant*[tiab] OR toenail*[tiab] OR fingernail*[tiab] OR fecalith*[tiab] OR gastrostomy tube*[tiab] OR stent*[tiab] OR suture*[tiab] OR tissue*[tiab] OR specimen*[tiab] OR sample*[tiab] OR device*[tiab] OR hardware[tiab] OR rib[tiab] OR ribs[tiab] OR bone*[tiab] OR cartilage*[tiab] OR scar*[tiab] OR debridement*[tiab] OR hernia sac*[tiab] OR hernial sac*[tiab] OR inguinal hernia*[tiab] OR abdominal hernia*[tiab] OR abdominal wall hernia*[tiab] OR femoral hernia*[tiab] OR lesion*[tiab] OR disc*[tiab]
#6	Costs and Cost Analysis[mh] OR evidence[tiab] OR benefit*[tiab] OR reliable[tiab] OR unnecessary[tiab] OR necessary[tiab] OR necessity[tiab] OR useful*[tiab] OR justif*[tiab] OR cost*[tiab] OR econom*[tiab] OR utility[tiab] OR sufficient[tiab] OR saving*[tiab] OR adecacy[tiab] OR appropriat*[tiab] OR valu*[tiab] OR relevance[tiab] OR needed[tiab] OR safe[tiab] OR utility[tiab] OR time[tiab] OR money[tiab]
#7	#2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6
#8	#1 OR #7
#9	Budgets[mh] OR Costs and Cost Analysis[mh] OR Decision Theory[mh] OR ec[sh] OR Economics, Medical[mh] OR Economics, Pharmaceutical[mh] OR Fees and Charges[mh] OR Financial Management[mh] OR Financial Support[mh] OR Markov Chains[mh] OR Models, Statistical[mh] OR Monte Carlo Method[mh]
#10	afford*[tw] OR budget*[tw] OR charge[tw] OR charges[tw] OR cheap*[tw] OR copayment*[tw] OR co-payment*[tw] OR cost[tw] OR costed[tw] OR costing[tw] OR costly[tw] OR costs[tw] OR decision tree*[tw] OR decision analys*[tw] OR decision model*[tw] OR discount*[tw] OR economic*[tw] OR (expenditure*[tw] NOT (energy[tw] OR oxygen[tw])) OR expensive[tw] OR fee[tw] OR fees[tw] OR financ*[tw] OR income*[tw] OR inexpensive[tw] OR markov*[tw] OR monetary value*[tw] OR monte carlo[tw] OR payment*[tw] OR pharmacoeconomic*[tw] OR pharmaco-economic*[tw] OR price*[tw] OR pricing*[tw] OR reimburs*[tw] OR save money[tw] OR saves[tw] OR saving money[tw] OR savings[tw] OR sensitivity analys*[tw] OR value for money[tw] OR willingness to pay[tw]
#11	#9 OR #10
#12	#8 AND #11
#13	#8 NOT #12
#14	#12 OR #13

