

Direction générale

PAR COURRIEL

Sherbrooke, le 31 janvier 2025

N/Réf. ADM-2025-005

**Objet : Votre demande d'accès à l'information – Conclusion**

Bonjour,

Par la présente, nous souhaitons répondre à votre demande d'accès à l'information datée du 17 janvier 2025 visant à obtenir :

1. ... « Les documents les plus récents concernant l'avortement, de la réception de la patiente à la disposition des déchets biomédicaux;
2. Aux fins de précisions du point 1, si nécessaire, les documents suivants :
  - Tout autre document concernant la limite gestationnelle à laquelle l'avortement peut être pratiqué;
  - Politiques internes, directives, lignes directrices ou tout autre document concernant l'objection de conscience des professionnels au sujet de l'avortement et la démarche à suivre par la suite. »...

Conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, vous trouverez, en pièces jointes et ci-après, les documents officiels qui guident notre pratique en clinique de *planning* au CIUSSS de l'Estrie – CHUS et sur lesquels sont basés nos documents opérationnels. À travers le *Cadre de référence*, vous trouverez le lien vers les lignes directrices du CMQ.

Vous trouverez également ci-après des outils d'aide à la décision, des ordonnances collectives et des références ministérielles d'organisation des services en lien avec votre demande :

<https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/avortement-services/description#c189655>

<https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/avortement-services/acces-aux-services-davortement>

<https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/avortement-services/obtenir-un-service-d-avortement>

<https://sosgrossesse.ca/fr/poursuivre-ou-non-ma-grossesse/outils-daide-a-la-decision>

[https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/Ordonnances\\_collectives/CHUS/Clin.\\_planning\\_-\\_01.pdf](https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/Ordonnances_collectives/CHUS/Clin._planning_-_01.pdf)

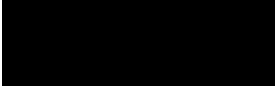
[https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/Ordonnances\\_collectives/CHUS/Clin.\\_planning\\_-\\_02.pdf](https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/Ordonnances_collectives/CHUS/Clin._planning_-_02.pdf)

En ce qui concerne la procédure d'opération normalisée (PON) que vous trouverez en pièce jointe, nous vous référons plus précisément aux paragraphes : **6.4.2.2** Spécimens de contenu utérin et IVG et **6.4.2.3** Élimination des spécimens congelés (pour les fœtus) qui traitent de la gestion des déchets anatomopathologiques.

De plus, nous vous précisons que les IVG et les fœtus sont envoyés dans une maison funéraire afin d'être incinérés et enterrés dans une fausse commune. Ils sont donc gérés par nous en collaboration avec la maison funéraire mandatée.

En conformité avec l'article 51 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, nous vous informons que vous pouvez demander la révision de cette décision auprès de la Commission d'accès à l'information. Vous trouverez, ci-joint, une note relative à l'exercice de ce recours.

Nous vous prions d'agréer nos salutations distinguées.

  
Marie-France Bégin  
Responsable de l'accès à l'information

MFB/Ir

p. j. 4

Avis de recours

Article 51 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*

## TABLE DES MATIÈRES

1.	OBJECTIF .....	2
2.	CONTEXTE – DOMAINE D'APPLICATION .....	2
3.	POLITIQUES – PROCÉDURES EN LIEN AVEC CELLE-CI .....	2
4.	DÉFINITIONS – ABRÉVIATIONS – MOTS CLÉ – SYNONYMES.....	2
5.	RESPONSABILITÉS .....	2
6.	PROCÉDURE .....	2
6.1	GÉNÉRALITÉS .....	2
6.2	MATÉRIEL À UTILISER .....	3
6.3	PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE SÉCURITÉ .....	3
6.4	INSTRUCTIONS TECHNIQUES .....	3
6.4.1	VÉRIFICATION DE LA RÉSERVE À ÉLIMINER .....	3
6.4.1.1	Prélèvements chirurgicaux.....	3
6.4.1.2	Placenta et fœtus au congélateur .....	4
6.4.1.3	Prélèvements d'autopsie.....	4
6.4.2	ÉLIMINATION DES RÉSERVES .....	4
6.4.2.1	Spécimens dans le formol.....	4
6.4.2.2	Spécimens de contenu utérin et IVG .....	5
6.4.2.3	Élimination des spécimens congelés .....	5
6.5	ÉLIMINATION DES DÉCHETS .....	6
7.	DOCUMENTS DÉCOULANT DE CETTE PROCÉDURE.....	6
8.	DIFFUSION.....	6
9.	RÉFÉRENCES .....	6

## 1. OBJECTIF

L'élimination des réserves de prélèvements chirurgicaux, des membres, des fœtus et des prélèvements d'autopsie.

## 2. CONTEXTE – DOMAINE D'APPLICATION

S. O.

## 3. POLITIQUES – PROCÉDURES EN LIEN AVEC CELLE-CI

PON-PAT-4113 Registre de la réserve des pièces d'amputations

PON-PAT-2654 Registre des Fœtus Arrivée et Départs

PON-PAT-3630 Élimination des produits chimiques.

REG-PAT-5694 Autopsies Réserves

## 4. DÉFINITIONS – ABRÉVIATIONS – MOTS CLÉ – SYNONYMES

ML : Médecine de laboratoire

## 5. RESPONSABILITÉS

- Le chef médical du laboratoire de pathologie a la responsabilité d'approuver cette procédure.
- L'assistant(e)-chef du laboratoire de pathologie et/ou son délégué a la responsabilité de la mise en application de cette procédure.
- Le technologiste médical, technicien et l'assistant technicien ont la responsabilité de lire et de comprendre cette procédure avant son utilisation.

## 6. PROCÉDURE

### 6.1 GÉNÉRALITÉS

- À la fin de chaque journée de travail, les spécimens de pathologie ayant été décrits et échantillonnés sont conservés en réserve, et ce, jusqu'à 4 semaines après la validation complète du rapport, dans l'éventualité où des échantillons supplémentaires seraient requis par le pathologiste.
- Les prélèvements dans le formol sont placés sur un plateau avec la date du jour. On doit ensuite jeter les plus vieux pour effectuer une certaine rotation.
- À Fleurimont, les fœtus et les placentas sont conservés au congélateur de la salle des circulateurs et inscrits sur le registre.
- Les prélèvements d'autopsie sont conservés dans leur contenant de formol et rangés dans les armoires ventilées à la salle d'autopsie. Le nombre de contenants est inscrit sur le registre des autopsies.

## 6.2 MATÉRIEL À UTILISER

- Boîte de carton et 2 sacs rouges par boîte pour déchets biomédicaux destinés à l'incinération.
- Contenant de plastique de 10 litres pour jeter le vieux formol.
- Entonnoir.
- Passoire.
- Chariot à roulettes.
- Sacs à poubelles noirs.
- Chaudière de métal.
- Ruban adhésif.

## 6.3 PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE SÉCURITÉ

Porter en tout temps un sarrau, des gants, des manchons et un masque complet à cartouche multi-contaminants.

## 6.4 INSTRUCTIONS TECHNIQUES

### 6.4.1 VÉRIFICATION DE LA RÉSERVE À ÉLIMINER

#### 6.4.1.1 PRÉLÈVEMENTS CHIRURGICAUX

- Vérification à faire de façon hebdomadaire. Vérifier également les cabarets qui avaient été étiquetés « Complet le : (a/m/j) » et « Partiels vérifiés le : (a/m/j) ».
- Prendre les cabarets de plus de **4 semaines** dans le passe-plat.
- Lire le code à barres de chacun des cas pour vérifier s'il est complet :
  - Dans « Révision d'accès ».
  - Lire le code à barres.
  - Si état « Complet », « Supplémentaire » ou « Corrigé » faire « Z » rétrospection.
    - Regarder la date de validation à l'état complet, supplémentaire ou corrigé.
    - Si cette date est > **4 semaines** de la date du jour, placer le cas sur un chariot pour l'élimination.
    - Si cette date est < **4 semaines** de la date du jour, conserver le cas dans un cabaret et inscrire sur le couvercle « Complet le : (a/m/j) ».
  - Si état « Partiel » ou « Non vérifié ».
    - Conserver le cas dans un cabaret étiqueté « Partiels, vérifiés le : (a/m/j) ».

### 6.4.1.2 PLACENTA ET FŒTUS AU CONGÉLATEUR

- Vérification à faire de façon mensuelle.
- Vérifier la date de mise au congélateur dans le registre, *REG-PAT-4113* ou *REG-PAT-2654*.
- **Pour les placentas**
  - Si cette date est > 1 mois de la date du jour, sortir du congélateur pour élimination. Si < 1 mois, laisser au congélateur.
  - Inscrire sur le registre la date d'élimination ainsi que vos initiales.
- **Pour les fœtus :**
  - Si cette date est > 6 mois de la date du jour, sortir du congélateur pour élimination. Si < 6 mois, laisser au congélateur.
  - Inscrire sur le registre la date d'élimination ainsi que vos initiales.

### 6.4.1.3 PRÉLÈVEMENTS D'AUTOPSIE

- Vérification à faire de façon mensuelle.
- Vérifier l'état des cas à l'aide du registre, **REG-PAT-5694 Autopsies Réserves**.
  - Dans « Révision d'accès ».
  - Inscrire le numéro du cas.
  - Si état « Complet », « Supplémentaire » ou « Corrigé » faire « Z » rétrospection.
    - Regarder la date de validation à l'état complet, supplémentaire ou corrigé.
    - Si cette date est > **3 mois** de la date du jour, sortir le cas de l'armoire ventilée pour élimination.
    - Inscrire sur le registre la date d'élimination.

## 6.4.2 ÉLIMINATION DES RÉSERVES

### 6.4.2.1 SPÉCIMENS DANS LE FORMOL

- **À l'Hôpital Fleurimont :**
  - Préparer une boîte de carton et y installer 2 sacs rouges à l'intérieur.
  - Y jeter les petits contenants de prélèvements chirurgicaux bien vissés (sauf contenus utérin et IVG) au fur et à mesure de la vérification.
  - Installer un contenant de plastique de 10 litres destiné à contenir le formol usagé.
  - Installer la passoire dans l'entonnoir.
  - Transvider les prélèvements chirurgicaux (sauf contenus utérins et IVG) dans la passoire pour enlever le formol.
  - Jeter les morceaux de tissu dans la boîte. Maximum 15 kilos.
  - Attacher les 2 sacs rouges contenant les prélèvements chirurgicaux à jeter et fermer la boîte avec du ruban adhésif.
  - Laver les grands contenants utilisés et les remettre dans les armoires en macroscopie.

- Aller porter les boîtes dans la salle des déchets biomédicaux; elles seront ramassées par le Service d'hygiène et salubrité de l'hôpital.
- **À l'Hôtel-Dieu**, la procédure est semblable avec les variantes suivantes :
  - Le contenant de plastique est installé dans l'évier, sous la hotte ventilée de la pièce 2262-2 qui fonctionne en permanence.
  - À la fin, attacher les 2 sacs rouges contenant les prélèvements chirurgicaux à jeter et fermer la boîte avec du ruban adhésif.
  - Laver les grands contenants utilisés et les remettre dans les armoires en macroscopie.
  - Déposer les boîtes sur le plancher près de la porte de sortie de secours, elles seront ramassées par le Service d'hygiène et salubrité de l'hôpital.
  - Idéalement ne pas faire la réserve le vendredi en pm, question de ne pas laisser les boîtes sur le plancher toute la fin de semaine. Si vous êtes dans l'obligation de le faire, faire signaler le téléavertisseur au 1501 pour que le Service d'hygiène et salubrité puisse venir les ramasser.

#### 6.4.2.2 SPÉCIMENS DE CONTENU UTÉRIN ET IVG

- Mettre 2 sacs de poubelles noirs dans la chaudière en métal.
- Enlever le formol des contenants à l'aide de la passoire.
- Mettre les contenus utérins et les « IVG » dans la chaudière de métal contenant les 2 sacs noirs.
- Attacher les 2 sacs noirs.
- Identifier le tout « FŒTUS » et aller porter dans le congélateur **E17-CONG-0080** de la salle des circulateurs.
- Lorsque plusieurs sacs sont présents dans le congélateur, demander au secrétariat d'appeler la compagnie funéraire mandatée pour venir les chercher.

#### 6.4.2.3 ÉLIMINATION DES SPÉCIMENS CONGELÉS

- **Pour les fœtus**
  - Prendre 2 sacs de poubelles noirs.
  - Y déposer les fœtus à éliminer.
  - Attacher les 2 sacs noirs.
  - Identifier le tout « FŒTUS » et remettre dans le congélateur de la salle d'autopsie.
  - Ils seront recueillis en même temps que les IVG par la compagnie funéraire mandatée.
  - Remplir les registres respectifs.
- **Pour les placentas**
  - Préparer une boîte de carton et y installer 2 sacs rouges à l'intérieur.
  - Y déposer les placentas à éliminer.
  - Attacher les 2 sacs rouges et fermer la boîte avec du ruban adhésif.
  - Aller porter la boîte dans la salle des déchets biomédicaux, elle sera ramassée par le Service d'hygiène et salubrité de l'hôpital.

## 6.5 ÉLIMINATION DES DÉCHETS

Trier les solvants et les produits chimiques usagés selon la procédure : *PON-PAT-3630 Élimination des produits chimiques.*

- **Fleurimont**
  - Les contenants de déchets identifiés sont déposés sur le chariot dans la salle des solvants d'où ils seront pris en charge tous les jours par une personne désignée du Service des approvisionnements, qui les achemine à la Faculté de médecine où ils seront éliminés.
- **Hôtel-Dieu**
  - Les contenants de déchets identifiés sont amenés au local 2262-3 d'où ils seront pris en charge par une personne désignée des installations matérielles.

## 7. DOCUMENTS DÉCOULANT DE CETTE PROCÉDURE

S. O.

## 8. DIFFUSION

Système de gestion documentaire : Section pathologie

## 9. RÉFÉRENCES

S. O.

## ORDONNANCE COLLECTIVE

# INITIER UNE ÉCHOGRAPHIE GESTATIONNELLE ET UN DOSAGE SÉRIQUE DE L'HORMONE GONADOTROPHIQUE CHORIONIQUE (BHCG) EN CONTEXTE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

---

<b>Validé par</b>	Renée Létourneau, conseillère cadre clinicienne DSI Johanie Gagné, conseillère cadre clinicienne DSI D <sup>re</sup> Manon Leduc, médecin de la clinique de planning-IVG de Cowansville	
<b>Date d'entrée en vigueur</b>	2018-12-04	
<b>Incluant un protocole</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Approuvé par</b>	CMDP Direction des soins infirmiers	
<b>Date de révision</b>	Choisissez la date	<b>Date de péremption</b> 2021-12-04

---

### 1. Objet

#### 1.1 Description

- Déterminer l'âge gestationnel dès le début du processus de l'évaluation de la demande d'IVG.

#### 1.2 But

- Initier une échographie gestationnelle et un dosage sérique BHCG pour optimiser l'accès de la clientèle en pré et post IVG.

### 2. Professionnels habilités

- Infirmières des cliniques de planification familiale du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ayant reçu la formation nécessaire à l'application de l'ordonnance collective.

### 3. Activités réservées

#### 3.1 Professionnel visé par l'ordonnance collective

- Infirmières/infirmiers
  - Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
  - Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques.

- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.
- Effectuer des examens et des tests diagnostiques, invasifs selon une ordonnance.

#### 4. Secteurs d'activités visés

- Cliniques de planification familiale du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

#### 5. Médecin répondant

- Médecins de la clinique
  - Clinique de Sherbrooke : médecin sur place à la clinique
  - Clinique de La Pommeraie : selon la procédure en place dans l'installation

#### 6. Indications et conditions d'initiation

##### 6.1 Groupes de personnes visées

- Usagère enceinte évaluée en pré et post IVG aux cliniques de planification familiale du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

##### 6.2 Conditions à l'application de l'ordonnance

- Confirmation du diagnostic de grossesse
- Usagère en suivi pré et post IVG
- Usagère enceinte qui se présente pour une IVG, âgée de 14 ans et plus ou âgée de moins de 14 ans avec l'autorisation d'un parent ou d'un tuteur légal.

#### 7. Contre-indications et limites

- L'infirmière doit assurer la révision de l'échographie par le médecin afin que celui-ci confirme l'âge gestationnel;
- L'infirmière doit aviser le médecin si une anomalie est visualisée à l'échographie gestationnelle.

#### 8. Procédure

1. Procéder à l'échographie gestationnelle selon la méthode jugée appropriée par l'infirmière (transabdominale ou transvaginale).
2. Évaluer l'âge gestationnel selon la mesure la plus appropriée, soit la longueur céphalo-caudale (LCC) ou le diamètre bipariétal (DBP).
3. S'assurer de visualiser un sac gestationnel (SG) intra-utérin. Si non visualisation du sac gestationnel (SG) intra-utérin, se référer à l'étape 8.
4. Valider si le sac gestationnel (SG) contient un sac vitellin(SV) ou un pôle fœtal (PF). Si absence de sac vitellin(SV) ou de pôle fœtal (PF), se référer à l'étape 8.
5. Compléter le rapport « Échographie IVG » tel que présenté en annexe A.

\* Si une anomalie est visualisée lors de l'échographie, l'infirmière doit aviser le médecin répondant de la clinique et le noter dans la note d'évolution.

6. Joindre au dossier le document visuel de l'échographie.
7. Assurer la confirmation de l'âge gestationnel par le médecin désigné.
8. En cas de non visualisation du sac gestationnel ou de visualisation du sac gestationnel sans visualisation du sac vitellin (SV) ou du pôle fœtal (PF) (annexe B):
  - Si la date des dernières menstruations est égale ou inférieure à 4 semaines : faire revenir l'usagère dans 1 semaine pour répéter l'échographie (se référer à la procédure décrite ci-dessus).
  - Si la date des dernières menstruations est supérieure à 4 semaines ou elle est incertaine : procéder à un test BHCG urinaire.
- 8.1 Test BHCG urinaire positif:
  - Pour l'usagère symptomatique (douleur abdominale importante ou saignements abondants), l'infirmière discute avec le médecin sur place ou communique avec le médecin répondant pour la marche à suivre.
  - Pour l'usagère asymptomatique, l'infirmière procède à un prélèvement sanguin pour un test BHCG sérique ;
    - Elle donne ensuite un rendez-vous à l'usagère dans 48 heures, ou dès que possible après le délai de 48 heures selon les heures d'ouverture de la clinique, pour un deuxième test BHCG sérique.
    - L'infirmière doit aviser l'usagère de se rendre à l'urgence si elle a des saignements a, une douleur intense ou de la fièvre.
    - Acheminer le prélèvement BHCG sérique, le cas échéant, dans les délais prescrits par le laboratoire, selon la procédure.
    - Lorsque les deux résultats BHCG sont reçus, l'infirmière discute des résultats avec le médecin répondant pour la marche à suivre. Le médecin consulté doit contresigner l'échographie et les rapports de laboratoire.
- 8.2 Test BHCG urinaire négatif:
  - L'infirmière procède à un deuxième test urinaire avec le même échantillon d'urine;
    - Si ce dernier est positif, procéder tel que décrit ci-haut (étape 8.1).
    - Si ce dernier est négatif, aucun suivi n'est nécessaire. L'infirmière évalue le risque d'une future grossesse en cas de relations sexuelles non protégées dans les dernières semaines. L'infirmière profite de la rencontre pour discuter de contraception avec l'usagère et initier la contraception.
9. Documenter ses interventions dans les notes de l'infirmière ou dans le formulaire dédié à cet effet.