Embase (Ovid) Date du repérage : février 2019 Limites : 2010- ; anglais, français; Embase Dernière mise à jour : février 2021	
1	(general surger* OR plastic surger* OR operati* OR ablati* OR excised OR excision* OR amputat* OR remov* OR extirp* OR repair* OR explant* OR panniculectom* OR abdominoplast* OR lipoabdominoplast*).ti
2	(general surger* OR plastic surger* OR operati* OR ablati* OR excised OR excision* OR amputat* OR remov* OR extirp* OR repair* OR explant* OR panniculectom* OR abdominoplast* OR lipoabdominoplast*).ti,ab
3	(fat content* OR calculi OR calculus OR stones OR implant* OR explant* OR toenail* OR fingernail* OR fecalith* OR gastrotomy tube* OR stent* OR suture* OR tissue* OR specimen* OR sample* OR device* OR debridment* OR (hernia* ADJ3 (sac? OR inguinal OR abdominal OR femoral))).ti
4	(fat content* OR calculi OR calculus OR stones OR implant* OR explant* OR toenail* OR fingernail* OR fecalith* OR gastrotomy tube* OR stent* OR suture* OR tissue* OR specimen* OR sample* OR device* OR debridment* OR (hernia* ADJ3 (sac? OR inguinal OR abdominal OR femoral))).ti,ab,kw
5	(except* OR exempt* OR omit* OR eliminat* OR exclud* OR evidence OR benefit* OR reliable OR unnecessary OR necessary OR necessity OR justif* OR cost* OR econom* OR utility OR sufficient OR saving* OR adecacy OR appropriat* OR value* OR relevance OR needed OR safe OR utility).ti,ab,kw
6	(patholog* OR anatomopatholog* OR anatomo-patholog* OR histolog* OR histopatholog* OR histopatholog* OR gross* OR microscop* OR macroscop* OR laborator*).ti
7	(routine* OR selective* OR discretion OR mandat*).ti,ab
8	1 AND 4 AND 5 AND 6 AND 7
9	2 AND 3 AND 5 AND 6 AND 7
10	OR/8-9
11	Budget/ OR Cost/ OR Drug Cost/ OR exp Economic Aspect/ OR exp Economic Evaluation/ OR Economic Model/ OR Economics/ OR Economics, Medical/ OR Economics, Pharmaceutical/ OR exp Health Care Cost/ OR exp Health Economics/ OR Markov Chain/ OR Monte Carlo Method/ OR Pharmacoeconomics/ OR Statistical Model/
12	(afford* OR budget* OR charge OR charges OR cheap* OR ((clinical OR critical OR patient) ADJ1 (path* OR pathway*)) OR copayment* OR co-payment* OR cost* OR (decision ADJ2 (tree* OR analys* OR model*)) OR discount* OR economic* OR (expenditure* NOT energy) OR expens* OR ((federal* OR state* OR public* OR government*) ADJ2 funded) OR fee OR fees OR financ* OR income* OR ((increas* OR improv* OR more) ADJ1 access*) OR markov* OR monte carlo OR payment* OR pharmaco-economic* OR pharmaco-economic* OR price OR pricing* OR reimburs* OR ((save OR saving) ADJ2 money) OR saves OR savings OR sensitivity analys* OR (statistic* ADJ2 model*) OR (valu* ADJ2 mone*) OR "willingness to pay").tw,hw,sh
13	OR/11-12
14	10 AND 13
15	10 NOT 14
16	OR/14-15

EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database Date du repérage : février 2019 Limites : 2010- ; anglais, français Dernière mise à jour : février 2021	
1	(general surger* OR plastic surger* OR operati* OR ablati* OR excised OR excision* OR amputat* OR remov* OR extirp* OR repair* OR explant* OR panniculectom* OR abdominoplast* OR lipoabdominoplast*).ti,ab
2	(patholog* OR anatomopatholog* OR anatomo-patholog* OR histolog* OR histopatholog* OR histopatholog* OR gross* OR microscop* OR macroscop* OR laborator*).ti,ab
3	(routine* OR selective* OR discretion).ti,ab
4	1 AND 2 AND 3

Acrochordons

PubMed (NLM)	
Date du repérage : juillet 2019	
Limites : 2010- ; anglais, français; allemand	
Dernière mise à jour : février 2021	
#1	acrochordon*[tiab] OR acrochordon*[ot]
#2	anatomopatholog*[ti] AND (normal tissue*[tiab] OR removal[tiab] OR removed tissue*[tiab] OR skin lesion*[tiab] OR skin tag*[tiab] OR surgery specimen*[tiab])
#3	anatomopatholog*[ot] AND (normal tissue*[ot] OR removal[ot] OR removed tissue*[ot] OR skin lesion*[ot] OR skin tag*[ot] OR surgery specimen*[ot])
#4	patholog*[ti] AND (anatomy[tiab] OR examination[tiab]) AND (normal tissue*[tiab] OR removal[tiab] OR removed tissue*[tiab] OR skin lesion*[tiab] OR skin tag*[tiab] OR surgery specimen*[tiab])
#5	patholog*[ot] AND (anatomy[ot] OR examination[ot]) AND (normal tissue*[ot] OR removal[ot] OR removed tissue*[ot] OR skin lesion*[ot] OR skin tag*[ot] OR surgery specimen*[ot])
#6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5
#7	Budgets[mh] OR Costs and Cost Analysis[mh] OR Decision Theory[mh] OR ec[sh] OR Economics, Medical[mh] OR Economics, Pharmaceutical[mh] OR Fees and Charges[mh] OR Financial Management[mh] OR Financial Support[mh] OR Markov Chains[mh] OR Models, Statistical[mh] OR Monte Carlo Method[mh]
#8	afford*[tw] OR budget*[tw] OR charge[tw] OR charges[tw] OR cheap*[tw] OR copayment*[tw] OR co-payment*[tw] OR cost[tw] OR costed[tw] OR costing[tw] OR costly[tw] OR costs[tw] OR decision tree*[tw] OR decision analys*[tw] OR decision model*[tw] OR discount*[tw] OR economic*[tw] OR (expenditure*[tw] NOT (energy[tw] OR oxygen[tw])) OR expensive[tw] OR fee[tw] OR fees[tw] OR financ*[tw] OR income*[tw] OR inexpensive[tw] OR markov*[tw] OR monetary value*[tw] OR monte carlo[tw] OR payment*[tw] OR pharmacoeconomic*[tw] OR pharmaco-economic*[tw] OR price*[tw] OR pricing*[tw] OR reimburs*[tw] OR save money[tw] OR saves[tw] OR saving money[tw] OR savings[tw] OR sensitivity analys*[tw] OR value for money[tw] OR willingness to pay[tw]
#9	#7 OR #8
#10	#6 AND #9