## 9. Sources

- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ), (2012), L'interruption volontaire de grossesse : Lignes directrices
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ), (2016), Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers, 3<sup>e</sup> Édition
- NATIONAL ABORTION FEDERATION (NAF), (2017), Clinical policy guidelines for abortion care
- NATIONAL ABORTION FEDERATION (NAF): DVD ultrasound in abortion care
- OC du CHUS Clinique de planning - 01
- OC du CHUS Clinique de planning - 02
- OC du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal « Initier une échographie gestationnelle et initier un dosage sérique de l'hormone gonadotrophique chorionique (BHCG) en contexte d'évaluation pré interruption volontaire de grossesse (pré-IVG)».

## 10. Processus d'élaboration

### 10.1 Rédaction

Nom : Létourneau Prénom : Renée , Conseillère cadre clinicienne, DSI Date : 2018-02-14

---

Nom : D<sup>re</sup> Leduc Prénom : Manon , Médecin Date :

---

### 10.2 Consultation/collaboration

Nom : D<sup>r</sup> Jacot Prénom : Francis , Médecin Date :

---

Nom : D<sup>re</sup> Lemyre Prénom : Reine , Médecin Date :

---

Nom : D<sup>r</sup> Gamache Prénom : Stéphane , Médecin Date :

---

Nom : Urbain Prénom : Chantal , Infirmière clinicienne, clinique de planning Date :

---

Nom : Provencher Prénom : Sylvie , Infirmière clinicienne, clinique de planning Date :

---

Nom : Tremblay Prénom : France Chef de service Date :

---

Nom : Laflamme Prénom : Julie Chef de service Date :

---

Nom : Gagné Prénom : Johanie Conseillère cadre clinicienne, DSI Date : 2018-10-18

---

### 10.3 Approbation

Comité de Gestion des outils cliniques (CGOC)

## 11. Processus d'autorisation

Nom, prénom : Bolduc, Brigitte Signature : Document original signé , pour le Président du CMDP Date : 2018-11-29

---

Nom, prénom : Coleman, Robin Marie Signature : Document original signé , Directrice des soins infirmiers Date : 2018-11-15

---

## 12. Historique des révisions

Nom : Prénom : Date :

---

Nom : Prénom : Date :

---

Nom : Prénom : Date :

---

Nom : Prénom : Date :

---

Nom : Prénom : Date :

---

Nom : Prénom : Date :

---

Nom : Prénom : Date :

---

Nom : Prénom : Date :

---

## Annexe A - Formulaire « Échographie IVG »

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Estrie – Centre  
hospitalier universitaire  
de Sherbrooke

Québec



CP014

- HÔPITAL FLEURIMONT  
 HÔPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS  
 AUTRE INSTALLATION : \_\_\_\_\_

### ÉCHOGRAPHIE IVG (INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE)

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ h \_\_\_\_  
Année Mois Jour Heure

ÉCHOGRAPHIE :  Transabdominale  Transvaginale N° sonde: \_\_\_\_\_

(Espace réservé pour image de l'échographie)

D.D.M. (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Semaines de grossesse : \_\_\_\_\_

Sac gestationnel (SG) : \_\_\_\_\_

Sac vitellin (SV) : \_\_\_\_\_

Pôle fœtal (PF) : \_\_\_\_\_

Activité cardiaque (CF) : \_\_\_\_\_

Longueur :

Céphalo-caudale (LCC) : \_\_\_\_\_

Fémur : \_\_\_\_\_

Diamètre bipariétal (DBP) : \_\_\_\_\_

Circonférence :

Abdominale : \_\_\_\_\_

Céphalique : \_\_\_\_\_

Anormalité

Médecin avisé (inscrire son nom) : \_\_\_\_\_

Âge gestationnel : \_\_\_\_\_

Âge ajusté : \_\_\_\_\_

Grossesse :  Unique  Gémellaire

REMARQUE : \_\_\_\_\_

CHUSPOM-FDCU-CP-001

Signature

Nom en caractère d'imprimerie

Titre/fonction

Date

Signature du médecin

Nom en caractère d'imprimerie

N° de permis

Date

No produit  
2018-11

ÉCHOGRAPHIE PRÉ-IVG  
(INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE)

DOSSIER DE L'USAGER

## Annexe B - Procédure à suivre lors de non visualisation du sac gestationnel, du sac vitellin et du pôle fœtal



# **Organisation des services d'interruption de grossesse au Québec**

## **Cadre de référence**

**Ministère de la Santé et des Services  
sociaux**

**Juin 2023**

## Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
<b>a) Offre de services .....</b>	<b>2</b>
<b>b) Services de première ligne .....</b>	<b>3</b>
<b>c) Trajectoires .....</b>	<b>3</b>
<b>d) Coordination.....</b>	<b>4</b>
<b>e) Outils de formation et d'accompagnement.....</b>	<b>4</b>
<b>f) Évaluation .....</b>	<b>4</b>
<b>g) Considération sur l'objection de conscience.....</b>	<b>4</b>
<b>Trajectoire lors d'une IG du premier trimestre.....</b>	<b>5</b>
<b>Trajectoire lors d'une IG du deuxième trimestre.....</b>	<b>6</b>
<b>Trajectoire lors d'une IG du troisième trimestre .....</b>	<b>7</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>8</b>

## Introduction

Le présent cadre de référence tient lieu d'orientation afin de définir l'organisation des soins et des services qui doivent être offerts au Québec aux femmes<sup>1</sup> qui souhaitent avoir recours à une interruption de grossesse (IG). Il présente les différentes trajectoires en place et constitue un guide à l'intention des professionnels et des gestionnaires des établissements concernés du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), de même qu'à ceux œuvrant en cliniques privées ou au sein des organismes communautaires. Ce document fait notamment suite au *Rapport sur l'organisation des services d'interruption de grossesse de 3<sup>ième</sup> trimestre au Québec* publié en août 2021 par le comité consultatif des services d'IG du troisième trimestre au Québec.

### a) Offre de services

Le RSSS du Québec rend accessible aux femmes, dans la plupart des régions, deux méthodes pour interrompre une grossesse du premier trimestre, soit l'IG médicamenteuse à l'aide de la pilule abortive et l'IG par instruments aussi appelée IG chirurgicale. L'organisation des services d'IG varient sur d'une région à l'autre et sont souvent ajustés en fonction de l'expertise locale disponible et de la demande de services. Dans tous les cas, des corridors de services doivent permettre de maintenir l'accès à l'ensemble des services et des méthodes pour répondre au choix des femmes.

Au Québec, la loi ne prévoit aucun délai maximal quant à l'âge gestationnel au-delà duquel il n'est plus possible d'interrompre une grossesse. De manière usuelle, on catégorise l'offre de services en fonction des différents trimestres de grossesse.

L'offre de service pour l'IG médicamenteuse répond à des règles d'éligibilité et nécessite une ordonnance prescrite par un professionnel de la santé. En 2022, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a publié ses [lignes directrices](#) encadrant la pratique de l'IG médicamenteuse et l'accès facilité à la pilule abortive, incluant la prescription par télémédecine.

Pour sa part, l'IG chirurgicale nécessite l'accès à un plateau technique. Selon l'organisation mise en place dans les différentes régions du Québec, l'IG chirurgicale est pratiquée dans les cliniques externes de planification familiale, dans certains centres locaux de services communautaires (CLSC), dans certains centres hospitaliers (CH) ainsi que dans des cliniques privées. On trouve également cette intervention dans certains organismes communautaires (Centre de santé des femmes) qui bénéficient d'un statut particulier enchâssé dans la [Loi sur les services de santé et les services sociaux](#) (LSSSS). Tant les médecins de famille que les obstétriciens-gynécologues peuvent être impliqués dans l'IG chirurgicale.

L'IG chirurgicale s'effectue la plupart du temps à l'aide de la méthode dilatation-extraction-curetage (DEC). Il peut être nécessaire de procéder à un fœticide avant d'effectuer la méthode DEC.

L'IG tardive se pratique en deux étapes distinctes, soit le fœticide et la planification de l'accouchement. Les techniques disponibles doivent être adaptées selon la condition de la patiente.

Une référence vers une autre installation est requise advenant que la technique la plus appropriée ne soit pas disponible localement en vue d'offrir le soin le plus adéquat et adapté à la patiente dans sa condition.

---

<sup>1</sup> Le terme femme a été utilisé dans ce document et réfère à toute personne avec un utérus.

## **b) Services de première ligne**

L'accès à l'IG est fondé largement sur la contribution des services de première ligne. Ils offrent des services essentiels d'information et permettent une prise en charge de la femme dans sa globalité, autant dans la prévention que dans l'intervention. La première ligne inclut la ligne Info-Santé et Info-Social 811, le guichet d'accès à la première ligne (GAP), les pharmacies communautaires, les CLSC, les infirmières scolaires, les organismes communautaires ainsi que tous les professionnels travaillant en première ligne. Ce sont les services de première ligne qui dirigeront les femmes vers le bon service en fonction des critères cliniques et de leur décision quant au choix de la méthode et du lieu de prestation des services. Les services de première ligne pourront également être mobilisés pour le suivi post-intervention, s'il y a lieu (ex. : suivi psychosocial).

L'offre de service de proximité est toujours privilégiée. Toutefois, les femmes peuvent choisir d'obtenir le service dans une autre région, compte tenu de la sensibilité que peut représenter le service, notamment dans les petites localités.

Les organismes communautaires pro-choix de soutien à la grossesse jouent un rôle déterminant dans le processus réflexif des femmes. Ils offrent des services d'aide psychosociale en abordant toutes les options possibles avec la femme, sans influencer sa décision. Ils font partie intégrante de l'offre de services au Québec. Les femmes peuvent avoir recours à leur service d'accompagnement à tout moment dans le continuum de soins, que ce soit pour une ambivalence de grossesse ou pour du soutien pré et post-IG. Les trois organismes pro-choix reconnus au Québec sont Grossesse Secours, SOS Grossesse Québec et SOS Grossesse Estrie. Leurs services sont disponibles pour l'ensemble du Québec. Leurs coordonnées se trouvent en annexe de ce document.

## **c) Trajectoires**

Les établissements ont le rôle d'organiser les services sur leur territoire ou d'assurer les corridors de services afin que l'ensemble des options disponibles en matière d'IG soient offertes et accessibles aux femmes. Les directions cliniques des établissements jouent un rôle important pour maintenir l'accès aux services cliniques d'IG qui permettent de répondre aux besoins de la population dans des délais raisonnables.

Une trajectoire de soins combinant une approche populationnelle et la participation d'installations dédiées est mise de l'avant. L'**approche populationnelle** signifie offrir des services de façon locale pour augmenter l'accessibilité et la proximité des soins. Dans certaines situations d'IG ou pour certains soins, la contribution d'installations dédiées du territoire est nécessaire pour assurer la continuité du service. Dans ce cas, les mécanismes de coordination sont en place pour faciliter l'orientation en fonction des corridors établis lorsque requis et la planification des services.

Comme pour l'ensemble des services du continuum mère-enfant, les services d'IG peuvent faire appel aux trajectoires des réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS) pour assurer des services adéquats disponibles sur tout le territoire du Québec.

Il est à noter que les interruptions de grossesse tardives s'inscrivent dans une trajectoire obstétricale dans laquelle les considérations de ressources humaines sont importantes. L'équilibre entre l'offre de soins IG doit être fait en tenant compte des capacités des installations. Cela peut avoir un effet sur la planification des services, et dans certaines circonstances, sur la réalisation du soin lui-même.

#### **d) Coordination**

Le Centre d'accompagnement et de coordination montréalais (CACM) des IG du Centre intégré de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (CCSMTL) a le mandat ministériel de coordonner les services de Montréal ainsi que les IG tardives. Il peut recevoir des demandes provenant de la femme elle-même ou d'un professionnel de la santé. Il a le mandat de diriger les femmes vers les cliniques d'IG de Montréal, et ce, peu importe le stade de la grossesse. Les professionnels de la santé peuvent y avoir recours afin de bien orienter leur clientèle. Les femmes vivant à l'extérieur de Montréal peuvent aussi solliciter directement un service au CACM, notamment pour s'assurer d'obtenir un service hors de leur région permettant de leur garantir une plus grande confidentialité.

Pour les services offerts RUISSS du CHU de Québec et du CHU de Sherbrooke, la coordination se fait de façon régionale. Dans la trajectoire pour les IG tardives, un coordonnateur médical est mis à disposition pour travailler en collaboration avec le coordonnateur du CACM ainsi que les responsables des autres RUISSS afin d'orienter les demandes.

#### **e) Outils de formation et d'accompagnement**

Il est souhaité que les services d'IG soient intégrés dans le continuum de soins de santé et psychosociaux offerts aux femmes. La pratique de l'IG, surtout à un stade plus avancé de la grossesse, peut faire émerger des préoccupations au sein des équipes soignantes.

De l'information sur les différentes issues de grossesse, dont l'IG, est disponible sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Certains outils sont également disponibles afin de soutenir les professionnels impliqués, notamment une [capsule audio informative](#) où les différentes considérations éthiques, légales et cliniques de l'IG du troisième trimestre sont notamment abordées. De plus, les éthiciens des établissements sont disponibles pour apporter du soutien et épauler les équipes. Les coordonnateurs médicaux peuvent également être mis à contribution pour soutenir les équipes locales.

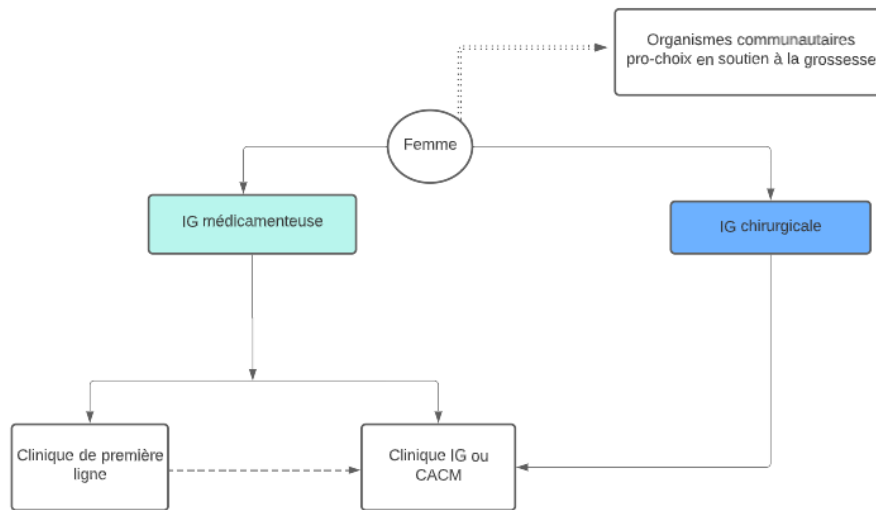
#### **f) Évaluation**

Le MSSS, en collaboration avec les établissements impliqués, assure une évaluation continue afin de garantir la fluidité des trajectoires et d'améliorer l'accès avec les établissements. À cet effet, les acteurs impliqués dans la coordination des services peuvent faire des recommandations. La Direction santé mère-enfant assure un suivi auprès du Comité de direction du MSSS quant à l'implantation du Cadre de référence et de l'accessibilité des services d'IG dans le RSSS.

#### **g) Considération sur l'objection de conscience**

L'[objection de conscience](#) réfère au droit de ne pas recourir à un acte médical qui va à l'encontre de ses valeurs. Le Code de déontologie des médecins assure le droit du médecin à l'objection de conscience, avec l'obligation d'en informer le patient et de trouver un autre médecin pouvant offrir le service. Dans un tel cas, les mécanismes de coordination des trajectoires viennent répondre à ces enjeux. Rappelons qu'une objection de conscience est en lien avec des convictions personnelles et ne peut s'appliquer à un groupe.

## Trajectoire lors d'une IG du premier trimestre



- La référence vers les organismes communautaires d'aide à la grossesse pro-choix est encouragée à tout moment dans le processus si une ambivalence est suspectée ou si un soutien post-IG est nécessaire.
- Une sortie de la trajectoire est possible en tout temps dans le processus.
- \*La demande peut être transférée à l'extérieur du territoire d'appartenance à la demande de la femme.

### IG médicamenteuse

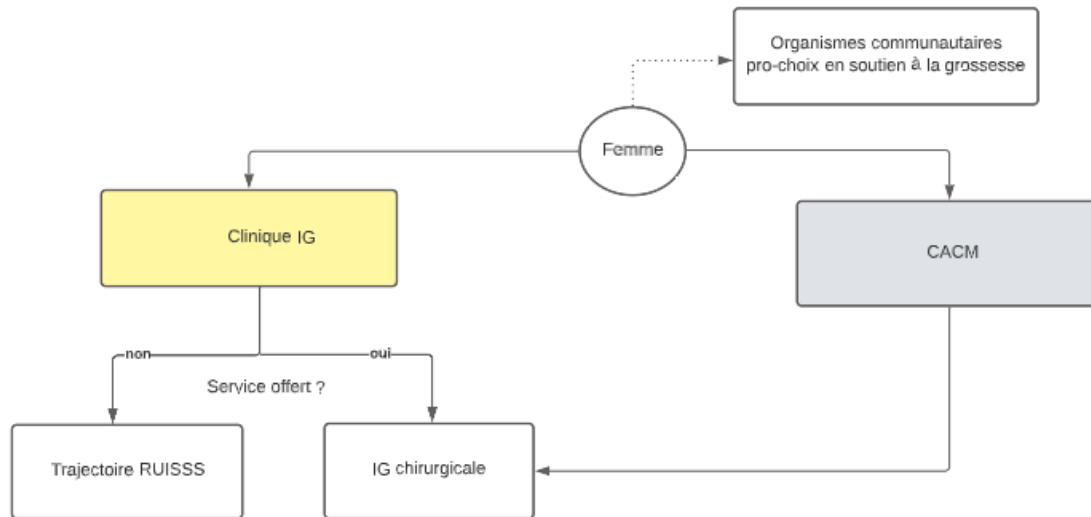
Dans le cas où l'IG médicamenteuse serait l'option retenue, la femme peut se diriger vers une clinique de première ligne (Groupe de médecine de famille, CLSC, GAP, etc.) afin d'y rencontrer un professionnel de la santé pour obtenir l'évaluation de sa situation clinique. Le professionnel peut alors, selon son jugement clinique, prescrire la pilule abortive ou encore la diriger vers une clinique d'IG de son territoire d'appartenance ou au CACM. Dans le cas où la méthode médicamenteuse échouerait, la femme sera dirigée vers une clinique IG ou le CACM pour avoir une évaluation avec prise en charge en vue d'un recours à la méthode chirurgicale.

La femme peut également prendre contact directement avec la clinique IG de son territoire d'appartenance qui offre normalement les deux options d'IG.

### IG chirurgicale

La femme prend contact directement avec une clinique d'IG ou avec le CACM. Un rendez-vous lui est alors attribué pour l'évaluation en vue d'une IG chirurgicale.

## Trajectoire lors d'une IG du deuxième trimestre



- La référence vers les organismes communautaires d'aide à la grossesse pro-choix est encouragée à tout moment dans le processus si une ambivalence est suspectée ou si un soutien post-IG est nécessaire.
- Une sortie de la trajectoire est possible en tout temps dans le processus.
- \*La demande peut être transférée à l'extérieur du territoire d'appartenance à la demande de la femme.

### Clinique d'IG

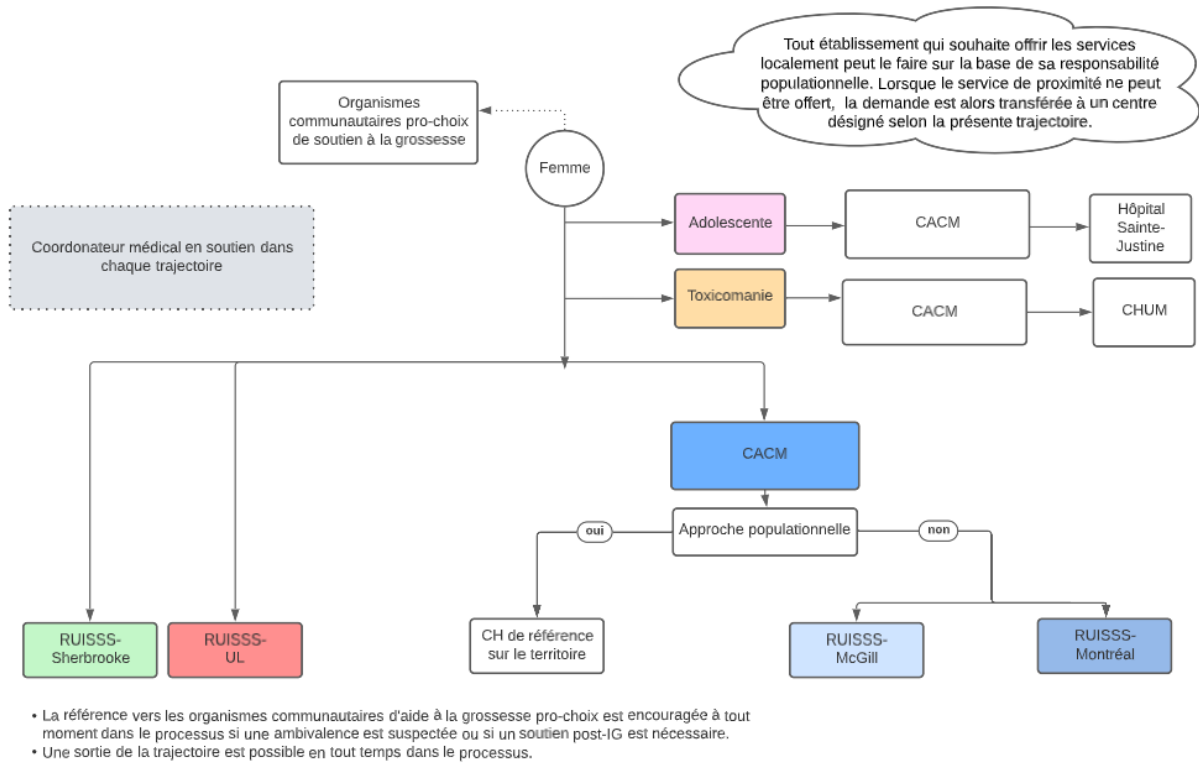
La femme prend contact directement avec une clinique d'IG :

- Si le service d'IG du deuxième trimestre est offert à cette clinique, un rendez-vous lui sera attribué pour l'évaluation en vue de la planification de l'IG;
- Si le service d'IG du deuxième trimestre n'est pas offert à cette clinique, une référence sera réalisée en fonction de la trajectoire RUISSS.

### Centre d'accompagnement et de coordination montréalais des IG du CCSMTL (CACM)

La femme prend contact avec le CACM. Un rendez-vous lui sera attribué dans une clinique d'IG de Montréal pour l'évaluation en vue de la planification de l'IG.

## Trajectoire lors d'une IG du troisième trimestre



### Adolescente

Si la femme est adolescente (moins de 18 ans) :

- La demande est transmise au CACM, qui collabore avec le CHU Sainte-Justine.

### Toxicomanie

Si la femme est aux prises avec une problématique de toxicomanie :

- La demande est transmise au CACM, qui collabore avec le CHUM.

### RUISSS-Sherbrooke

Si la femme fait partie du RUISSS-Sherbrooke :

- La demande est transférée au CHUS pour la prise en charge.

### RUISSS-UL

Si la femme fait partie du RUISSS-UL :

- La demande est transférée au CHUQ pour la prise en charge.

### Pôle montréalais – CACM

Si la femme n'entre pas dans les trajectoires précédentes :

- Sa demande est transférée au CACM, qui collabore avec le CH de référence ou le CH identifié de la trajectoire RUISSS selon le cas.

## **Annexes**

Coordonnées des organismes pro-choix en soutien à la grossesse :

SOS Grossesse (Québec)

1-877-662-9666

[www.sosgrossesse.ca](http://www.sosgrossesse.ca)

SOS Grossesse Estrie

(819) 822-1181

<https://www.sosgrossesseestrie.qc.ca/>

Grossesse Secours

(514) 271-0554

<https://www.grossesse-secours.org/>

Rassemblements :

À noter que la LSSS stipule ceci quant aux rassemblements aux abords des cliniques offrant les IG :

« Nul ne peut, à moins de 50 mètres du terrain sur lequel se trouve une installation ou un local où sont offerts des services d'interruption volontaire de grossesse, manifester, de quelque manière que ce soit, ou effectuer toute autre forme d'intervention afin : 1° de tenter de dissuader une femme d'obtenir un tel service ou de contester ou de condamner son choix de l'obtenir ou de l'avoir obtenu; 2° de tenter de dissuader une personne d'offrir un tel service ou de participer à son offre ou de contester ou de condamner son choix de l'offrir, de participer à son offre ou de travailler dans un tel lieu. »

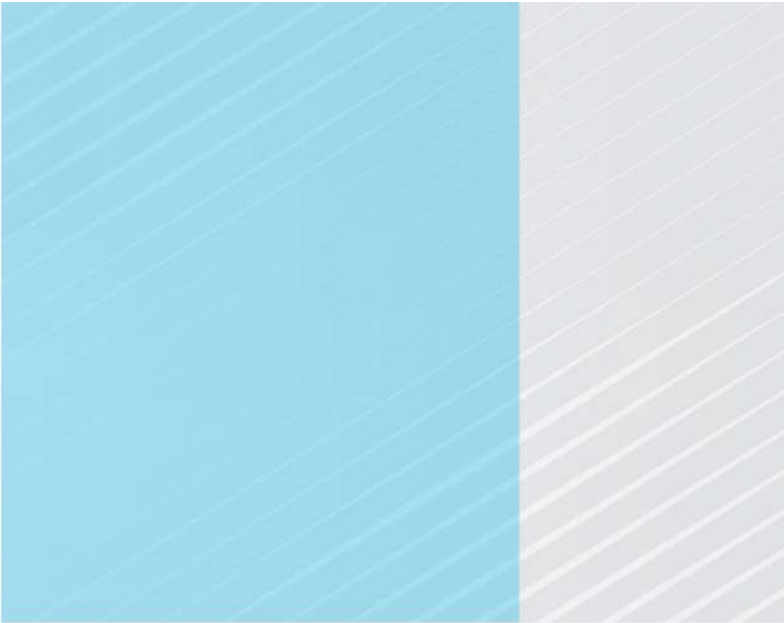
# Pertinence et indications de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie

La chirurgie en obstétrique-gynécologie et urologie

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 en obstétrique-gynécologie et urologie

## *Rédaction*

Anne Bergeron

## *Collaboration*

Simon Bélanger

Andrée Fortin

Catherine Gravel

Cedric Jehanno

Emmanuelle Tchekanda

## *Coordination scientifique*

Éric Potvin

Marie-Claude Breton

Frédéric St-Pierre

## *Direction*

Catherine Truchon

Ann Lévesque



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

## Membres de l'équipe de projet

### Auteure principale

Anne Bergeron, Ph. D.

### Collaborateurs et collaboratrices 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.

### Collaborateur externe

D<sup>r</sup> Kouassi Michael Gandonou Migan, résident en anatomopathologie, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU) – Université Laval

### Coordonnateurs et coordonnatrice scientifiques

Éric Potvin, Ph. D. (2019 à 2021)

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

Frédéric St-Pierre, Ph. D. (2023)

### Directrice adjointe, volets scientifique et transversal

Ann Lévesque, Ph. D.

### Directrice

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

### Repérage de l'information scientifique

Mathieu Plamondon, M.S.I.

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. (2021)

Catherine Olivier, Ph. D. (2023)

### 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, 2023 (Édition révisée)

ISBN : 978-2-550-94651-9 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2023

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images ou figures peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à [droitdauteur@inesss.qc.ca](mailto:droitdauteur@inesss.qc.ca).

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 en obstétrique-gynécologie et urologie. Avis rédigé par Anne Bergeron. Québec, Qc : INESSS; 2023. 59 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<sup>r</sup> Fadi Brimo**, anatomopathologiste, site Glenn, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

**D<sup>r</sup> Gianpaolo Capolicchio**, urologue, Hôpital de Montréal pour enfants, CUSM

**D<sup>re</sup> Valérie Carré**, obstétricienne-gynécologue, Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, Cowansville

**D<sup>re</sup> Claire Gosselin**, anatomopathologiste, Hôpital Anna-Laberge, CISSS de la Montérégie-Ouest

**D<sup>r</sup> Mathieu Latour**, anatomopathologiste, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

**D<sup>r</sup> Mathieu Leboeuf**, obstétricien-gynécologue, Centre hospitalier de l'Université Laval (CHU de Québec)

**D<sup>r</sup> Van-Hung Nguyen**, anatomopathologiste pédiatrique, Hôpital de Montréal pour enfants, CUSM

**D<sup>r</sup> Paul Perrotte**, urologue, CHUM

**D<sup>re</sup> Tuyet Nhung Ton Nu**, anatomopathologiste, site Glen, CUSM

**D<sup>r</sup> Vincent Trudeau**, urologue, Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

## Comité de suivi

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

**M<sup>me</sup> Caroline Beudet**, gestionnaire, codirectrice clinico-administrative OPTILAB, CISSS de l'Outaouais (2021-2023)

**D<sup>re</sup> Francine Cardinal**, dermatologue, vice-présidente de l'Association des médecins spécialistes dermatologues du Québec (AMSDQ) (2021)

**D<sup>re</sup> Valérie Carré**, obstétricienne-gynécologue, représentante de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ) (2021)

**D<sup>re</sup> Patricia-Anne Caron**, pédiatre, chirurgienne, membre et représentante de l'Association québécoise de chirurgie (AQC) (2021-2023)

**D<sup>r</sup> Claude-Édouard Châtillon**, neurochirurgien, membre et représentant de l'Association de neurochirurgie du Québec (ANCQ) (2021)

**D<sup>re</sup> Debora J. Davis**, conseillère spéciale, Association canadienne de protection médicale (ACPM) (2021)

**D<sup>r</sup> Steven Bellemare**, représentant de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) (2023)

**M<sup>me</sup> Kathia Desbiens<sup>1</sup>**, infirmière, présidente de la Corporation des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Québec (CIISOQ) (2019)

**M<sup>me</sup> Aline Gagnon**, infirmière, présidente de la Corporation des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Québec (CIISOQ) (2021-2023)

**M<sup>e</sup> Michel T. Giroux**, avocat, directeur de l'Institut de consultation et de recherche en éthique et en droit (ICRED) (2021-2023)

**D<sup>re</sup> Pauline Gref**, pédiatre, adjointe médicale à la Direction générale du Collège des médecins du Québec (CMQ) (2021-2023)

**D<sup>re</sup> Badia Issa-Chergui**, anatomopathologiste, présidente de l'Association des pathologistes du Québec (APQ) (2021-2023)

**D<sup>re</sup> Sophie Laberge**, médecin-conseil, Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (2021-2023)

**D<sup>r</sup> Steven P. Lapointe**, urologue, président de l'Association des urologues du Québec (AUQ) (2021)

**M<sup>me</sup> Doris Levasseur Bourbeau<sup>2</sup>**, technologiste médicale, présidente de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ) (2019)

**M<sup>me</sup> Loan Luu**, technologiste médicale, présidente de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ) (2021-2023)

**M. François Sanschagrín**, conseiller en biologie médicale, Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec (2021-2023)

**D<sup>r</sup> Serge Tohmé**, chirurgien orthopédiste, membre et représentant de l'Association d'orthopédie du Québec (AOQ) (2021)

## Lecteur et lectrice externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

**D<sup>r</sup> Thierry Lebeau**, urologue, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

**D<sup>re</sup> Marianne Boutet**, gynécologue, Centre hospitalier de l'Université Laval - CHU de Québec

---

<sup>1</sup> M<sup>me</sup> Kathia Desbiens a agi comme représentante de la CIISOQ au début des travaux alors que M<sup>me</sup> Aline Gagnon a représenté la Corporation pour la fin des travaux.

<sup>2</sup> M<sup>me</sup> Doris Levasseur Bourbeau a agi comme représentante de l'OPTMQ au début des travaux alors que M<sup>me</sup> Loan Luu a représenté l'ordre pour la fin des travaux.

## **Autres contributions**

L'institut tient aussi à remercier 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<sup>r</sup> Daniel Tardif**, directeur des affaires régionales, Association canadienne de protection médicale (ACPM)

## **Déclaration d'intérêts**

Aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré par les membres de l'équipe de l'INESSS et les parties prenantes consultées.

## **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 .....	XVIII
GLOSSAIRE .....	XX
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE.....	3
1.1 Questions d'évaluation.....	3
1.2 Aspects exclus.....	4
1.3 Méthode de synthèse des données scientifiques.....	5
1.3.1 Type de revue de la littérature .....	5
1.3.2 Stratégie de recherche et repérage de la littérature.....	5
1.3.3 Critères et processus de sélection des documents.....	5
1.3.4 Évaluation de la qualité méthodologique.....	5
1.3.5 Extraction des données issues de la littérature scientifique .....	6
1.3.6 Analyse et synthèse .....	6
1.4 Méthodes de synthèse des positions et recommandations issues de sociétés savantes .....	7
1.4.1 Type de revue de la littérature .....	7
1.4.2 Stratégie de recherche et repérage de la littérature.....	7
1.4.3 Critères et processus de sélection des documents.....	7
1.4.4 Évaluation de la qualité méthodologique .....	8
1.4.5 Extraction de l'information, recommandations et positions .....	9
1.4.6 Analyse et synthèse .....	9
1.5 Méthode de synthèse des données contextuelles .....	9
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 .....	9
1.6 Méthodes de synthèse des différentes perspectives recueillies à partir de consultations .....	10
1.6.1 Perspective des cliniciens, experts et décideurs.....	10
1.6.2 Perspective des ordres, fédérations et associations professionnelles .....	11
1.7 Analyse économique .....	12
1.8 Processus et méthode d'élaboration des recommandations .....	12
1.8.1 Groupe de travail.....	12
1.8.2 Processus et méthode de formulation des recommandations.....	13
1.9 Processus de validation externe .....	14
1.10 Mise à jour.....	14

2	RÉSULTATS .....	15
2.1	Utilité clinique de l'examen anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux .....	15
2.1.1	Sélection et description des documents retenus.....	15
2.1.2	Tissus de conception issus d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) .....	17
2.1.3	Tissus issus de grossesses ectopiques traitées chirurgicalement.....	19
2.1.4	Tissus issus de salpingectomie chez une population à faible risque pour le cancer de l'ovaire.....	20
2.1.5	Tissus issus de nymphoplasties.....	20
2.1.6	Prépuces issus d'une circoncision .....	20
2.1.7	Sacs herniaires inguinaux, hydrocèles et spermatoécèles.....	23
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 .....	30
2.2.5	Perspective des experts et des parties prenantes .....	32
2.3	Enjeux organisationnels, cliniques, éthiques et juridiques.....	34
2.3.1	Qualité de l'acte médical et accès au service d'anatomopathologie .....	34
2.3.2	Délai de remise des rapports de pathologie .....	35
2.3.3	Enjeux d'implantation .....	35
2.3.4	Enjeux médico-légaux .....	36
2.4	Évaluation économique liée à l'envoi sélectif des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie .....	37
2.5	Consultations par la méthode Delphi simplifiée .....	37
	DISCUSSION.....	40
	CONCLUSION .....	42
	CONSTATS ET RECOMMANDATIONS .....	43
	RÉFÉRENCES.....	48
	ANNEXE A.....	52
	Stratégie de repérage de l'information scientifique .....	52
	ANNEXE B.....	59
	Sélection des études .....	59

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Questions d'évaluation .....	4
Tableau 2	Critères d'inclusion et d'exclusion des documents .....	6
Tableau 3	Critères d'inclusion et d'exclusion des documents contenant de l'information, des positions et des recommandations.....	8
Tableau 4	Capacité de l'analyse anatomopathologique à reconnaître une issue anormale suivant une interruption volontaire de grossesse (IVG) .....	18
Tableau 5	Comparaison des diagnostics cliniques et histopathologiques des personnes qui ont subi une circoncision .....	22
Tableau 6	Découvertes histologiques fortuites identifiées à partir de sacs herniaires inguinaux, d'hydrocèles et de spermatozoïdes .....	24
Tableau 7	Prélèvements chirurgicaux, issus de l'obstétrique-gynécologie et de l'urologie qui peuvent être considérés pour une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie .....	39



# RÉSUMÉ

## INTRODUCTION

Depuis sa publication en 1984, l'article 59 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements du Québec* (RLRQ, chapitre S-5, r. 5)<sup>3</sup> 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, l'obstétrique-gynécologie et l'urologie, la chirurgie vasculaire, cardiovasculaire et thoracique, l'oto-rhino-laryngologie et la chirurgie buccale, maxillo et cervico-faciale, et la chirurgie ophtalmologique. Le présent rapport vise les prélèvements chirurgicaux issus des pratiques de l'obstétrique-gynécologie et de l'urologie.

Lors des travaux complétés en 2022 pour les autres volets du chantier de pertinence en anatomopathologie, certains questionnements ont été soulevés par les parties prenantes consultées quant à l'applicabilité et la faisabilité des recommandations générales et des recommandations visant à favoriser la mise en œuvre des changements proposés. Ainsi, afin de prendre en compte les préoccupations des parties prenantes, une mise à jour partielle du présent rapport a été réalisée.