Embase (Ovid)	
Date du repérage : juillet 2019	
Limites : 2010- ; anglais, français; allemand	
Dernière mise à jour : février 2021	
1	acrochordon*.ti,ab,kw
2	anatomopatholog*.ti,kw. AND (normal tissue* OR removal OR removed tissue* OR skin lesion* OR skin tag* OR surgery specimen*).ti,ab,kw.
3	patholog*.ti,kw. AND ((anatomy OR examination) AND (normal tissue* OR removal OR removed tissue* OR skin lesion* OR skin tag* OR surgery specimen*)).ti,ab,kw.
4	OR/1-3
5	Budget/ OR Cost/ OR Drug Cost/ OR exp Economic Aspect/ OR exp Economic Evaluation/ OR Economic Model/ OR Economics/ OR Economics, Medical/ OR Economics, Pharmaceutical/ OR exp Health Care Cost/ OR exp Health Economics/ OR Markov Chain/ OR Monte Carlo Method/ OR Pharmacoeconomics/ OR Statistical Model/
6	(afford* OR budget* OR charge OR charges OR cheap* OR ((clinical OR critical OR patient) ADJ1 (path* OR pathway*)) OR copayment* OR co-payment* OR cost* OR (decision ADJ2 (tree* OR analys* OR model*)) OR discount* OR economic* OR (expenditure* NOT energy) OR expens* OR ((federal* OR state* OR public* OR government*) ADJ2 funded) OR fee OR fees OR financ* OR income* OR ((increas* OR improv* OR more) ADJ1 access*) OR markov* OR monte carlo OR payment* OR pharmacoeconomic* OR pharmaco-economic* OR price OR pricing* OR reimburs* OR ((save OR saving) ADJ2 money) OR saves OR savings OR sensitivity analys* OR (statistic* ADJ2 model*) OR (valu* ADJ2 mone*) OR "willingness to pay").tw,hw,sh
7	OR/5-6
8	4 AND 7

EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database	
Date du repérage : juillet 2019	
Limites : 2010- ; anglais, français	
Dernière mise à jour : février 2021	
1	acrochordon*.ti,ab,hw,kw
2	anatomopatholog*.ti,kw. AND (normal tissue* OR removal OR removed tissue* OR skin lesion* OR skin tag* OR surgery specimen*).ti,ab,hw,kw
3	patholog*.ti,kw. AND ((anatomy OR examination) AND (normal tissue* OR removal OR removed tissue* OR skin lesion* OR skin tag* OR surgery specimen*).ti,ab,hw,kw
4	OR/1-3

Lipomes

PubMed (NLM)	
Date du repérage : juillet 2021	
Limites : anglais, français	
#1	Lipoma[mh]
#2	adipose tissue neoplasm*[tiab] OR fatty tumor[tiab] OR fatty tumors[tiab] OR fatty tumour[tiab] OR fatty tumours[tiab] OR hibernoma[tiab] OR lipoma[tiab] OR lipomata[tiab] OR lipomatosis[tiab] OR lipomatous lesion*[tiab]
#3	adipose tissue neoplasm*[ot] OR fatty tumor[ot] OR fatty tumors[ot] OR fatty tumour[ot] OR fatty tumours[ot] OR hibernoma[ot] OR lipoma[ot] OR lipomata[ot] OR lipomatosis[ot] OR lipomatous lesion*[ot]
#4	#1 OR #2 OR #3
#5	Diagnostic Tests, Routine[majr] OR Pathology, Surgical[majr]
#6	discretion[tiab] OR management*[tiab] OR mandat*[tiab] OR routine*[tiab] OR selective*[tiab] OR systematic*[tiab] OR discretion[ot] OR management*[ot] OR mandat*[ot] OR routine*[ot] OR selective*[ot] OR systematic*[ot]
#7	anatomopatholog*[tiab] OR clinicopatholog*[tiab] OR gross*[tiab] OR histolog*[tiab] OR histopatholog*[tiab] OR laborator*[tiab] OR macroscop*[tiab] OR microscop*[tiab] OR patholog*[tiab] OR anatomopatholog*[ot] OR clinicopatholog*[ot] OR gross*[ot] OR histolog*[ot] OR histopatholog*[ot] OR laborator*[ot] OR macroscop*[ot] OR microscop*[ot] OR patholog*[ot]
#8	analysi*[tiab] OR anatomy[tiab] OR evaluation[tiab] OR exam*[tiab] OR analysi*[ot] OR anatomy[ot] OR evaluation[ot] OR exam*[ot]
#9	ablati*[tiab] OR amputat*[tiab] OR debridement*[tiab] OR excised[tiab] OR excision*[tiab] OR exemption[tiab] OR extirp*[tiab] OR operati*[tiab] OR procedure*[tiab] OR reconstruct*[tiab] OR remov*[tiab] OR repair*[tiab] OR surgeon*[tiab] OR surger*[tiab] OR surgic*[tiab] OR techni*[tiab] OR ablati*[ot] OR amputat*[ot] OR debridement*[ot] OR excised[ot] OR excision*[ot] OR exemption[ot] OR extirp*[ot] OR operati*[ot] OR procedure*[ot] OR reconstruct*[ot] OR remov*[ot] OR repair*[ot] OR surgeon*[ot] OR surger*[ot] OR surgic*[ot] OR techni*[ot]
#10	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9
#11	#4 AND #10
#12	Algorithms[mh] OR Clinical Conference[pt] OR Clinical Protocols[mh] OR Consensus[mh] OR Consensus Development Conference, NIH[pt] OR Consensus Development Conference[pt] OR Consensus Development Conferences, NIH as topic[mh] OR Consensus Development Conferences as Topic[mh] OR Critical Pathways[mh] OR Guideline[pt] OR Guidelines as Topic[mh:noexp] OR Health Planning Guidelines[mh] OR Practice Guideline[pt] OR Practice Guidelines as Topic[mh]
#13	algorithm*[tiab] OR best evidence[tiab] OR best practice*[tiab] OR (best[ti] AND practice*[ti]) OR clinical path[tiab] OR clinical paths[tiab] OR clinical pathway*[tiab] OR clinical protocol*[tiab] OR committee opinion*[tiab] OR consensus[tiab] OR critical pathway*[tiab] OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR evidence base*[tiab] OR evidence report*[tiab] OR evidence syntheses*[tiab] OR guidance*[tiab] OR guide line*[tiab] OR gold standard*[tiab] OR guideline*[tiab] OR policy statement*[tiab] OR position statement*[tiab] OR practical guide*[tiab] OR practice based evidence[tiab] OR practice parameter*[tiab] OR practice pathway*[tiab] OR practice protocol*[tiab] OR practice standard*[tiab] OR recommendation*[tiab] OR