## 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

---

<sup>3</sup> 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/>.

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.

Pour recueillir les différentes perspectives, l'INESSS a créé un comité consultatif formé d'obstétriciens-gynécologues, d'urologues et d'anatomopathologistes. De plus, 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 envoyés aux directeurs des services professionnels et aux codirecteurs OPTILAB. L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) et la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ont également été consultées pour valider certains enjeux médico-légaux potentiellement associés à la transmission sélective de pièces chirurgicales en anatomopathologie et pour examiner l'incidence que ce changement de pratique pourrait avoir sur le processus de facturation et d'audit des actes médicaux. Par ailleurs, des perspectives supplémentaires ont été recueillies lors des consultations tenues dans le cadre des volets 4, 5 et 6 du chantier de pertinence en anatomopathologie, notamment sur l'applicabilité et l'acceptabilité des recommandations générales et des recommandations visant à favoriser la mise en œuvre des changements proposés.

Les recommandations concernant les prélèvements chirurgicaux issus de l'obstétrique-gynécologie et de l'urologie, qui pourraient être transmis de façon 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.

## RÉSULTATS

En se basant sur la littérature scientifique, le risque de ne pas repérer une anomalie cliniquement significative (c.-à-d. une découverte fortuite susceptible d'influer sur la prise en charge du patient) par l'omission d'un examen anatomopathologique pour les tissus issus d'une interruption volontaire de grossesse, d'une salpingectomie pour une indication bénigne, d'une circoncision et de la cure de hernies inguinales, serait faible.

En ce qui concerne les tissus provenant d'une interruption volontaire de grossesse, la sensibilité de l'examen anatomopathologique à reconnaître une issue anormale, y inclus un échec de la procédure, une procédure incomplète ou l'identification d'une grossesse ectopique, serait faible. L'efficacité de l'examen du chirurgien pour prédire une issue anormale serait d'ailleurs supérieure à celle de l'examen du pathologiste.

Une étude a montré que l'analyse histologique ne permet pas d'identifier de villosités chorales pour 4,2 % des grossesses ectopiques confirmées à l'échographie et chirurgicalement.

Pour les trompes de Fallope, un taux de découverte fortuite de cancer de moins d'un pour cent est rapporté pour les salpingectomies effectuées lors de chirurgies pour des indications bénignes chez une population à faible risque pour le cancer de l'ovaire.

Les résultats de l'analyse histopathologique de spécimens de prépuces n'influeraient que rarement sur la prise en charge des patients. Des indications fréquentes de circoncision sont un phimosis, un paraphimosis ou un *balanitis xerotica obliterans* (BXO). Des études ont montré que, pour plus de 83 % des cas de lichen scléreux, le diagnostic était soupçonné en situation pré ou peropératoire.

Concernant les sacs herniaires, l'identification d'une structure du système reproducteur (épididyme ou canal déférent) ou d'un cancer est jugée cliniquement significative et 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'effet 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).

Huit documents de lignes directrices ou guides de pratique qui comportent des positions ou des recommandations concernant les modalités de transmission de pièces chirurgicales provenant de la pratique en obstétrique-gynécologie et en urologie au laboratoire d'anatomopathologie ont été repérés dans la littérature. Certaines sociétés savantes soulignent qu'un examen anatomopathologique de routine des tissus provenant des interruptions volontaires de grossesse n'est pas indiqué. Cependant, un examen visuel du contenu utérin devrait être fait suivant l'avortement, et une analyse histologique doit être réalisée lorsqu'une néoplasie trophoblastique gestationnelle ou une grossesse ectopique est soupçonnée. Les lignes directrices du Collège des médecins du Québec stipulent pour leur part que les tissus obtenus de l'interruption volontaire de grossesse doivent être envoyés au laboratoire d'anatomopathologie pour examen.

La Society of Gynecologic Oncology recommande que la fimbria des trompes de Fallope chez les femmes à faible risque ayant recours à la salpingectomie de routine soit soumise à un examen microscopique.

Selon le Royal College of Pathologists, les prépuces de jeunes garçons qui ne présentent aucune anomalie requièrent un examen macroscopique seulement. Pour sa part, l'Association des urologues du Canada suggère de procéder à l'analyse histologique de routine des prépuces, puisque le diagnostic de *balanitis xerotica obliterans* ne corrèle pas toujours avec une suspicion clinique.

Des politiques de 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 l'obstétrique-gynécologie et de l'urologie, pour lesquels le niveau de risque pour la patiente ou le patient est jugé faible. Dans ces cas, l'examen anatomopathologique est peu susceptible de fournir une information utile à la prise en charge de la personne concernée et selon le jugement du clinicien, les prélèvements pourraient être transmis de manière sélective au laboratoire d'anatomopathologie. Cette liste de transmission sélective comprend : 1) les tissus de conception issus d'une interruption volontaire de grossesse d'évolution normale; 2) les tissus de correction de rectocèle ou de cystocèle; 3) les tissus issus de la plastie des lèvres; 4) les prépuces d'apparence normale chez les nouveau-nés et les enfants; 5) les hydrocèles; 6) les spermatoécèles; 7) les varicocèles; 8) les calculs urinaires; 9) les prothèses, dispositifs et corps étrangers de la sphère génito-urinaire; 10) et les cicatrices d'allure normale.

## 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 une 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 difficile d'estimer les économies qui pourraient découler de l'envoi sélectif des prélèvements en pathologie, et ce, principalement en raison d'une 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 l'obstétrique-gynécologie et l'urologie. 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 effectuée en 2026.

## RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS CHIRURGICAUX AU LABORATOIRE D'ANATOMOPATHOLOGIE<sup>4</sup>

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

Pour être transmis de façon sélective, un prélèvement devrait :

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

Tous les spécimens chirurgicaux (organes, tissus, appareils, dispositifs médicaux, corps étrangers) non transmis au département d'anatomopathologie doivent faire l'objet d'un examen visuel par le chirurgien, et ce, afin de confirmer que la pièce ne présente pas d'anomalie inattendue et que les observations pré et peropératoires sont conformes aux attentes<sup>5, 6</sup>.

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<sup>5, 7</sup>.

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.

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 anatomopathologiques<sup>8</sup>.

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

<sup>5</sup> « 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].

<sup>6</sup> 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>.

<sup>7</sup> « 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].

<sup>8</sup> « 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 L'OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE ET À L'UROLOGIE

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

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

### Obstétrique-gynécologie

- Tissus de conception issus d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) d'évolution normale
- Tissus de correction de rectocèle ou de cystocèle
- Tissus issus de plasties des lèvres

### Urologie

- Prépuces d'apparence normale – nouveau-nés et enfants
- Hydrocèles
- Spermatocèles
- Varicocèles
- Calculs urinaires

### Obstétrique-gynécologie et urologie

- Prothèses, dispositifs et corps étrangers de la sphère génito-urinaire
- Cicatrices d'allure normale

### 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 le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), les directeurs des services professionnels, les codirecteurs OPTILAB et autres instances responsables de la qualité. Cette démarche devrait prévoir le développement et l'implantation d'un processus permettant de mesurer la conformité aux recommandations et la qualité de la pratique.

- NOUVEAU (2023) : Une modalité de documentation des raisons du non-envoi au laboratoire d'anatomopathologie de la pièce chirurgicale, qu'elle soit ou non inscrite à la liste, pourrait être envisagée au sein des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux. Cette modalité, qui devrait demeurer simple et rapide, témoignerait de l'exercice du jugement clinique.
- Une démarche de révision et de normalisation de la codification des actes médicaux et des analyses d'anatomopathologie devrait être 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

Submission of surgical specimens to the anatomic pathology laboratory:  
relevance and indications - Obstetrics / gynecology and urology

## INTRODUCTION

Since the publication of the *Organization and Management of Institutions Regulation* (C.Q.L.R., chapter S-5, r. 5)<sup>9</sup> in 1984, section 59 has generally been interpreted in 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* (MSSS) 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; obstetrics / gynecology and urology; vascular, cardiovascular and thoracic surgery; otolaryngology and oral, maxillofacial and head and neck surgery; and eye surgery. The present report deals with obstetric/gynecologic and urologic surgical specimens.

During the work on the last parts of the anatomopathology relevance project, certain questions were raised by the stakeholders consulted regarding the applicability and feasibility of the general recommendations and the recommendations aimed at promoting the implementation of the proposed changes. Thus, in order to take into account the concerns of stakeholders, a partial update of this report was carried out.

---

<sup>9</sup> 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).

## 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 obstetricians/gynecologists, urologists and anatomic pathologists. In addition, electronic surveys were sent to the directors of professional services and OPTILAB co-directors to obtain information on surgical specimen submission practices and anatomic pathology resource utilization in Québec's health-care facilities. The Canadian Medical Protective Association (CPMA) and the *Régie de l'assurance maladie du Québec* (RAMQ) were consulted to validate certain medicolegal issues potentially associated with selective submission of surgical specimens to anatomic pathology and to examine the impact this change in practice could have on the billing and auditing process for medical procedures. Moreover, additional perspectives were gathered from consultations held within the framework of parts 4, 5, and 6 of the anatomopathology relevance project, including general recommendations and recommendations to support implementation of the proposed changes.

The recommendations concerning obstetrics / gynecologic and urologic surgical 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 members in the light of the data and information collected from the literature review and from informant and stakeholder consultations.

## RESULTS

Based on the scientific literature, there is a low risk of missing a clinically significant abnormality (i.e., a fortuitous finding that could have an impact on the patient's management) in omitting an anatomopathological examination of tissue from a voluntary termination of pregnancy, a salpingectomy for a benign indication, a circumcision, or an inguinal hernia repair.

For tissues from a voluntary termination of pregnancy, the sensitivity of an anatomopathological examination is low for the identification of an abnormal outcome, including procedural failure, an incomplete procedure or an ectopic pregnancy. The effectiveness of the surgeon's examination in predicting an abnormal outcome is, in fact, greater than that of an examination by the pathologist.

One study found that a histological analysis failed to identify chorionic villi in 4.2% of ectopic pregnancies confirmed by ultrasound and surgery.

In the case of fallopian tubes, a fortuitous cancer discovery rate of less than 1% is reported for salpingectomies performed during surgery for benign indications in a population at low risk for ovarian cancer.

The results of a histopathologic analysis of foreskin specimens rarely have an impact on patient management. Common indications for circumcision are phimosis, paraphimosis and balanitis xerotica obliterans (BXO). Studies have shown that in more than 83% of cases of lichen sclerosus, the diagnosis was suspected pre- or intraoperatively.

In the case of hernia sacs, the identification of a structure of the reproductive system (epididymis or vas deferens) or cancer is considered clinically significant and varies in frequency 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 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).

Eight guidance documents and practice guidelines were identified in the literature that contained positions or recommendations on procedures for submitting obstetric/gynecologic and urologic surgical specimens to the anatomic pathology laboratory. Some learned societies point out that routine anatomopathological examination of tissues from voluntary terminations of pregnancy is not indicated. However, uterine contents should be visually examined after an abortion, and a histological analysis must be performed when gestational trophoblastic neoplasia or an ectopic pregnancy is suspected. Guidelines from the *Collège des médecins du Québec* stipulate that those tissues from a voluntary termination of pregnancy must be sent to the anatomic pathology laboratory for examination.

The Society of Gynecologic Oncology recommends that fallopian tube fimbria in low-risk women undergoing routine salpingectomy be subjected to microscopic examination.

According to the Royal College of Pathologists, foreskins in young boys with no abnormalities require macroscopic examination only. As for the Canadian Urological Association, this group suggests routine histological analysis of foreskins, since the diagnosis of balanitis xerotica obliterans does not always correlate with clinical suspicion.

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 obstetric/gynecologic and urologic surgical specimens for which the level of risk to the patient is considered low. In these cases, an anatomopathological examination is unlikely to provide useful information for managing

the patient, and the specimens could be submitted to the anatomic pathology laboratory on a selective basis at the clinician's discretion. This selective submission list includes: 1) tissues of conception from a normal voluntary termination of pregnancy; 2) rectocele and cystocele repair tissue; 3) tissues from a labiaplasty; 4) normal-appearing foreskins from neonates and boys; 5) hydroceles; 6) spermatoceles; 7) varicoceles; 8) urinary calculi; 9) prostheses, devices, and foreign bodies from the genitourinary sphere; and 10) normal-appearing scars.

## 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 fortuitous 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**

Considering 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 obstetrics/gynecology and urology 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 2026.

#### **GENERAL RECOMMENDATIONS CONCERNING THE SUBMISSION OF SURGICAL SPECIMENS TO THE ANATOMIC PATHOLOGY LABORATORY<sup>10</sup>**

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

To qualify for selective submission, a specimen should:

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

All surgical specimens (organs, tissues, apparatuses, medical devices and foreign bodies) not sent to anatomic pathology must be visually examined by the surgeon to confirm that they do not exhibit any unexpected abnormalities and that the pre- and intraoperative findings are in line with expectations<sup>11, 12</sup>.

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

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

<sup>10</sup> Certain provisions have been made in accordance with current professional standards in Québec.

<sup>11</sup> "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" (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).

<sup>12</sup> 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).

<sup>13</sup> "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" (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).

## GENERAL RECOMMENDATIONS CONCERNING THE SUBMISSION OF SURGICAL SPECIMENS TO THE ANATOMIC PATHOLOGY LABORATORY <sup>10</sup>

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.

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 investigation<sup>14</sup>.

## SELECTIVE SUBMISSION RECOMMENDATIONS SPECIFIC TO OBSTETRICS / GYNECOLOGY AND UROLOGY

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

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

### Obstetrics / gynecology

- Tissues of conception from a normal voluntary termination of pregnancy (VTP)
- Rectocele and cystocele repair tissue
- Tissues from a labiaplasty

### Urology

- Normal-appearing foreskins – neonates and boys
- Hydroceles
- Spermatoceles
- Varicoceles
- Urinary calculi

### Obstetrics / gynecology and urology

- Prostheses, devices and foreign bodies from the genitourinary sphere
- Normal-appearing scars

---

<sup>14</sup> "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" (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 for promoting the implementation and monitoring of a selective submission process for certain specimens**

- The selective submission recommendations and list proposed in this report should be the subject of a structured dissemination and communication process targeting professional orders and associations as well as universities.
- A gradual implementation process for the recommendations should be planned to facilitate optimal change management. This process should be developed jointly with the Council of physicians, dentists and pharmacists, the directors of professional services, the OPTILAB co-directors and other bodies responsible for the quality of care. The process should include the development and implementation of a procedure for measuring compliance with the recommendations and quality of the practice.
- NEW (2023): A mechanism for recording the reasons for not submitting a surgical specimen to the anatomic pathology laboratory, whether or not it is on the list, might be considered in the public institutions in the health and social services system. This mechanism, which should be simple and rapid, would reflect the exercise of clinical judgment.
- The coding of medical procedures and anatomopathological analysis should be revised and standardized to facilitate the collection and interpretation of medical-administrative data and thus make it possible to monitor the optimization measures deployed.

## SIGLES ET ACRONYMES

AACODS	<i>Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance</i>
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
ACPM	Association canadienne de protection médicale
AGREE GRS	<i>Appraisal of guidelines for research and evaluation global rating scale</i>
AMH	<i>Accreditation Manual for Hospitals</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
AUC	Association des urologues du Canada
AUQ	Association des urologues du Québec
BXO	<i>Balanitis Xerotica Obliterans</i>
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	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DEEGIRC	Direction de l'expertise aux ententes et de la gestion intégrée des risques et contrôles
DGRM	Direction générale de la rémunération médicale
DSM	Diagnostic Services Manitoba
DSP	Directeur des services professionnels
DUSM	Duke university school of medicine
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

IHLS	Interior Health Laboratory Service (British Columbia)
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAF	National Abortion Federation
OMS	Organisation mondiale de la Santé
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>
PSP	Parkland Surgical Pathology
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
RCP	Royal College of Pathologists
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
SFP	Society of Family Planning
SHA	Saskatchewan Health Authority
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
UCDH	University of California, Davis Health
UCSF	University of California, San Francisco
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

# GLOSSAIRE<sup>15</sup>

## **Cystocèle**

Hernie de la vessie dans le vagin.

## **Hernie inguinale**

Hernie abdominale située au niveau de l'aîne et qui se traduit généralement par une saillie d'anses intestinales à travers le canal inguinal.

## **Hydrocèle**

Épanchement de liquide dans une cavité vaginale, en particulier autour du testicule.

## **Lichen scléreux**

Sclérose progressive de l'anneau préputial d'involution sénile, qui est associée à un état atrophique et parfois leucodermique de la muqueuse du gland, à un rétrécissement du méat urinaire, à des télangiectasies et à un prurit local.

## **Paraphimosis**

Étranglement du gland par un anneau préputial rétréci.

## **Phimosis**

Étroitesse congénitale ou accidentelle de l'anneau préputial, empêchant de découvrir le gland.

## **Rectocèle**

Saillie du rectum à travers la paroi vaginale postérieure détendue.

## **Spermatocèle**

Tuméfaction de l'épididyme ou du testicule formée par une accumulation de sperme.

## **Transmission sélective**

Processus par lequel un prélèvement chirurgical, après l'exercice du jugement clinique, n'est pas acheminé au laboratoire d'anatomopathologie lorsque le résultat de l'examen anatomopathologique n'est pas susceptible de fournir de l'information cliniquement pertinente pour la prise en charge de la personne.

## **Varicocèle**

Dilatation du plexus pampiniforme au niveau du testicule, d'origine primitive, pouvant être responsable de stérilité (siégeant alors préférentiellement du côté gauche), ou secondaire à une obstruction d'une veine rénale ou de la veine cave inférieure par un thrombus cancéreux issu du rein.

---

<sup>15</sup> 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 du Québec* (RLRQ, chapitre S-5, r. 5)<sup>16</sup> 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 59<sup>17</sup>. 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 ».

---

<sup>16</sup> 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/>.

<sup>17</sup> Ministère de la Santé et Services sociaux (MSSS). Examen de parties d'un corps humain ou d'objets en anatomopathologie (Circulaire 2016-014).

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

Le présent rapport traite exclusivement des prélèvements et produits chirurgicaux issus de la chirurgie en obstétrique-gynécologie et en urologie.

### **Question décisionnelle**

Quels prélèvements chirurgicaux, issus de la chirurgie en obstétrique-gynécologie et en urologie pourraient faire l'objet d'une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie?

# 1 MÉTHODOLOGIE

La méthodologie employée pour élaborer les listes de prélèvements chirurgicaux qui pourraient être transmis de façon sélective au laboratoire d'anatomopathologie repose principalement sur un processus de consultation Delphi simplifié. Celui-ci a été effectué avec les experts du comité consultatif à la lumière des données et de l'information issues d'une revue rapide structurée de la documentation scientifique, d'une recherche de la littérature grise (positions et lignes directrices) et de la consultation d'autres informateurs et parties prenantes.

Une mise à jour partielle de cet avis a été réalisée en 2023 afin d'intégrer les perspectives des parties prenantes issues des consultations tenues pour les volets 4, 5 et 6 du chantier de pertinence en anatomopathologie, notamment sur les recommandations générales et les recommandations visant à favoriser la mise en œuvre des changements proposés.