	research evidence*[tiab] OR standard*[ti] OR standard care*[tiab] OR standard practice*[tiab] OR standard of care[tiab] OR standard of practice*[tiab] OR standards of care[tiab]
#14	Meta-Analysis[mh] OR Meta-Analysis[pt] OR Meta-Analysis as Topic[mh] OR Systematic Review[pt] OR Technology Assessment, Biomedical[mh]
#15	meta-analy*[tiab] OR metaanaly*[tiab] OR met analy*[tiab] OR metanaly*[tiab] OR meta regression*[tiab] OR metaregression*[tiab] OR meta review*[tiab] OR metareview*[tiab] OR meta synthesis[tiab] OR metasynthesis[tiab] OR overview of review*[tiab] OR overviews of review*[tiab] OR (systematic*[tiab] AND (review*[tiab] OR overview*[tiab] OR search*[tiab] OR research*[tiab])) OR (review[tw] AND (medline[tiab] OR pubmed[tiab])) AND (cinahl[tiab] OR cochrane[tiab] OR embase[tiab] OR psycinfo[tiab])) OR umbrella review*[tiab] OR technology appraisal*[tiab] OR technology assessment*[tiab] OR technology overview*[tiab] OR technology reassessment*[tiab] OR HTA[tiab] OR HTAs[tiab] OR methodological overview*[tiab] OR methodologic overview*[tiab] OR methodological review*[tiab] OR methodologic review*[tiab] OR quantitative review*[tiab] OR quantitative overview*[tiab] OR quantitative synthes*[tiab] OR integrative review*[tiab] OR integrative overview*[tiab] OR integrative literature review*[tiab]
#16	Double-Blind Method[mh] OR Non-Randomized Controlled Trials as Topic[mh] OR Observational Studies as Topic[mh] OR Observational Study[pt] OR Placebos[mh] OR Random Allocation[mh] OR Randomized Controlled Trial[pt] OR Randomized Controlled Trials as Topic[mh] OR Single-Blind Method[mh]
#17	comparison group*[tiab] OR comparison studies[tiab] OR comparison study[tiab] OR control group*[tiab] OR controlled clinical trial*[tiab] OR non experimental stud*[tiab] OR nonexperimental stud*[tiab] OR nonrandomized controlled trial*[tiab] OR non-randomized controlled trial*[tiab] OR observation stud*[tiab] OR observational stud*[tiab] OR placebo*[tiab] OR quasiexperimental stud*[tiab] OR quasi-experimental stud*[tiab] OR random*[tiab] OR rct[tiab] OR rcts[tiab] OR "rct's"[tiab] OR sham[tiab] OR ((singl*[tiab] OR doubl*[tiab] OR trebl*[tiab] OR tripl*[tiab]) AND (mask*[tiab] OR blind*[tiab] OR dumm*[tiab]))
#18	Follow-Up Studies[mh]
#19	followup stud*[tiab] OR follow-up stud*[tiab]
#20	Case Reports[pt] OR Comment[pt] OR Editorial[pt] OR Letter[pt] OR case report*[ti] OR comment*[ti] OR reply[ti] OR replies[ti] OR editorial*[ti] OR letter*[ti]
#21	(#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19) NOT #20
#22	#11 AND #21
#23	Costs and Cost Analysis[mh] OR evidence[tiab] OR benefit*[tiab] OR reliable[tiab] OR unnecessary[tiab] OR necessary[tiab] OR necessity[tiab] OR useful*[tiab] OR justif*[tiab] OR cost*[tiab] OR econom*[tiab] OR utility[tiab] OR sufficient[tiab] OR saving*[tiab] OR adequacy[tiab] OR appropriat*[tiab] OR valu*[tiab] OR relevance[tiab] OR needed[tiab] OR safe[tiab] OR utility[tiab] OR time[tiab] OR money[tiab]
#24	#6 AND #7 AND #8 AND #9 AND #23
#25	#4 AND #24
#26	#22 OR #25
#27	Budgets[mh] OR Costs and Cost Analysis[mh] OR Decision Theory[mh] OR ec[sh] OR Economics, Medical[mh] OR Economics, Pharmaceutical[mh] OR Fees and Charges[mh] OR Financial Management[mh] OR Financial Support[mh] OR Markov Chains[mh] OR Models, Statistical[mh] OR Monte Carlo Method[mh]
#28	afford*[tw] OR budget*[tw] OR charge[tw] OR charges[tw] OR cheap*[tw] OR copayment*[tw] OR co-payment*[tw] OR cost[tw] OR costed[tw] OR costing[tw] OR costly[tw] OR costs[tw] OR decision tree*[tw] OR decision analys*[tw] OR decision model*[tw] OR discount*[tw] OR economic*[tw] OR (expenditure*[tw] NOT (energy[tw] OR oxygen[tw])) OR expensive[tw] OR fee[tw] OR fees[tw] OR financ*[tw] OR income*[tw] OR inexpensive[tw] OR markov*[tw] OR monetary value*[tw] OR monte carlo[tw] OR payment*[tw] OR pharmaco-economic*[tw] OR pharmaco-economic*[tw] OR price*[tw] OR pricing*[tw] OR reimburs*[tw] OR save money[tw] OR saves[tw] OR saving money[tw] OR savings[tw] OR sensitivity analys*[tw] OR value for money[tw] OR willingness to pay[tw]
#29	#27 OR #28
#30	#22 AND #29
#31	#26 OR #30

Embase 1974- (Ovid)	
Date du repérage : juillet 2021	
Limites : anglais, français	
1	Lipoma/
2	(adipose tissue neoplasm* OR fatty tumor OR fatty tumors OR fatty tumour OR fatty tumours OR hibernoma OR lipoma OR lipomata OR lipomatosis OR lipomatous lesion*).ti,ab,kw
3	OR/1-2
4	Diagnostic Test/ AND routine*.ti,kw
5	Pathology/ AND (surger* OR surgic*).ti,kw
6	(discretion OR management* OR mandat* OR routine* OR selective* OR systematic*).ti,ab,kw
7	(anatomopatholog* OR clinicopatholog* OR gross* OR histolog* OR histopatholog* OR laborator* OR macroscop* OR microscop* OR patholog*).ti,ab,kw
8	(analysi* OR anatomy OR evaluation OR exam*).ti,ab,kw
9	(ablati* OR amputat* OR debridement* OR excised OR excision* OR exemption OR extirp* OR operati* OR procedure* OR reconstruct* OR remov* OR repair* OR surgeon* OR surger* OR surgic* OR techni*).ti,ab,kw
10	OR/4-9
11	3 AND 10
12	Algorithm/ OR Clinical Pathway/ OR Clinical Protocol/ OR Consensus/ OR Consensus Development/ OR Health Care Planning/ OR exp Practice Guideline/
13	(algorithm* OR best evidence OR (best ADJ3 practice*) OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (critical ADJ3 pathway*) OR gold standard* OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR standard care* OR standard of care OR standards of care).ti,ab. OR standard*.ti.
14	Biomedical Technology Assessment/ OR Meta Analysis/ OR "Meta Analysis (topic)"/ OR Systematic Review/ OR "Systematic Review (topic)"/
15	(HTA OR HTAs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence synthesis OR evidence syntheses OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR research evidence* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR umbrella review*).ti,ab. OR (review.tw. AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,ab.)
16	"Controlled Clinical Trial (topic)"/ OR Double-Blind Procedure/ OR Observational Study/ OR Placebo/ OR Randomization/ OR Randomized Controlled Trial/ OR "Randomized Controlled Trial (topic)"/ OR Single-Blind Procedure/
17	(comparison group* OR comparison studies OR comparison study OR control group* OR controlled clinical trial* OR non experimental stud* OR nonexperimental stud* OR nonrandomized controlled trial* OR non-randomized controlled trial* OR observation stud* OR observational stud* OR quasiexperimental stud* OR quasi-experimental stud* OR placebo* OR random* OR rct OR rcts OR "rct's" OR sham OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) ADJ3 (mask* OR blind* OR dumm*))).ti,ab.
18	Follow-Up/
19	(followup stud* OR follow-up stud*).ti,ab
20	Case Report/ OR Editorial/ OR Letter/
21	OR/12-19
22	21 NOT 20
23	11 AND 22
24	Cost/ OR (evidence OR benefit* OR reliable OR unnecessary OR necessary OR necessity OR useful* OR justif* OR cost* OR econom* OR utility OR sufficient OR saving* OR adequacy OR appropriat* OR valu* OR relevance OR needed OR safe OR utility OR time OR money).ti,ab
25	6 AND 7 AND 8 AND 9 AND 24