## 1.1 Questions d'évaluation

Les questions 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 d'évaluation**

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

## 1.2 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 l'obstétrique-gynécologie et l'urologie 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.

## 1.3 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. Pour la mise à jour partielle effectuée en 2023, aucune recherche documentaire n'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 et la chirurgie des voies génito-urinaires. Les bases de données bibliographiques PubMed, Embase, EBM Reviews et la Cochrane Library ont été interrogées en février 2019. Une mise à jour a été effectuée en février 2021. En ce qui concerne les tissus issus de grossesse ectopique, de salpingectomie ou de plasties des lèvres, 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. 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 dans 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. Les raisons d'une exclusion lors de la lecture complète des documents sont présentées à l'annexe A du document [Annexes complémentaires](#) [INESSS, 2021]. Un diagramme de flux selon le modèle de PRISMA [Moher *et al.*, 2009] illustrant le processus de sélection des documents est présenté à [l'annexe B](#).

### 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. La qualité méthodologique des études transversales descriptives et analytiques a été évaluée avec l'outil d'évaluation critique d'une étude descriptive de l'Agence de la santé publique du Canada [ASPC, 2014]. Les résultats de cette évaluation sont présentés à l'annexe E du document [Annexes complémentaires](#) [INESSS, 2021].

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

<b>CRITÈRES D'INCLUSION</b>	
<b>POPULATION</b>	Personnes qui ont subi une intervention chirurgicale en obstétrique-gynécologie ou en urologie
<b>INTERVENTION</b>	Transmission et analyse anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux
<b>COMPARATEUR</b>	Examen visuel effectué par l'obstétricien-gynécologue ou l'urologue Diagnostic préopératoire
<b>PARAMÈTRES D'INTÉRÊT</b>	Découvertes anatomopathologiques fortuites Morbidity et mortalité Prise en charge du patient
<b>TYPES DE PUBLICATIONS</b>	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
<b>ANNÉES DE PUBLICATION</b>	Jusqu'en février 2021 ou juillet 2021 (pour les documents qui concernent les tissus issus de grossesse ectopique, de salpingectomie ou de plastie des lèvres)
<b>CRITÈRES D'EXCLUSION</b>	
<b>INTERVENTION</b>	Les chirurgies à visée oncologique, les autopsies, les biopsies, les ponctions et les prélèvements exigeant des examens extemporanés
<b>PARAMÈTRES D'INTÉRÊT</b>	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.
<b>CONTEXTE D'INTERVENTION</b>	Prélèvements issus de disciplines chirurgicales ou médicales autres que l'obstétrique-gynécologie et l'urologie. Les interruptions de grossesse pour des raisons médicales

### **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 tirée a été validée par un deuxième professionnel scientifique. L'information extraite des documents retenus est présentée à l'annexe B du 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 des positions et recommandations issues de sociétés savantes**

### **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. Pour la mise à jour partielle effectuée en 2023, aucune recherche documentaire n'a été réalisée.

### **1.4.2 Stratégie de recherche et repérage de la littérature**

Le repérage de la littérature a été réalisé par un conseiller en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec un professionnel scientifique. Les principaux concepts retenus pour développer la stratégie sont l'anatomopathologie et la chirurgie des voies génito-urinaires. Les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase, EBM Reviews et la Cochrane Library ont été interrogées en février 2019. Une mise à jour a été effectuée en février 2021. En ce qui concerne les tissus issus de grossesse ectopique, de salpingectomie ou de plasties des lèvres, 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 règlementaires, 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. Les raisons d'une inclusion ou d'une exclusion ont été inscrites dans un fichier avec la qualification des références. Un diagramme de flux selon le modèle de PRISMA [Moher *et al.*, 2009] illustrant le processus de sélection des documents est présenté à l'[annexe B](#).

#### 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 à l'annexe E du document [Annexes complémentaires](#) [INESSS, 2021].

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

<b>CRITÈRES D'INCLUSION</b>	
<b>POPULATION</b>	Personnes qui ont subi une intervention chirurgicale en obstétrique-gynécologie ou en urologie
<b>INTERVENTION</b>	Transmission et analyse anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux
<b>PROFESSIONNELS À QUI S'ADRESSENT LES TRAVAUX</b>	Chirurgiens obstétriciens-gynécologues, urologues et anatomopathologistes
<b>PARAMÈTRES D'INTÉRÊT</b>	Modalités de transmission et d'analyse anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux Risques associés à l'omission de l'analyse anatomopathologique
<b>MILIEUX ET CONTEXTE CLINIQUE</b>	Centres hospitaliers et ambulatoires
<b>TYPES DE PUBLICATIONS</b>	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
<b>ANNÉES DE PUBLICATION</b>	Jusqu'en février 2021 ou juillet 2021 (pour les documents qui concernent les tissus issus de grossesse ectopique, de salpingectomie ou de plastie des lèvres)
<b>CRITÈRES D'EXCLUSION</b>	
<b>INTERVENTION</b>	Transmission au laboratoire de biochimie
<b>PARAMÈTRES D'INTÉRÊT</b>	Précision sur la manipulation des prélèvements chirurgicaux effectuée au laboratoire d'anatomopathologie - p. ex. triage, entreposage, méthodes d'échantillonnage des tissus.
<b>CONTEXTE D'INTERVENTION</b>	Prélèvements issus de disciplines chirurgicales ou médicales autres que l'obstétrique-gynécologie et l'urologie. Les interruptions de grossesse pour des raisons médicales

#### **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 tirée a été validée par un deuxième professionnel scientifique. L'information extraite des documents retenus est présentée à l'annexe C du 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);
- *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Guide d'exercice* [CMQ, 2005];
- *L'interruption volontaire de grossesse. Lignes directrices* [CMQ, 2012];
- *Les procédures et interventions en milieu extrahospitalier. Guide d'exercice* [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]; et
- 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. Les membres avaient pour mandat d'accompagner l'équipe scientifique de l'INESSS pour assurer la crédibilité scientifique, la qualité et l'applicabilité des recommandations, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ainsi que des perspectives. 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.

Le recrutement a été fait en collaboration avec les ordres et associations professionnels concernés de façon à représenter les spécialités chirurgicales et anatomopathologiques engagées dans la transmission et l'analyse des pièces chirurgicales ciblées, ainsi que les différents milieux de pratique. La liste des membres de ce comité est présentée dans les pages liminaires de ce document. La participation des membres du comité consultatif n'a pas été sollicitée pour la mise à jour partielle effectuée en 2023.

### **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 médicolégaux 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 (CMQ), a été formé dans le cadre des travaux. Le mandat de ce comité était de souligner 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 sur 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.

Pour la mise à jour partielle effectuée en 2023, les perspectives des membres du comité de suivi recueillies lors de la réalisation des volets 4, 5 et 6 du chantier sur la pertinence en anatomopathologie ont été incluses, notamment concernant les recommandations générales et les recommandations de mise en œuvre.

### **1.6.2.2 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.

### **1.6.2.3 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.

#### **1.6.2.4 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.

#### **1.6.2.5 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 difficile d'estimer les économies qui pourraient découler de l'envoi sélectif des prélèvements à ce laboratoire dans le contexte québécois, et ce, principalement en raison de l'incapacité de quantifier le volume d'actes concernés par les changements de pratique souhaités ainsi que des pratiques très hétérogènes entre établissements.

## **1.8 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 l'obstétrique-gynécologie et de l'urologie 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 à l'annexe D du 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 deux 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 à l'annexe G du document [Annexes complémentaires](#) [INESSS, 2021]. La mise à jour partielle de cet avis effectuée en 2023 n'a pas fait l'objet d'une validation externe, étant donné que le contenu scientifique n'a pas été mis à jour.

#### **1.10 Mise à jour**

La pertinence de mettre à jour cet avis sera évaluée 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

Sections	Modifications apportées à la version de 2021
2.1. Utilité clinique de l'examen anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux issus de l'obstétrique-gynécologie et de l'urologie	Non révisée
2.2. Modalités de transmission des prélèvements chirurgicaux	Mise à jour de la <a href="#">section 2.2.5</a>
2.4. Évaluation économique liée à l'envoi sélectif de certains prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie	Non révisée
2.5. Résultats de la consultation par la méthode Delphi simplifiée	Non révisée
Discussion	Aucun changement
Conclusion	Aucun changement
Constats et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Retrait de la recommandation générale suivante :</u> <i>Tout prélèvement chirurgical qui ne figure pas sur une liste de transmission sélective devrait être envoyé au laboratoire d'anatomopathologie pour examen.</i></li> <li>• <u>Mise à jour de la 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> recommandation de mise en œuvre concernant la mise en œuvre et le suivi d'un processus de transmission sélective de certains prélèvements.</u></li> </ul>

### 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 1 025 références (hors doublons), desquelles 19 études comportent des données relatives à l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique des prélèvements chirurgicaux issus de l'obstétrique-gynécologie et de l'urologie. Celles-ci présentent notamment les taux de découvertes histologiques fortuites des tissus issus de la cure de hernies inguinales (9 études), de circoncisions (4 études), de nymphoplasties (ou labioplasties, 1 étude) et de salpingectomies (2 études). Deux études ont évalué la sensibilité de l'examen anatomopathologique des tissus de conception issus d'une interruption volontaire de grossesse à identifier une anomalie - p. ex. échec de l'avortement ou avortement incomplet, grossesse ectopique. Une autre étude a évalué la capacité de l'examen anatomopathologique à confirmer une grossesse ectopique traitée chirurgicalement.

Cependant, aucune étude répondant aux critères de sélection établis ([tableau 2](#)) n'a été repérée pour les pièces chirurgicales suivantes :

- fragments de la paroi vaginale (plastie de rectocèle ou de cystocèle);
- dispositifs intra-utérins;
- corps étrangers;
- varicocèles;
- implants péniers;
- prothèses et dispositifs;
- calculs urinaires.

Une revue de la littérature a également permis de recenser des lignes directrices et des guides de pratique de sociétés savantes ou d'associations professionnelles uniquement pour la prise en charge de la circoncision chez l'enfant [Liebmann et Varma, 2019; Dave *et al.*, 2018], les interruptions volontaires de grossesse [NAF, 2020; Liebmann et Varma, 2019; Costescu et Guilbert, 2018; Lichtenberg et Paul, 2013; OMS, 2013; RCOG, 2011] et les salpingectomies [Walker *et al.*, 2015]. Les huit publications retenues sont les suivantes :

- *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, Organisation mondiale de la Santé [OMS, 2013];
- *Lignes directrices cliniques sur les soins en avortement*, National Abortion Federation [NAF, 2020];
- *SOGC clinical practice guideline. No. 360-Induced abortion: Surgical abortion and second trimester medical methods* [Costescu et Guilbert, 2018];
- *The care of women requesting induced abortion. Evidenced-based clinical guideline*, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG, 2011];
- *Society of Family Planning (SFP) clinical guidelines. Surgical abortion prior to seven weeks of gestation* [Lichtenberg et Paul, 2013];
- *Society of Gynecologic Oncology recommendations for the prevention of ovarian cancer* [Walker *et al.*, 2015];
- *Canadian Urological Association guideline on the care of the normal foreskin and neonatal circumcision in Canadian infants* [Dave *et al.*, 2018];
- *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 compris 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 Tissus de conception issus d'une interruption volontaire de grossesse (IVG)

Deux études transversales prospectives qui ont évalué l'utilité de l'analyse histologique des tissus de conception issus d'une interruption volontaire de grossesse ont été retenues [Paul *et al.*, 2002; Heath *et al.*, 2000] ([tableau 4](#)). Une description de ces études est présentée dans le document [Annexes complémentaires](#) [INESSS, 2021].

Une étude a comparé la sensibilité et la spécificité de l'examen des tissus de conception provenant d'une interruption volontaire de grossesse (n = 676) effectué par le chirurgien à celles de l'examen effectué par le pathologiste [Paul *et al.*, 2002]. La sensibilité était définie comme la capacité de l'examineur à identifier une issue anormale (c.-à-d. une issue autre qu'un avortement complet) et la spécificité comme la capacité à identifier un avortement complet. La sensibilité de l'examen du chirurgien à détecter une issue anormale était de 57 % contre 22 % pour le pathologiste ([tableau 4](#)). Une spécificité similaire a été observée entre l'examen des tissus réalisé par le chirurgien (88 %) et le pathologiste (90 %). La concordance entre les examens des chirurgiens et des pathologistes était de 83 % (coefficient kappa de 0,16, p = 0,00). Selon les auteurs de l'étude, même si l'efficacité de l'examen du chirurgien à prédire une issue anormale était faible, celle du pathologiste n'était pas supérieure.

Une seconde étude a évalué l'utilité de l'analyse anatomopathologique de routine des échantillons provenant, entre autres, d'interruptions volontaires de grossesse, dont 633 effectuées par aspiration chirurgicale et 391 par une méthode pharmacologique - administration de mifépristone par voie orale et de misoprostol par voie vaginale [Heath *et al.*, 2000]. Le rapport d'anatomopathologie rapportait une grossesse intra-utérine par la présence de tissu fœtal, de trophoblaste ou de villosités chorales, de la caduque et de l'endomètre sécrétoire. Une grossesse récente était confirmée par la présence de tissu de la caduque ou l'identification d'une réaction d'Arias-Stella. Cependant, l'examen ne permettait pas d'exclure la possibilité d'une grossesse ectopique.

Pour 95 % (601/633) des interruptions chirurgicales et 99 % (389/391) des interruptions pharmacologiques de grossesse, le rapport d'anatomopathologie rapportait la présence de tissus de conception ([tableau 4](#)). Cependant, deux femmes (0,33 %, 2/601) étaient toujours enceintes quatre semaines suivant la procédure d'interruption chirurgicale de grossesse. De même, deux femmes ont dû subir une procédure additionnelle à la suite d'un échec de la procédure d'interruption pharmacologique de la grossesse, soit une interruption chirurgicale de grossesse et une évacuation utérine d'urgence.

**Tableau 4 Capacité de l'analyse anatomopathologique à reconnaître une issue anormale suivant une interruption volontaire de grossesse (IVG)**

AUTEUR / ANNÉE / PAYS	POPULATION OU SPÉCIMENS, N	DIAGNOSTIC (%)	TAUX DE CONSTATS ANORMAUX
Paul <i>et al.</i> , 2002 États-Unis	Femmes qui ont subi une interruption chirurgicale volontaire (par aspiration) de grossesse, au cours des 6 premières semaines de gestation.  676 cas	Procédures non complétées (2 %)  Procédures incomplètes (0,6 %)  Grossesses ectopiques (0,3 %)	<u>Examen des tissus de conception par le chirurgien</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Environ 57 % des issues anormales ont été identifiées</li> <li>▪ Sensibilité : 57 % (IC95 % : 35 – 76)</li> <li>▪ Spécificité : 88 % (IC95 % : 85 – 91)</li> <li>▪ VPP : 14 % (IC95 % : 8 – 24)</li> <li>▪ VPN : 98 % (IC95 % : 97 – 99)</li> </ul> <u>Examen des tissus de conception par le pathologiste</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibilité : 22 % (IC95 % : 8 – 44)</li> <li>▪ Spécificité : 90 % (IC95 % : 88 – 93)</li> <li>▪ VPP : 7 % (IC95 % : 3 – 17)</li> <li>▪ VPN : 97 % (IC95 % : 95 – 98)</li> </ul> <u>Concordance des examens des chirurgiens et des pathologistes</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 83 % (coefficient kappa 0,16, p = 0,00)</li> </ul>
Heath <i>et al.</i> , 2000 Royaume-Uni	Femmes qui ont subi une interruption de grossesse durant le premier trimestre - jusqu'à 13 semaines pour une intervention chirurgicale et jusqu'à 9 semaines pour un avortement pharmacologique  633 interruptions chirurgicales par aspiration  391 interruptions pharmacologiques (par administration de mifépristone et de misoprostol)	Procédures non complétées (0,4 %)	<u>Résultats des procédures d'interruption chirurgicale de grossesse</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le rapport d'histologie rapportait des tissus de conception pour 601/633 (95 %) des cas.</li> <li>▪ Deux femmes étaient toujours enceintes 4 semaines suivant la procédure.</li> </ul> <u>Résultats des procédures d'interruption pharmacologique de grossesse</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le rapport d'histologie rapportait des tissus de conception pour 389/391 (99 %) des cas.</li> <li>▪ Deux femmes ont dû subir une procédure additionnelle suivant un échec de la procédure ou un avortement incomplet. Une d'elles a subi une interruption de grossesse chirurgicale et l'autre une évacuation utérine d'urgence.</li> </ul>

Sigles et abréviations : IC95 % : intervalle de confiance à 95 %; IVG : interruption volontaire de grossesse; N : nombre; VPN : valeur prédictive négative; VPP : valeur prédictive positive

Les résultats des deux études retenues suggèrent une faible utilité clinique de l'analyse anatomopathologique pour prédire un échec de l'avortement, un avortement incomplet, ou pour reconnaître une grossesse ectopique. Selon Paul et ses collaborateurs [2002], l'examen d'anatomopathologie de routine des tissus issus d'une interruption volontaire de grossesse ne procure pas d'avantages cliniques. Heath et ses collaborateurs [2000] soulignent que les obstétriciens qui pratiquent des interruptions volontaires de grossesse devraient être formés pour reconnaître une évacuation complète de l'utérus plutôt que de se fier au rapport de pathologie. Ils ajoutent qu'une analyse histologique des tissus de conception issus d'une interruption de grossesse est indiquée lorsqu'une quantité de tissu inférieure à celle attendue est prélevée, lorsque le tissu trophoblastique n'est pas identifié lors de la chirurgie ou en cas de suspicion d'une pathologie au cours de l'intervention [Heath *et al.*, 2000].

Il est à noter que seules deux études, portant sur un total de 1 700 cas, ont été retenues pour évaluer l'utilité clinique de l'examen d'anatomopathologie des tissus issus d'une interruption volontaire de grossesse [Paul *et al.*, 2002; Heath *et al.*, 2000]. Celles-ci rapportaient d'ailleurs un faible nombre de constats anormaux. De plus, le contexte de ces études qui portaient sur des interruptions de grossesse réalisées au cours des 6 [Paul *et al.*, 2002] ou 14 premières semaines de grossesse [Heath *et al.*, 2000] ne reflète pas entièrement le contexte québécois où les interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées jusqu'à 24 semaines, selon les établissements.

### **2.1.3 Tissus issus de grossesses ectopiques traitées chirurgicalement**

Seule une étude transversale rétrospective qui a évalué la capacité de l'analyse histologique à identifier une grossesse ectopique a été retenue [Farahani *et al.*, 2017]. Farahani et ses collaborateurs ont comparé les résultats de l'analyse histologique aux résultats de l'échographie et des observations peropératoires chez des femmes qui ont reçu un diagnostic de grossesse ectopique tubaire. Les résultats de l'échographie ont montré une grossesse ectopique pour 937 des 941 (99,6 %) cas présumés et l'analyse histologique a permis d'identifier des villosités chorales pour 878 de 922 (95,2 %) cas. Cinq femmes ont dû subir une seconde intervention chirurgicale pour une grossesse non résolue. Parmi celles-ci, un cas de grossesse ectopique s'est avéré être un résultat faux-positif à l'échographie et à la chirurgie puisqu'une grossesse controlatérale au côté du diagnostic initial a été confirmée lors du suivi. L'analyse histologique a confirmé la grossesse ectopique pour chacun des cinq cas suivant la seconde chirurgie. Pour les 39 autres cas sans confirmation histologique de grossesse ectopique, le niveau de gonadotrophine chorionique humaine a diminué et aucune autre intervention n'a été requise. Ainsi, l'analyse histologique n'a pas permis d'identifier de villosités chorales pour 4,2 % des grossesses ectopiques tubaires.

Les auteurs de l'étude recommandent que les résultats de l'analyse d'histologie soient examinés après une chirurgie pour une grossesse ectopique puisque les femmes avec un résultat négatif nécessitent un suivi afin de s'assurer que la grossesse est résolue et pour permettre une intervention rapide lorsque la grossesse se poursuit [Farahani *et al.*, 2017].

#### **2.1.4 Tissus issus de salpingectomie chez une population à faible risque pour le cancer de l'ovaire**

Deux études transversales qui ont évalué la prévalence d'anomalies histopathologiques chez des femmes à faible risque pour un cancer de l'ovaire qui ont eu recours à une salpingectomie opportuniste lors d'une chirurgie pour une indication bénigne ont été retenues [Chene *et al.*, 2018; Rabban *et al.*, 2014]. Les principales indications chirurgicales rapportées pour ces deux études étaient la présence de masses bénignes, de léiomyomes symptomatiques, de kystes, de prolapsus utérins et la ménorragie. Aucun cas de cancer n'a été identifié par l'analyse histologique des 100 cas de l'étude de Chene [2018]. L'étude de Rabban [2014] a montré que le tissu prélevé des fimbriae des trompes de Fallope était bénin pour 507 des 522 (97,1 %) cas. Un carcinome séreux tubaire intraépithélial a été identifié dans 4 (0,77 %) cas, dont 3 cas présumés de kystes ovariens bénins et une endométriose ovarienne. L'analyse histopathologique a aussi montré une prolifération de cellules muqueuses atypiques pour 11 (2,1 %) cas.

Chene et Rabban et leurs collaborateurs [2018; 2014] sont d'avis qu'une analyse histologique des trompes de Fallope devrait être effectuée même chez les femmes à faible risque pour un cancer de l'ovaire.

#### **2.1.5 Tissus issus de nymphoplasties**

Une seule étude qui a évalué les caractéristiques histopathologiques de tissus issus de nymphoplasties (ou labioplasties) a été retenue [Barrett et Carlson, 2014]. Barrett et Carlson ont décrit les caractéristiques cliniques et histopathologiques de 31 personnes avec une hypertrophie des petites lèvres qui ont eu recours à la nymphoplastie pour l'exérèse de tissu d'apparence cliniquement normale. Les résultats de l'analyse histologique ont montré des signes de lymphœdème dans 100 % des cas, mais aucun cas de cancer occulte n'a été identifié.

Basé sur cette étude qui compte un très faible nombre de cas, il n'est pas possible de tirer de conclusion sur l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique des tissus issus de nymphoplasties pour des indications bénignes [Barrett et Carlson, 2014].

#### **2.1.6 Prépuces issus d'une circoncision**

Quatre études rétrospectives, dont trois études transversales et une étude de cohortes, qui ont évalué l'utilité clinique de l'analyse histologique de prépuces suivant une circoncision ont été retenues [Kerr *et al.*, 2020; Shah *et al.*, 2015; McSorley et Nigam, 2011; Pearce et Payne, 2002]. Une description de ces études est présentée dans le document [Annexes complémentaires](#) [INESSS, 2021].

Les études de Kerr et de Shah et leurs collaborateurs [2020; 2015] portaient sur des adultes et les études de McSorley et Nigam et de Pearce et Payne [2011; 2002] sur une population mixte (adulte et pédiatrique). Les indications de circoncision les plus fréquentes étaient un phimosis ou un paraphimosis, un lichen scléreux (*balanitis xerotica obliterans*) ou une balanite. Un seul cas (1/101) de découverte fortuite cliniquement

significatif a été observé dans l'étude de Shah [2015] ([tableau 5](#)). Il s'agit d'un cas de carcinome chez un patient à haut risque, séropositif pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), dont la lésion n'était pas apparente à l'examen visuel fait par le chirurgien. L'étude de Pearce et Payne [2002] a montré une concordance de 83 % entre le diagnostic préopératoire et le diagnostic résultant de l'analyse histologique ([tableau 5](#)). Une concordance de 92 % et de 84 % entre le diagnostic préopératoire et histologique pour un lichen scléreux a été observée dans les études de Kerr [2020] et McSorley et Nigam [2011], respectivement. Toutefois, aucune modification de la prise en charge des personnes n'a été rapportée suivant l'obtention des résultats de l'analyse histologique pour ces études.

**Tableau 5 Comparaison des diagnostics cliniques et histopathologiques des personnes qui ont subi une circoncision**

AUTEUR / ANNÉE / PAYS	POPULATION OU SPÉCIMENS, N	DIAGNOSTIC OU INDICATION CLINIQUE (%)	TAUX DE CONSTATS ANORMAUX	
			NON SIGNIFICATIFS	SIGNIFICATIFS
Kerr <i>et al.</i> , 2020 Royaume-Uni	Adulte 359 cas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lichen scléreux (39,3 %)</li> <li>▪ Inflammation bénigne (12,5 %)</li> <li>▪ Kyste d'inclusion (0,6 %)</li> <li>▪ Phimosis (40,9 %)</li> <li>▪ Lésion suspecte (1,7 %)</li> <li>▪ Carcinome épidermoïde (1,7 %)</li> <li>▪ Verrue virale (0,6 %)</li> </ul>	8 % <sup>1</sup>	0 %
Shah <i>et al.</i> , 2015 États-Unis	Adulte (≥ 18 ans) <sup>2</sup> 101 cas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Phimosis/paraphimosis (53 %)</li> <li>▪ Douleur lors de relations (8 %)</li> <li>▪ Difficulté à uriner (11 %)</li> <li>▪ Chirurgie électorive (8 %)</li> <li>▪ Douleur/inconfort (6 %)</li> <li>▪ Saignement/irritation/œdème (5 %)</li> <li>▪ Balanite (3 %)</li> <li>▪ Infection récurrente (2 %)</li> <li>▪ Chirurgie dermatologique/esthétique (2 %)</li> <li>▪ Maladie de la Peyronie (1 %)</li> <li>▪ Réduction du risque de cancer (1 %)</li> </ul>	s. o.	1 % (carcinome, patient à risque élevé)
McSorley et Nigam, 2011 Royaume-Uni	Adulte et pédiatrique 114 cas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lichen scléreux (27 %)<sup>3</sup></li> <li>▪ Carcinome épidermoïde (2,6 %)<sup>4</sup></li> </ul>	29,8 %	0 %
Pearce et Payne, 2002 Royaume-Uni	Adulte et pédiatrique 81 cas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Balanite</li> <li>▪ Maladie de Bowen</li> <li>▪ <i>Balanitis xerotica obliterans</i></li> <li>▪ Carcinome<sup>5</sup></li> <li>▪ Corporoplastie</li> <li>▪ Paraphimosis</li> <li>▪ Phimosis</li> <li>▪ Trauma</li> <li>▪ Verrue</li> </ul>	17 % (diagnostic postopératoire différent du diagnostic préopératoire)	0 %

Abréviations : N : nombre; s. o. : sans objet.

<sup>1</sup> Au total, 92 % des cas de lichen scléreux avaient été diagnostiqués avant l'intervention chirurgicale.

<sup>2</sup> Les cas soupçonnés de cancer ont été exclus de cette étude.

<sup>3</sup> De ces 31 cas de lichen scléreux, 26 (84 %) étaient soupçonnés cliniquement.

<sup>4</sup> Ces cas ont été diagnostiqués avant l'intervention chirurgicale.

<sup>5</sup> Des 4 carcinomes identifiés en histologie, 2 avaient été diagnostiqués avant l'intervention, un était soupçonné d'être un *balanitis xerotica obliterans* (BXO) et l'autre était soupçonné d'être lié à la maladie de Bowen.

Selon les auteurs de trois des quatre études retenues, une analyse histologique du prépuce n'est pas requise pour les patients chez qui un cancer n'est pas soupçonné [Kerr *et al.*, 2020; Shah *et al.*, 2015; McSorley et Nigam, 2011]. McSorley et Nigam proposent cependant de procéder à une analyse histologique dans le cas des personnes chez qui un lichen scléreux est présumé.

Il est à noter que seulement une étude de cohortes et trois études transversales ont été retenues, qui ont évalué l'utilité clinique de l'examen histologique des tissus issus de la circoncision. De plus, ces études possèdent certaines limites. D'abord elles ont été effectuées dans un seul centre, et trois d'entre elles peuvent être sujettes à un biais de sélection, puisque ce ne sont pas tous les prépuces qui ont été soumis à une analyse histologique : 77 % pour l'étude de Kerr, 69 % pour l'étude de Shah et 20 % pour l'étude de Pearce et Payne. Aucune étude portant uniquement sur une population pédiatrique n'a été recensée.

### **2.1.7 Sacs herniaires inguinaux, hydrocèles et spermatozoïdes**

Neuf études rétrospectives qui ont évalué l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique des tissus de sacs herniaires inguinaux, d'hydrocèles et de spermatozoïdes ont été retenues [Arispe Angulo *et al.*, 2020; Kazerouni *et al.*, 2020; Lee *et al.*, 2020; Shah *et al.*, 2014; Kim *et al.*, 2011; Miller *et al.*, 2003; 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].

Afin d'évaluer le risque de ne pas repérer une maladie occulte par l'omission d'un examen anatomopathologique pour 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 été préalablement observées par le chirurgien - qui auraient donc fait l'objet d'une analyse anatomopathologique à la demande du chirurgien. Pour les cures de hernies inguinales, le taux de découvertes non cliniquement significatives à l'analyse anatomopathologique varie de 0,15 % 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'un cancer est considérée comme cliniquement significative.

Ces observations varient de 0 % à 0,88 % selon les études ([tableau 6](#)). Dans une étude portant uniquement sur la chirurgie d'hydrocèles ou de spermatoécèles, aucune anomalie n'a été identifiée à l'examen macroscopique ou histologique des tissus [Shah *et al.*, 2014].

**Tableau 6 Découvertes histologiques fortuites identifiées à partir de sacs herniaires inguinaux, d'hydrocèles et de spermatoécèles**

AUTEUR / ANNÉE PAYS	POPULATION OU SPÉCIMENS, N	DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE (%)	TAUX DE CONSTATS ANORMAUX	
			NON SIGNIFICATIFS	SIGNIFICATIFS
Kazerouni <i>et al.</i> , 2020 Canada	1 618 prélèvements	Ganglion lymphatique (1 %), tissus d'intestins (0,9 %), canal déférent (0,4 %), appendice (0,2 %), vestiges du cortex surrénal (0,1 %), tissu de la vessie (0,06 %), endométriose (0,06 %), hématome (0,06 %), cryptorchidie (0,06 %), corps de psammoma (0,06 %), néoplasies (0,9 %), cancer (0,06 %)	3,8 %	0,06 % <sup>1</sup>
Lee <i>et al.</i> , 2020 Canada	Pédiatrique ≤ 18 ans 531 prélèvements 505 sacs herniaires 21 sacs d'hydrocèles 5 sacs herniaires et d'hydrocèles	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 %	0,2 % <sup>2</sup>
Arispe Angulo <i>et al.</i> , 2020 États-Unis	Adulte 75 prélèvements	s. o.	s. o.	0 %
Shah <i>et al.</i> , 2014 États-Unis	Adulte (≥ 18 ans) 102 cas d'hydrocèles 57 cas de spermatoécèles	98/102 hydrocèles normaux en histologie 4/102 hydrocèles normales à l'examen macroscopique 57/57 spermatoécèles normaux	0 %	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 (0,03 %)	6,9 %	0,063 % <sup>3</sup>
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 OU SPÉCIMENS, N	DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE (%)	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 défèrent (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 % <sup>2</sup>	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 défèrent (0,13 %) <sup>3</sup> , fibrose (0,13 %), réactivité mésothéliale (0,13 %)	5 %	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; s. o. : sans objet

<sup>1</sup> Un cas de PEComa et un liposarcome n'avaient pas été soupçonnés avant l'analyse histologique.

<sup>2</sup> Les résultats du rapport d'histologie n'ont eu aucune incidence sur la prise en charge de ces personnes.

<sup>3</sup> Pour les cas qui ont révélé la présence de tissu du canal défèrent ou de type épидидyme, l'anomalie était déjà soupçonnée 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, d'hydrocèles ou de spermatoécèles. 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 dans cette étude. L'identification de tissu de l'épididyme ou du canal défèrent aurait peu d'impact sur la prise en charge immédiate du patient, puisque la réparation du canal défèrent chez l'enfant est difficile. De ce fait, la réponse clinique à une rupture du canal défèrent 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'un dommage iatrogène au canal défèrent, Partrick et ses collaborateurs [1998] recommandent tout de même de soumettre le sac herniaire à un examen anatomopathologique pour obtenir une confirmation.

Les études primaires retenues qui ont évalué l'utilité clinique de l'examen anatomopathologique de sacs herniaires, d'hydrocèles ou de spermatoécèles comportent des limites méthodologiques par leur modèle qui porte sur des études rétrospectives effectuées dans un seul centre. De plus, un biais de sélection potentiel pourrait être attribué aux études de Wenner, Lee, Kassan et Shah et leurs collaborateurs, puisque seulement 6,7 %, 38 %, 76 % et 51 % (pour les hydrocèles) des prélèvements ont été analysés en histologie, respectivement [2020; 2014; 1998; 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 pour les prélèvements qui proviennent de la cure de hernies inguinales lorsqu'un examen macroscopique est fait par le chirurgien.

## **2.2 Modalités de transmission des prélèvements chirurgicaux**

### **2.2.1 Sélection et description des documents retenus**

La recherche documentaire a permis de repérer huit documents comportant des positions ou recommandations portant sur les modalités de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse [NAF, 2020; Liebmann et Varma, 2019; Costescu et Guilbert, 2018; Dave *et al.*, 2018; Walker *et al.*, 2015; Lichtenberg et Paul, 2013; OMS, 2013; RCOG, 2011].

De plus, 13 documents comportant 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, 2012; 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 sources documentaires est présentée dans le document [Annexes complémentaires](#) [INESSS, 2021].

### **2.2.2 Positions et recommandations issues de la littérature**

#### **2.2.2.1 Tissus de conception issus d'une interruption volontaire de grossesse**

Selon tous les documents retenus portant sur les interruptions volontaires de grossesse, un examen anatomopathologique de routine n'est pas indiqué pour les interruptions volontaires de grossesse d'évolution normale [NAF, 2020; Liebmann et Varma, 2019; Costescu et Guilbert, 2018; Lichtenberg et Paul, 2013; OMS, 2013; RCOG, 2011]. Toutefois, les organisations qui ont publié ces documents (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Royal College of Pathologists, National Abortion Federation, Organisation mondiale de la Santé et Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) soulignent l'importance de l'examen visuel du contenu utérin suivant l'avortement.

Pour sa part, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada précise qu'une analyse histologique des produits de la conception doit être réalisée lorsqu'une néoplasie trophoblastique gestationnelle ou une grossesse ectopique est soupçonnée [Costescu et Guilbert, 2018]. Selon la National Abortion Federation, l'interruption volontaire de grossesse doit être confirmée et un examen du contenu utérin doit être effectué avant que la patiente ne quitte l'établissement [NAF, 2020].

#### **2.2.2.2 Grossesse ectopique**

Seule une recommandation de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) concernant l'examen anatomopathologique des tissus provenant de grossesse ectopique a été repérée [Costescu et Guilbert, 2018]. Selon la SOGC, un examen histopathologique devrait être effectué lorsqu'une grossesse ectopique est soupçonnée.

#### **2.2.2.3 Tissus issus de salpingectomies dans une population à faible risque pour un cancer de l'ovaire**

La Society of Gynecologic Oncology recommande que la fimbria des trompes de Fallope des femmes à faible risque pour un cancer qui ont recours à une salpingectomie soit soumise à une analyse microscopique [Walker *et al.*, 2015].

#### **2.2.2.4 Prépuces**

Deux documents de lignes directrices portant sur la circoncision chez les jeunes ont été repérés [Liebmann et Varma, 2019; Dave *et al.*, 2018]. Selon le Royal College of Pathologists, les prépuces de jeunes personnes qui ne présentent aucune évidence d'anomalie requièrent un examen macroscopique seulement [Liebmann et Varma, 2019]. Bien qu'aucune recommandation spécifique concernant l'examen anatomopathologique des tissus provenant de la circoncision n'ait été formulée par l'Association des urologues du Canada (AUC), l'Association suggère de soumettre les spécimens issus de la circoncision à une analyse histologique de routine, puisque le diagnostic de *balanitis xerotica obliterans* ne corrèle pas nécessairement avec une suspicion clinique [Dave *et al.*, 2018].

#### **2.2.2.5 Autres prélèvements chirurgicaux issus de la chirurgie en obstétrique-gynécologie ou en urologie**

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

- correction de rectocèle ou de cystocèle;
- plastie des lèvres;
- dispositifs intra-utérins;
- corps étrangers;

- sacs herniaires, hydrocèles, spermatoécèles;
- varicocèles;
- implants péniliens;
- prothèses et dispositifs;
- calculs urinaires<sup>18</sup>.

## 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 du Québec* (RLRQ, chapitre S-5, r. 5)<sup>19</sup> prévoit que « lorsqu'il y a un 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 postopératoire, la nature et la provenance du spécimen et tout autre renseignement clinique pertinent [CMQ, 2005].

---

<sup>18</sup> Seuls des documents abordant l'analyse biochimique des calculs urinaires ont été repérés.

<sup>19</sup> 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 un 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/>.

### **2.2.3.2 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.

### **2.2.3.3 Interruptions volontaires de grossesse au Québec**

Des lignes directrices relatives à l'interruption de grossesse ont été élaborées par le Collège des médecins du Québec [CMQ, 2012]. Les lignes directrices prévoient qu'un examen macroscopique par transillumination des tissus obtenus après le tamisage des tissus aspirés doit être effectué par le médecin qui pratique l'interruption volontaire de grossesse de façon à confirmer qu'il s'agit bien d'une grossesse intra-utérine et que l'évacuation est complète. Le Collège des médecins précise qu'une note à cet égard doit être inscrite au dossier. Il souligne également que les tissus obtenus de l'interruption volontaire de grossesse doivent être envoyés au laboratoire d'anatomopathologie pour examen. Advenant un résultat de l'examen macroscopique jugé insatisfaisant (p. ex. apparence anormale du sac gestationnel ou des villosités chorales, discordances avec le stade attendu ou autre anomalie), le médecin doit obtenir, dans les meilleurs délais, le rapport de pathologie confirmant la présence de villosités chorales.