26	3 AND 25
27	23 OR 26
28	Budget/ OR Cost/ OR Drug Cost/ OR exp Economic Aspect/ OR exp Economic Evaluation/ OR Economic Model/ OR Economics/ OR Economics, Medical/ OR Economics, Pharmaceutical/ OR exp Health Care Cost/ OR exp Health Economics/ OR Markov Chain/ OR Monte Carlo Method/ OR Pharmacoeconomics/ OR Statistical Model/
29	(afford* OR budget* OR charge OR charges OR cheap* OR ((clinical OR critical OR patient) ADJ1 (path* OR pathway*)) OR copayment* OR co-payment* OR cost* OR (decision ADJ2 (tree* OR analys* OR model*)) OR discount* OR economic* OR (expenditure* NOT energy) OR expens* OR ((federal* OR state* OR public* OR government*) ADJ2 funded) OR fee OR fees OR financ* OR income* OR ((increas* OR improv* OR more) ADJ1 access*) OR markov* OR monte carlo OR payment* OR pharmaco-economic* OR pharmaco-economic* OR price* OR pricing* OR reimburs* OR ((save OR saving) ADJ2 money) OR saves OR savings OR sensitivity analys* OR (statistic* ADJ2 model*) OR (valu* ADJ2 mone*) OR "willingness to pay").tw,hw,sh
30	OR/28-29
31	23 AND 30
32	27 OR 31

EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database Date du repérage : juillet 2021	
1	(adipose tissue neoplasm* OR fatty tumor OR fatty tumors OR fatty tumour OR fatty tumours OR hibernoma OR lipoma OR lipomata OR lipomatosis OR lipomatous lesion*).mp

Sites Web, registres d'essais cliniques et autres sources

Date de la consultation : février 2021 (juillet 2021 pour la recherche associée aux lipomes)
Limites : anglais et français
AGENCES ÉTS
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS/CADTH)
Australian Clinical Practice Guidelines (NHMRC)
British Columbia Guidelines
Haute Autorité de la Santé (HAS)
Infobanque des guides de pratique clinique de l'Association médicale canadienne (AMC/CMA)
International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)
Medical Services Advisory Committee Australia (MSAC)
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
Ontario Health Technology Advisory Committee (OHTAC)
Organisation mondiale de la Santé (OMS/WHO)
THÈSES
Thèses Canada
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES
The Aesthetic Society
Alberta Society of Plastic Surgeons
American Academy of Dermatology
American Academy of Pediatrics
American Association of Plastic Surgeons
American Association for the Surgery of Trauma
American Burn Association
American College of Surgeons
American Pediatric Surgical Association
The American Society for Aesthetic Plastic Surgery
American Society for Clinical Pathology
American Society for Dermatologic Surgery
American Society of Dermatology
The American Society of Dermatopathology
American Society of General Surgeons
American Society of Plastic Surgeons
American Society for Reconstructive Microsurgery
American Surgical Association
Americas Hepato-Pancreato-Biliary Association
Association for Academic Surgery
Association canadienne des pathologistes
Association canadienne de protection médicale
Association des médecins spécialistes dermatologues du Québec
Association des pathologistes de Québec
Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec
Australasian Dermatopathology Society
Australasian Society of Cosmetic Dermatologists
British Association of Dermatologists

British Oculoplastic Surgery Society
British Society for Dermatological Surgery
British Society for Dermatopathology
British Society for Medical Dermatology
Canadian Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery
Canadian Association of General Surgeons
Canadian Association of Medical Spas and Aesthetic Surgeons
Canadian Dermatology Association
Canadian Laser Aesthetic Surgery Society
Canadian Society of Plastic Surgeons
Canadian Society for Aesthetic Plastic Surgery
College of American Pathologists
Collège des médecins du Québec
College of Physicians and Surgeons of British Columbia
College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia
College of Physicians and Surgeons Ontario
Diagnostic Services Manitoba
European Association of Plastic Surgeons
European Society of Aesthetic Surgery
European Society for Cosmetic and Aesthetic Dermatology
European Society of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Fédération des médecins spécialistes du Québec
French Society of Dermatology
International Academy of Cosmetic Dermatology
The International Association of Plastic Surgeons
International Committee for Dermatopathology
International Confederation of Plastic Surgery Societies
International Society of Aesthetic Plastic Surgery
International Society for Dermatologic Surgery
International Society of Dermatology
International Society of Dermatopathology
New England Surgical Society
Northwest Society of Plastic Surgeons
Royal College of Pathologists
Royal College of Pathologists of Australia
Royal College of Physicians of Edinburg
Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow
Royal College of Physicians UK
Southern Surgical Association

*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