### **2.2.3.4 Situation actuelle au Québec concernant les pratiques de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie**

Afin d'obtenir de l'information sur les pratiques de transmission des prélèvements chirurgicaux de l'ensemble des spécialités chirurgicales et sur 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 peuvent 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 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 de transmission systématique vers l'anatomopathologie, la Saskatchewan Health Authority (SHA) 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 (IHLS) de la Colombie-Britannique précise que l'examen pathologique, macroscopique avec ou sans examen microscopique, est effectué lorsque l'examen 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 médicolégale [IHLS, 2018].

Par ailleurs, ces entités gouvernementales précisent que des analyses anatomopathologiques (macroscopiques et microscopiques) 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'examens transmise avec 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 (DSM), 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 à l'examen anatomopathologique afin de permettre des exceptions à l'envoi obligatoire au laboratoire selon les trois conditions suivantes [JCAHO, 1991]<sup>20</sup> :

- 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 utilisé; 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 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

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

- 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 indiqués comme exemptions doivent être soumis au service de pathologie pour examen;
- la politique 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;
- 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.

---

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

Le College of American Pathologists suggère d'ailleurs l'élaboration de deux listes, soit une liste d'exemptions de la transmission systématique et une liste d'exemptions de l'examen microscopique. Selon le Collège, l'élaboration de telles listes devrait prendre en considération les besoins du personnel soignant en matière de diagnostic clinique 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 et 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 des parties prenantes**

### **2.2.5.1 Utilité de la transmission et de l'examen anatomopathologique des produits et prélèvements chirurgicaux**

De l'avis de certains experts consultés, le rapport d'anatomopathologie est, comme les résultats d'autres tests réalisés en biologie médicale, un outil mis à la disposition des cliniciens et de leurs patients pour définir le plus précisément possible une maladie ou une condition médicale donnée. En effet, 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 n'a 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 afin de préciser le diagnostic ou d'éliminer un doute persistant. 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, ne serait donc pas pertinent dans certaines circonstances et constituerait 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.

Par ailleurs, certains éléments associés à l'exhaustivité et à la pérennité des listes de transmission sélective élaborées ont été soulevés par les parties prenantes consultées. En effet, il y a un risque à dresser des listes dans le contexte d'une pratique qui évolue. Cependant, comme les listes ne se substituent pas au jugement du clinicien, ce dernier pourrait justifier l'écart au regard de la norme par de nouvelles connaissances scientifiques ou cliniques ou encore des pratiques usuelles ou évolutives de sa spécialité. Il est attendu qu'un ajustement des listes sera éventuellement nécessaire si des cas de pathologies cliniquement significatives devaient survenir après la mise en œuvre des recommandations.

#### **2.2.5.2 Documentation des procédures chirurgicales et des prélèvements non transmis au laboratoire d'anatomopathologie**

Bien que la documentation du devenir du prélèvement chirurgical et, le cas échéant, de l'examen anatomopathologique soit jugé déterminant par les parties prenantes consultées, des réticences relatives à l'implantation de modalités de documentation supplémentaires ont été exprimées. Selon la norme professionnelle en vigueur, la décision d'envoyer ou non les prélèvements chirurgicaux au laboratoire doit être documentée au protocole et aux notes opératoires dans le dossier du patient. L'ajout d'un formulaire standardisé qui permettrait de documenter le retrait, l'apparence (normalité ou anomalie observée) et l'omission de l'envoi de la pièce chirurgicale au laboratoire d'anatomopathologie risque d'être un frein à l'acceptabilité et à l'applicabilité de la mesure. Un moyen non contraignant, qui entraînerait un minimum de travail pour les chirurgiens et témoignerait de l'exercice du jugement clinique relatif au non-envoi au laboratoire d'un spécimen, inscrit sur la liste ou non, est souhaitable pour atteindre l'objectif des travaux, soit la diminution du nombre des envois de spécimens dont l'examen anatomopathologique est peu susceptible de fournir une information utile à la prise en charge du patient.

## 2.3 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 professionnelles, 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 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'audit 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 été proposé par des experts et parties prenantes de consulter l'Association canadienne de protection médicale<sup>21</sup>. 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'INESSS. 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<sup>22</sup> 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.

---

<sup>21</sup> 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>.

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

Soulignons que les experts et parties prenantes consultés ont réitéré l'importance d'élaborer les listes de transmission sélective sur la base de preuves scientifiques et non en fonction de la peur de poursuites judiciaires potentielles. Qui plus est, les experts sont d'avis que les prélèvements inscrits sur les listes sont à très faible risque pour le patient. Les notes opératoires et le témoignage d'autres personnes présentes lors de l'intervention peuvent servir de preuves en cas de litige.

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

## **2.5 Consultations 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 l'obstétrique-gynécologie et de l'urologie, 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. Par ailleurs, les différents libellés repérés dans la littérature ont été contextualisés au Québec par les experts qui, selon leur expérience, jugeaient pertinent de regrouper certains échantillons sous une même appellation ou d'en éliminer.

Sur les 13 prélèvements associés à la chirurgie en obstétrique-gynécologie et en urologie recensés lors de la recherche de l'information scientifique et grise, les experts consultés se sont entendus, par consensus, sur 10 libellés représentant les produits et pièces chirurgicaux qui pourraient être indiqués sur une liste de transmission sélective au

laboratoire d'anatomopathologie ([tableau 7](#)). Certains prélèvements ont été regroupés sous des libellés plus généraux. Notamment, le comité a jugé que les dispositifs intra-utérins, les corps étrangers et les implants péniers pouvaient être inclus dans le libellé *Prothèses, dispositifs et corps étrangers de la sphère génito-urinaire*. À la demande du comité, le libellé *Cicatrice d'allure normale*, qui comprend les cicatrices de césarienne, a été ajouté à la liste de transmission sélective.

Des obstétriciens-gynécologues et anatomopathologistes formant le comité, ont souligné que, en se basant sur la littérature et l'expérience clinique, l'examen anatomopathologique des tissus aspirés à l'occasion d'une interruption volontaire de grossesse ne permet pas de confirmer que l'évacuation est complétée, d'où l'importance d'un examen macroscopique minutieux effectué par le médecin après l'intervention. D'ailleurs, les techniques d'imagerie médicale (p. ex. échographie) sont régulièrement utilisées dans le diagnostic pré et postopératoire des procédures d'interruption de grossesse et elles constituent des outils plus efficaces que l'examen anatomopathologique dans la prise en charge médicale des patientes. Le comité a aussi souligné qu'il est difficile de traiter en urgence les prélèvements issus des interruptions volontaires de grossesse dans les laboratoires d'anatomopathologie. Ainsi, l'obtention d'un rapport spécifiant l'observation de villosités choriales quelques semaines suivant la procédure a peu d'utilité, puisque la patiente doit être prise en charge rapidement si une évacuation incomplète ou une grossesse ectopique est soupçonnée. Les experts ont également mentionné que, dans le cas d'une môle hydatiforme, l'évolution de la grossesse est rarement normale, ce qui constituerait une indication pour une analyse anatomopathologique.

Concernant les spécimens de prépuces, le comité consultatif a souligné que chez l'adulte, la circoncision est pratiquée pour une indication précise et que, dans ces circonstances, les prépuces ne sont généralement pas d'apparence normale. Les prépuces de nouveau-nés, pour leur part, ne sont habituellement pas prélevés dans les hôpitaux. Le comité a aussi affirmé que les cas de *balanitis xerotica obliterans* pré-néoplasiques sont rares. Selon le comité, la transmission sélective de prépuces au laboratoire d'anatomopathologie s'appliquerait à un faible nombre de patients avec un paraphimosis et dont le prépuce est autrement d'apparence normale. Cependant, à la demande de certains experts du comité de suivi, les prépuces d'adultes ont été retirés de la liste de transmission sélective en raison d'un risque de néoplasie.

Les experts du comité consultatif ont souligné qu'il arrive d'identifier un liposarcome à même le tissu grasseux associé au sac herniaire. Ainsi, la présence d'un composant grasseux au sac herniaire devrait faire l'objet d'un examen anatomopathologique. Les sacs herniaires inguinaux ont cependant été retirés de la liste de transmission sélective puisque, certains 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.

Au regard des calculs urinaires, des pathologistes membres du comité consultatif ont souligné qu'il arrive qu'ils soient transmis au laboratoire d'anatomopathologie, mais seulement pour en documenter la taille. Les calculs urinaires sont plutôt analysés au laboratoire de biochimie pour déterminer leur composition.

À l'occasion du processus de validation externe, de nouveaux prélèvements chirurgicaux ont été proposés pour lesquels l'utilité de l'examen anatomopathologique était remise en question. Une revue de la littérature a été réalisée pour évaluer ces prélèvements. Parmi ces prélèvements, les tissus issus de plasties des grandes lèvres ont été inclus à la liste de transmission sélective. Cependant, des experts ont souligné que les tissus issus de grossesses ectopiques devraient être analysés en anatomopathologie comme recommandé par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Les tissus issus de salpingectomies opportunistes chez les femmes à faible risque de cancer des ovaires n'ont pas été inclus dans la liste de transmission sélective en anatomopathologie en raison des conséquences potentiellement sérieuses si une néoplasie n'était pas repérée, et ce, malgré une faible incidence.

**Tableau 7 Prélèvements chirurgicaux, issus de l'obstétrique-gynécologie et de l'urologie qui peuvent être considérés pour une transmission sélective au laboratoire d'anatomopathologie**

<b>Obstétrique-gynécologie</b>
Tissus de conception issus d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) d'évolution normale
Tissus de correction de rectocèle ou de cystocèle
Tissus issus de plasties des lèvres
<b>Urologie</b>
Prépuces d'apparence normale – nouveau-nés et enfants
Hydrocèles
Spermatocèles
Varicocèles
Calculs urinaires
<b>Général</b>
Prothèses, dispositifs et corps étrangers de la sphère génito-urinaire
Cicatrices d'allure normale

## DISCUSSION

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 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 concernée 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 en obstétrique-gynécologie et en urologie.

### 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 difficile de les estimer. Cela s'explique principalement par l'incapacité à quantifier le volume des actes concernés par les changements de pratique souhaités ainsi que par les pratiques très hétérogènes entre 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 primaires 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 deux 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.

## CONCLUSION

Les recommandations formulées dans la section qui suit concernant la transmission sélective en anatomopathologie de certaines pièces chirurgicales issues de la pratique de l'obstétrique-gynécologie et de l'urologie 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 les autres instances responsables de la qualité des soins sera requise pour faciliter les changements et assurer la gestion optimale des risques ainsi que la qualité de l'acte médical.

# 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 difficile 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.

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 l'obstétrique-gynécologie et l'urologie. 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 en 2026.

## RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS CHIRURGICAUX AU LABORATOIRE D'ANATOMOPATHOLOGIE <sup>23</sup>

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

Pour être transmis de façon sélective, un prélèvement devrait :

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

Tous les spécimens chirurgicaux (organes, tissus, appareils, dispositifs médicaux, corps étrangers) non transmis au département d'anatomopathologie doivent faire l'objet d'un examen visuel par le chirurgien, et ce, afin de confirmer que la pièce ne présente pas d'anomalie inattendue et que les observations pré et peropératoires sont conformes aux attentes<sup>24, 25</sup>.

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<sup>24, 26</sup>.

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.

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 anatomopathologiques<sup>27</sup>.

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

<sup>24</sup> « 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].

<sup>25</sup> 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>.

<sup>26</sup> « 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].

<sup>27</sup> « 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 L'OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE ET L'UROLOGIE

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

! Cette liste ne se substitue pas au jugement du clinicien

### Obstétrique-gynécologie

- Tissus de conception issus d'interruption volontaire de grossesse (IVG) d'évolution normale
- Tissus de correction de rectocèle ou de cystocèle
- Tissus issus de plasties des lèvres

### Urologie

- Prépuces d'apparence normale – nouveau-nés et enfants
- Hydrocèles
- Spermatocèles
- Varicocèles
- Calculs urinaires

### Obstétrique-gynécologie et urologie

- Prothèses, dispositifs et corps étrangers de la sphère génito-urinaire
- Cicatrices d'allure normale

## 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 le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, les directeurs des services professionnels, les codirecteurs OPTILAB et autres instances responsables de la qualité. Cette démarche devrait prévoir le développement et l'implantation d'un processus permettant de mesurer la conformité aux recommandations et la qualité de la pratique.
- NOUVEAU (2023) : Une modalité de documentation des raisons du non-envoi au laboratoire d'anatomopathologie de la pièce chirurgicale, qu'elle soit ou non inscrite à la liste, pourrait être envisagée au sein des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux. Cette modalité, qui devrait demeurer simple et rapide, témoignerait de l'exercice du jugement clinique.

- Une démarche de révision et de normalisation de la codification des actes médicaux et des analyses d'anatomopathologie devrait être 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](http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP40-119-2014-fra.pdf).
- 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.
- Barrett MM et Carlson JA. A clinicopathologic study of labia minora hypertrophy: Signs of localized lymphedema were universal. J Low Genit Tract Dis 2014;18(1):13-20.
- 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.
- Chene G, Urvoas S, Moret S, Nadaud B, Buenerd A, Chabert P, et al. Opportunistic salpingectomy at the time of benign laparoscopic hysterectomy: Assessment of possible complications and histopathological p53-signatures. Geburtshilfe Frauenheilkd 2018;78(6):605-11.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). L'interruption volontaire de grossesse. Lignes directrices. Montréal, Qc : CMQ; 2012. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2012-09-01-fr-interruption-volontaire-de-grossesse.pdf>.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). Procédures et interventions en milieu extrahospitalier. Guide d'exercice. Montréal, Qc : CMQ; 2011. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2011-08-01-fr-procedures-interventions-milieu-extrahospitalier.pdf>.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Guide d'exercice. Montréal, Qc : CMQ; 2005. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2005-12-01-fr-tenue-des-dossiers-par-medecin-en-centre-hospitalier-de-soins-generaux-et-specialises.pdf>.
- College of American Pathologists (CAP). Surgical specimens to be submitted to pathology for examination (*la version révisée en 2012 et réaffirmée en 2018 par le CAP a été transmise à l'INESSS le 30 novembre 2018*). Northfield, IL : CAP; 2007. Disponible à : [https://web.archive.org/web/20211206235155/https://webapps.cap.org/apps/docs/laboratory\\_accreditation/build/pdf/surgical\\_specimens.pdf](https://web.archive.org/web/20211206235155/https://webapps.cap.org/apps/docs/laboratory_accreditation/build/pdf/surgical_specimens.pdf).

- Costescu D et Guilbert E. No. 360-Induced abortion: Surgical abortion and second trimester medical methods. *J Obstet Gynaecol Can* 2018;40(6):750-83.
- Dave S, Afshar K, Braga LH, Anderson P. Canadian Urological Association guideline on the care of the normal foreskin and neonatal circumcision in Canadian infants (full version). *Can Urol Assoc J* 2018;12(2):E76-E99.
- Diagnostic Services Manitoba (DSM). Unnecessary pathology – Tissues for disposal. Clinical Practice Change. Winnipeg, MB : DSM; 2017. Disponible à : <https://choosingwiselymanitoba.ca/wp-content/uploads/2018/10/Tissues-for-Disposal-Clinical-Practice-Changes-November-2017.pdf>.
- Duke Department of Pathology (Duke Pathology). Tissue medical devices exceptions list. Durham, NC : Duke University School of Medicine; 2013. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20191114231422/https://pathology.duke.edu/sites/pathology.duke.edu/files/SurgPath-Tissue%20Exceptions%20attachment.pdf>.
- Farahani L, Sinha A, Lloyd J, Islam M, Ross JA. Negative histology with surgically treated tubal ectopic pregnancies – A retrospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;213:98-101.
- 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.
- Heath V, Chadwick V, Cooke I, Manek S, MacKenzie IZ. Should tissue from pregnancy termination and uterine evacuation routinely be examined histologically? *BJOG* 2000;107(6):727-30.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Annexes complémentaires – Pertinence et indications de transmission des prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie : la chirurgie obstétrique-gynécologie et l'urologie. Québec, Qc : INESSS; 2021. Disponible à : [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage\\_optimal/INESSS\\_Patho\\_obs\\_gyn\\_urologie\\_annexes.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/INESSS_Patho_obs_gyn_urologie_annexes.pdf).
- Interior Health Laboratory Service (IHLS). Tissues exempt from pathological examination policy. IH Anatomical Pathology. Kelowna, BC : IHLS; 2022. Disponible à : <https://iha.labqms.com/labFrame.asp?DID=5454&Sch=T>.
- 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.
- Kerr L, Hendry J, Crookshanks A, Taylor J. Does routine histology alter management post circumcision? *J Clin Urol* 2020;13(4):279-82.

- 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.
- 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.
- Lichtenberg ES et Paul M. Surgical abortion prior to 7 weeks of gestation. *Contraception* 2013;88(1):7-17.
- 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>.
- McSorley A et Nigam AK. Is routine histology necessary in circumcision? *Br J Med Surg Urol* 2011;4(4):148-51.
- 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.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med* 2009;6(7):e1000097.
- National Abortion Federation (NAF). Lignes directrices cliniques sur les soins en avortement. Washington, DC : NAF; 2020. Disponible à : <https://prochoice.org/wp-content/uploads/2020-Lignes-directrices-cliniques-sur-les-soins-en-avortement.pdf>.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. 2<sup>e</sup> éd. Genève, Suisse : OMS; 2013. Disponible à : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433_fre.pdf).
- 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.
- Paul M, Lackie E, Mitchell C, Rogers A, Fox M. Is pathology examination useful after early surgical abortion? *Obstet Gynecol* 2002;99(4):567-71.

- Pearce I et Payne SR. Do men having routine circumcision need histological confirmation of the cause of their phimosis or postoperative follow-up? *Ann R Coll Surg Engl* 2002;84(5):325-7.
- Rabban JT, Garg K, Crawford B, Chen LM, Zaloudek CJ. Early detection of high-grade tubal serous carcinoma in women at low risk for hereditary breast and ovarian cancer syndrome by systematic examination of fallopian tubes incidentally removed during benign surgery. *Am J Surg Pathol* 2014;38(6):729-42.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. Londres, Angleterre : RCOG; 2011. Disponible à : [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline\\_web\\_1.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf).
- 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](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).
- Shah VS, Jung NL, Lee DK, Nepple KG. Does routine pathology analysis of adult circumcision tissue identify penile cancer? *Urology* 2015;85(6):1431-4.
- Shah VS, Nepple KG, Lee DK. Routine pathology evaluation of hydrocele and spermatocele specimens is associated with significant costs and no identifiable benefit. *J Urol* 2014;192(4):1179-82.
- Tyndall J. AACODS Checklist. Adelaïde, Australie : Flinders University; 2010.
- 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](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.
- Walker JL, Powell CB, Chen LM, Carter J, Bae Jump VL, Parker LP, et al. Society of Gynecologic Oncology recommendations for the prevention of ovarian cancer. *Cancer* 2015;121(13):2108-20.
- 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.

# 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, allemand	
Dernière mise à jour : février 2021	
#1	((surgery[sh] OR surgeon*[tiab] OR surgical*[tw] 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]) AND (urolog*[tiab] OR gynecolog*[tiab] OR obstetric*[tiab] OR scrotal[tiab])) OR hydrocelectom*[tiab] OR spermatocelectom*[tiab] OR laparoscop*[tiab] OR herniorraph*[tiab] OR circumcision*[tiab]
#2	patholog*[ti] OR anatomopatholog*[ti] OR histolog*[ti] OR laborator*[ti] OR histopatholog*[ti] OR gross*[ti] OR microscop*[ti] OR macroscop*[ti]
#3	normal foreskin[tiab] OR prepuce*[tiab] OR hydrocele*[tiab] OR spermatocele*[tiab] OR orchiopex*[tiab] OR rectocele*[tiab] OR cystocele*[tiab] OR (inguinal[tiab] AND (hernia sac*[tiab] OR hernial sac*[tiab])) OR vaginal foreign bod*[tiab] OR vaginal wall[tiab] OR vaginal mucosa[tiab] OR vulvar skin*[tiab] OR intrauterine contraceptive*[tiab] OR pregnancy terminat*[tiab] OR fetal[tiab] OR placent*[tiab] OR products of conception[tiab] OR specimen*[tiab] OR tissue*[tiab] OR sample*[tiab] OR device*[tiab]
#4	routine*[tiab] OR selective*[tiab] OR systematic surgical patholog*[tiab] OR systematically[tiab] OR discretion[tiab] OR mandat*[tiab]
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4
#6	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]
#7	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]
#8	#6 OR #7
#9	#5 AND #8
#10	#5 NOT #9
#11	#9 OR #10

<b>Embase (Ovid)</b>	
<b>Date du repérage : février 2019</b>	
<b>Limites : anglais, français; allemand; Embase</b>	
<b>Dernière mise à jour : février 2021</b>	
1	((urolog* OR gynecolog* OR obstetric* OR scrotal) ADJ10 (surg* OR operati* OR ablati* OR excised OR excision* OR amputat* OR remov* OR extirp* OR repair* OR explant*) OR hydrocelectom* OR spermatocelectom* OR laparoscop* OR herniorraph* OR circumcision*).ti,ab,kw
2	(patholog* OR anatomopatholog* OR anatomo-patholog* OR histolog* OR histopatholog* OR histopatholog* OR gross* OR microscop* OR macroscop* OR laborator*).ti
3	(normal foreskin OR prepuce* OR hydrocele* OR spermatocele* OR orchioepex* OR rectocele* OR cystocele* OR (inguinal ADJ3 (hernia sac* OR hernial sac*)) OR vaginal foreign bod* OR vaginal wall OR vaginal mucosa OR vulvar skin* OR intrauterine contraceptive* OR pregnancy terminat* fetal OR placent* OR products of conception OR specimen* OR tissue* OR sample* OR device* products of conception).ti,ab,kw
4	(routine* OR selective* OR (systematic* ADJ5 (patholog* OR surg*)) OR systematically OR discretion OR mandat*).ti,ab
5	1 AND 2 AND 3 AND 4
6	(routine* OR selective* OR (systematic* ADJ5 (patholog* OR surg*)) OR systematically OR discretion OR mandat*).ti
7	exp Cost/ OR (evidence OR benefit* OR reliable OR unnecessary OR necessary OR necessity useful* OR justif* OR cost* OR econom* OR financ* OR utility OR sufficient OR saving* OR adecacy OR appropriat* OR valu* OR relevance OR needed OR safe OR utility OR time OR money).ti,ab.
8	1 AND 2 AND 6 AND 7
9	5 OR 8
10	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/
11	(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
12	OR/10-11
13	5 AND 12
14	9 NOT 13
15	9 OR 14

<b>EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database</b>	
<b>Date du repérage : février 2019</b>	
<b>Limites : anglais, français, allemand</b>	
<b>Dernière mise à jour : février 2021</b>	
1	((urolog* OR gynecolog* OR obstetric* OR scrotal) ADJ3 (surg* OR operati* OR ablati* OR excised OR excision* OR amputat* OR remov* OR extirp* OR repair* OR explant*) OR hydrocele* OR spermatocele* OR laparoscop* OR herniorraph* OR circumcision*).ti,ab,kw
2	(patholog* OR anatomopatholog* OR anatomo-patholog* OR histolog* OR histopatholog* OR histopatholog* OR gross* OR microscop* OR macroscop* OR laborator*).ti,ab
3	(normal foreskin OR prepuce* OR hydrocele* OR spermatocele* OR orchiope* OR rectocele* OR cystocele* OR (inguinal ADJ3 (hernia sac* OR hernial sac*)) OR vaginal foreign bod* OR vaginal wall OR vaginal mucosa OR vulvar skin* OR intrauterine contraceptive* OR pregnancy terminat* fetal OR placent* OR products of conception OR specimen* OR tissue* OR sample* OR device* products of conception).ti,ab,kw
4	1 AND 2 AND 3

### Grossesse ectopique, salpingectomie et plasties des lèvres

<b>MEDLINE (Ovid)</b>	
<b>Date du repérage : juillet 2021</b>	
<b>Limites : 2010- ; anglais, français</b>	
1	(surgery.fx OR (ablati* OR debridement* OR excised OR excision* OR exemption OR explant* OR extirp* OR operati* OR procedure* OR reconstruct* OR remov* OR repair* OR surgeon* OR techni*).ti,ab,kw OR (surger* OR surgic*).tw) AND (gynecolog* OR obstetric* OR tubal OR urolog* OR uterine).ti,ab,kw
2	(labiaplast* OR labia majoroplast* OR labioplast* OR nymphoplast* OR salpingectom* OR tubectom* OR vaginoplast* OR vulval plast*).ti,ab,kw
3	OR/1-2
4	(anatomopatholog* OR clinicopatholog* OR gross* OR histolog* OR histopatholog* OR laborator* OR macroscop* OR microscop* OR occult neoplasia OR patholog*).ti,ab,kw
5	(fallopian duct OR fallopian tube* OR salpinge* OR salpinx OR salpingo OR tuba fallopii OR tuba uteri* OR uterine duct OR uterine tube* OR uterus tuba OR uterus tube).ti,ab,kw
6	(abdomen pregnanc* OR abdominal pregnanc* OR eccyesis OR ectopic pregnanc* OR extra uterine pregnanc* OR extrauterine pregnanc* OR extrauterine development OR heterotopic pregnanc* OR ovarian pregnanc*).ti,ab,kw
7	(inner labia OR labia majora OR labia minora OR labium majus OR labium minora OR labium minus OR outer labia).ti,ab,kw
8	OR/5-7
9	(discretion OR management* OR mandat* OR routine* OR selective* OR systematic*).ti,ab,kw
10	3 AND 4 AND 8 AND 9
11	exp Algorithms/ OR Clinical Conference.pt OR exp Clinical Protocols/ OR exp Consensus/ OR exp Consensus Development Conference/ OR exp Consensus Development Conferences as Topic/ OR exp Critical Pathways/ OR exp Guideline/ OR exp Guidelines as Topic/ OR Health Planning Guidelines/
12	(guideline* OR guide line* OR CPG OR CPGs OR guidance OR practical guide* OR (best ADJ3 practice*) OR (evidence ADJ2 (base* OR report* OR synthes* OR research OR practice* OR best)) OR consensus OR algorithm* OR (clinical ADJ2 (path OR paths OR pathway* OR protocol*)) OR ((critical OR clinical) ADJ2 (path OR paths OR pathway*)) OR recommendation* OR committee opinion* OR policy statement* OR position statement* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR ((standard OR standards) ADJ2 (care* OR practice*)) OR (gold ADJ2 standard*).ti,ab,kw
13	Meta-Analysis.pt OR exp Meta-Analysis as Topic/ OR Systematic Review/ OR exp Technology Assessment,Biomedical/

14	(meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta-review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of reviews OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR ((quantitative OR methodologic* OR integrativ*) ADJ (review* OR overview* OR synthes*)) OR umbrella review* OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal* OR technology reassessment*).ti,ab,kw OR (review.mp AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,ab,kw)
15	Double-Blind Method/ OR Non-Randomized Controlled Trials as Topic/ OR Observational Studies as Topic/ OR Observational Study/ OR Placebos/ OR Random Allocation/ OR Randomized Controlled Trial/ OR Randomized Controlled Trials as Topic/ OR Single-Blind Method/
16	(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 placebo* OR quasiexperimental stud* OR quasi-experimental stud* OR random* OR rct OR rcts OR "rct's" OR sham OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) AND (mask* OR blind* OR dumm*))).ti,ab,kw
17	Retrospective Studies/
18	("ex post facto design" OR retrospective design OR retrospective panel stud* OR retrospective stud*).ti,ab,kw
19	(Case Reports OR Comment OR Editorial OR Historical Article OR Letter).pt OR (case report* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*).ti
20	OR/11-18
21	20 NOT 19
22	10 AND 21

<b>Embase (Ovid)</b>	
<b>Date du repérage : juillet 2021</b>	
<b>Limites : anglais, français; Embase</b>	
1	(surgery.fs OR (ablati* OR amputat* OR debridement* OR excised OR excision* OR exemption OR explant* OR extirp* OR operati* OR procedure* OR reconstruct* OR remov* OR repair* OR surgeon* OR surger* OR surgic* OR techn*).ti,ab,kw) ADJ10 (gynecolog* OR obstetric* OR tubal OR urolog* OR uterine).ti,ab,kw
2	(labiaplast* OR labia majoraplast* OR labioplast* OR nymphoplast* OR salpingectom* OR tubectom* OR vaginoplast* OR vulval plast*).ti,ab,kw
3	OR/1-2
4	(anatomopatholog* OR clinicopatholog* OR gross* OR histolog* OR histopatholog* OR laborator* OR macroscop* OR microscop* OR occult neoplasia OR patholog*).ti,ab,kw
5	(fallopian duct OR fallopian tube* OR salpinge* OR salpinx OR salpingo OR tuba fallopii OR tuba uteri* OR uterine duct OR uterine tube* OR uterus tuba OR uterus tube).ti,ab,kw
6	(abdomen pregnanc* OR abdominal pregnanc* OR eccyesis OR ectopic pregnanc* OR extra uterine pregnanc* OR extrauterine pregnanc* OR extrauterine development OR heterotopic pregnanc* OR ovarian pregnanc*).ti,ab,kw
7	(inner labia OR labia majora OR labia minora OR labium majus OR labium minora OR labium minus OR outer labia).ti,ab,kw
8	OR/5-7
9	(discretion OR management* OR mandat* OR routine* OR selective* OR systematic*).ti,ab,kw
10	3 AND 4 AND 8 AND 9
11	Algorithm/ OR Clinical Pathway/ OR Clinical Protocol/ OR Consensus/ OR Consensus Development/ OR Health Care Planning/ OR exp Practice Guideline/
12	(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.
13	Biomedical Technology Assessment/ OR Meta Analysis/ OR "Meta Analysis (topic)"/ OR Systematic Review/ OR "Systematic Review (topic)"/
14	(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.)
15	"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/
16	(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 placebo* OR quasiexperimental stud* OR quasi-experimental stud* 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,kw
17	Retrospective Study/
18	("ex post facto design" OR retrospective design OR retrospective panel stud* OR retrospective stud*).ti,ab,kw
19	Case Report/ OR Editorial/ OR Letter/ OR (case report* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*).ti
20	OR/12-18
21	20 NOT 19
22	10 AND 21

<b>EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database</b>	
<b>Date du repérage : juillet 2021</b>	
1	((ablati* OR amputat* OR debridement* OR excised OR excision* OR exemption OR explant* OR extirp* OR operati* OR procedure* OR reconstruct* OR remov* OR repair* OR surgeon* OR surger* OR surgic* OR techni*) AND (gynecolog* OR obstetric* OR tubal OR urolog* OR uterine)).mp
2	(labiaplast* OR labia majoroplast* OR labioplast* OR nymphoplast* OR salpingectom* OR tubectom* OR vaginoplast* OR vulval plast*).mp
3	OR/1-2
4	(anatomopatholog* OR clinicopatholog* OR gross* OR histolog* OR histopatholog* OR laborator* OR macroscop* OR microscop* OR occult neoplasia OR patholog*).mp
5	(fallopian duct OR fallopian tube* OR salpinge* OR salpinx OR salpingo OR tuba fallopii OR tuba uteri* OR uterine duct OR uterine tube* OR uterus tuba OR uterus tube).mp
6	(abdomen pregnanc* OR abdominal pregnanc* OR eccyesis OR ectopic pregnanc* OR extra uterine pregnanc* OR extrauterine pregnanc* OR extrauterine development OR heterotopic pregnanc* OR ovarian pregnanc*).mp
7	(inner labia OR labia majora OR labia minora OR labium majus OR labium minora OR labium minus OR outer labia).mp
8	OR/5-7
9	(discretion OR management* OR mandat* OR routine* OR selective* OR systematic*).mp
10	3 AND 4 AND 8 AND 9

## Sites Web, registres d'essais cliniques et autres sources

<b>Date de consultation : février 2021 (juillet 2021 pour la recherche associée aux tissus issus de grossesse ectopique, de salpingectomie ou de plasties des lèvres)</b>
<b>Limites : anglais et français</b>
<b>AGENCES ÉTS</b>
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS/CADTH)
Australian Clinical Practice Guidelines (NHMRC)
Haute Autorité de Santé (HAS)
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
Organisation mondiale de la Santé (OMS/WHO)
<b>THÈSES</b>
Thèses Canada
<b>ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES</b>
American Academy of Pediatrics
American Association of Genitourinary Surgeons
American Association of Pathologists' Assistants
American Board of Obstetrics and Gynecology
American College of Obstetricians and Gynecologists
American Gynecological & Obstetrical Society
American Pregnancy Association
American Society for Clinical Pathology
American Urological Association
Asia Pacific Pediatric Association
Association canadienne des pathologistes
Association of Clinical Pathology
Association for Molecular Pathology
Association des urologues du Canada
Association des urologues du Québec
The British Association of Urological Surgeons
College of American Pathologists
Collège des médecins du Québec
Collège des médecins de famille du Canada
Collège National des gynécologues et obstétriciens français
European Association of Urology
European Society of Pathology
International Federation of Gynecology and Obstetrics
International Pediatric Association
National Abortion Federation
Ontario Association of Pathologists
Royal College of Obstetricians and Gynecologists
Royal College of Pathologists
Société canadienne de pédiatrie
Société internationale d'urologie
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
The Societies for Pediatric Urology

**Date de consultation : février 2021 (juillet 2021 pour la recherche associée aux tissus issus de grossesse ectopique, de salpingectomie ou de plasties des lèvres)**  
**Limites : anglais et français**

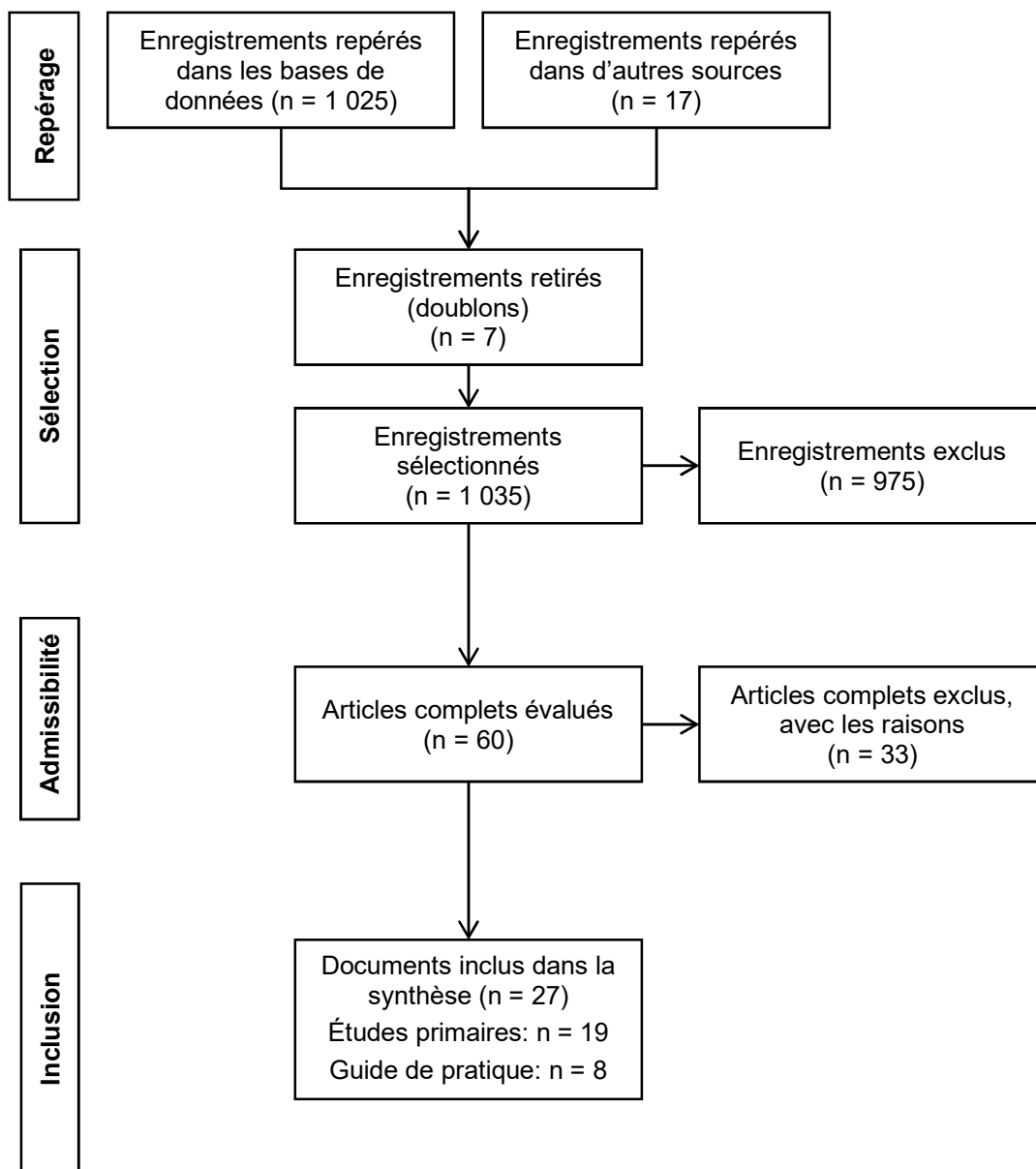
Society of Family Planning

Society for Pediatric Urology

# ANNEXE B

## Sélection des études

Figure B-1 Diagramme de flux



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

**Québec** 

### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

### Bureau de Montréal

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

[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

