



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**ÉVALUATION DES IMPLANTS DE REFECTION DE PAROI, DE
SUSPENSION ET D'ENVELOPPEMENT EN CHIRURGIE DIGESTIVE
ET DANS LES INDICATIONS SPECIFIQUES
A LA CHIRURGIE PEDIATRIQUE**

**REVISION DES DESCRIPTIONS GENERIQUES DE LA LISTE DES PRODUITS
ET PRESTATIONS REMBOURSABLES :
« IMPLANTS DE REFECTION DE PAROI DE SUSPENSION OU D'ENVELOPPEMENT RESORBABLES
ET NON RESORBABLES ET IMPLANTS POUR CHIRURGIE ENDOSCOPIQUE OU MINI-INVASIVE »**

NOVEMBRE 2008

Service évaluation des dispositifs

Ce dossier est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé
Service communication
2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

TABLE DES MATIERES

L'EQUIPE.....	4
LE GROUPE DE TRAVAIL.....	5
SYNTHESE.....	6
LISTE DES ABREVIATIONS	14

L'EQUIPE

Ce dossier a été réalisé par Laurence MATHERON (chef de projet, service évaluation des dispositifs, tél. : 01 55 93 37 52, e-mail : l.matheron@has-sante.fr).

La recherche documentaire a été effectuée par Christine DEVAUD, documentaliste et Renée CARDOSO, assistante documentaliste.

A également participé à ce travail :

Antoine DISSET, chargé de projet, qui a réalisé l'analyse et la rédaction des données cliniques.

L'organisation des réunions et le travail de secrétariat ont été réalisés par Sandrine PRUNIER (tél. : 01 55 93 37 54 ; fax : 01 55 93 37 59, e-mail : s.prunier@has-sante.fr).

Chef du service évaluation des dispositifs : Dr Catherine DENIS (tél. : 01 55 93 37 40,
e-mail : c.denis@has-sante.fr).

Adjointe au chef de service : Anne JOSSERAN

Chef du service documentation : Frédérique PAGES

LE GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail était composé des professionnels suivants :

- Pr Francis Navarro, président du groupe de travail, chirurgie digestive, Montpellier
- Pr Jean-Luc Bouillot, chirurgie digestive, hôpital Hôtel-Dieu, Paris
- Pr Gérard Champault, chirurgie digestive, hôpital Jean Verdier, Bondy
- Dr Jean-François Gillion, chirurgie digestive, hôpital privé d'Antony, Antony
- Pr Bertrand Millat, chirurgie digestive, hôpital Saint-Éloi, Montpellier
- Dr Marie-Hélène Rey, chirurgie digestive, polyclinique Saint-Jean, Montpellier
- Dr Véronique Rousseau, chirurgie pédiatrique, hôpital Necker, Paris
- Pr Karem Slim, chirurgie digestive, hôpital Hôtel-Dieu, Clermont-Ferrand
- Dr Corinne Vons, chirurgie digestive, hôpital Antoine Bécère, Clamart

Ont également participé aux réflexions du groupe de travail :

- Pr Alain Bernard, méthodologie, hôpital du Bocage, Dijon
- M. Gwénaél Fraslín, surveillance du marché DEDIM, AFSSAPS

L'avis du groupe de travail présenté dans ce dossier a été validé par chacun de ses membres. Les membres du groupe ont déclaré leurs éventuels conflits d'intérêt en début et en fin de projet.

SYNTHESE

Contexte

La prise en charge par l'Assurance-maladie des dispositifs médicaux nécessite une inscription sur une liste appelée la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Les produits sont inscrits soit sous un libellé commun regroupant une classe de produits (description générique) ayant les mêmes indications soit sous forme d'une inscription individuelle avec le nom commercial (nom de marque). La Commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP) de la HAS est chargée de l'évaluation médicale de ces produits. Elle est engagée actuellement dans un processus de réévaluation de ces descriptions génériques.

La révision des descriptions génériques « implants de réfection de paroi, de suspension ou d'enveloppement résorbables et non résorbables ; implants pour chirurgie endoscopique ou mini-invasive » constitue l'objet de ce travail.

A l'occasion de cette révision, la CEPP a trouvé opportun de revoir l'ensemble des implants de réfection de paroi qu'ils soient inscrits sous descriptions génériques ou par nom de marque.

Leurs indications sont nombreuses, les pathologies étudiées dans le cadre de ce rapport sont celles rencontrées en chirurgie digestive : la hernie de l'aine, la hernie de la paroi abdominale antérolatérale, l'événtration, la hernie ombilicale, l'éviscération, le prolapsus rectal, la hernie hiatale et celles rencontrées en chirurgie pédiatrique : la hernie de coupole diaphragmatique, le laparoschisis, l'omphalocèle, le traitement hémostatique conservateur des viscères.

Méthode de travail

La HAS a procédé à l'évaluation du service rendu de ces implants. La méthode utilisée dans ce travail est fondée sur l'analyse des données de la littérature scientifique, les dossiers fabricants et l'avis de professionnels de santé réunis dans un groupe de travail multidisciplinaire. Les membres du groupe ont déclaré leurs éventuels conflits d'intérêt en début et en fin de projet.

Une recherche documentaire a été effectuée par interrogation des principales bases de données bibliographiques médicales (Medline, la *Cochrane Library*, *National guideline clearinghouse* et HTA database). Les données issues des dossiers déposés par les industriels ont été également examinées.

L'analyse critique de la littérature et des dossiers déposés par les fabricants a permis au groupe de travail de se prononcer par indication notamment sur l'intérêt des produits, les modalités de prescription et d'utilisation ainsi que les modalités d'inscription sur la LPPR pour une prise en charge par l'assurance-maladie.

Le groupe de travail a proposé, par indication, des descriptions génériques quand les données de la littérature ont été jugées suffisantes. Il a généralement défini, par indication, l'implant de référence. Afin de démontrer l'intérêt des autres implants de réfection de paroi par rapport à l'implant défini comme la référence, il a effectué des comparaisons des descriptions génériques au sein d'une même indication quand des données comparatives le permettaient. En l'absence de données comparatives, l'intérêt des implants de réfection de paroi par rapport à l'implant de référence a été défini sur avis d'experts.

Le nom de marque a été réservé aux implants pour lesquels une étude complémentaire est demandée.

Hernie de l'aine

Analyse critique des données

Les critères d'évaluation sont la récurrence des hernies traitées mais aussi les complications précoces et tardives, la douleur séquellaire et la qualité de vie.

Parmi les 31 études sélectionnées dans la littérature, 2 méta-analyses et 3 études randomisées sur un total de plus de 17 000 patients avec un suivi jusqu'à 6 ans montrent que la pose d'implants de réfection de paroi permet notamment une diminution du taux de récurrences (< 1,5 %) par rapport à des techniques de réparation sans pose de prothèse (jusqu'à 13 % de récurrences).

Les autres études sélectionnées permettent une analyse par catégorie d'implants :

- Les implants plans non résorbables :

Quatre études randomisées (1 345 patients, suivi jusqu'à plus de 10 ans pour une étude) montrent que la pose d'implants en polypropylène monofilament ou multifilaments entraîne un taux de récurrences < 1 %. La comparaison entre implant monofilament et multifilaments est en faveur des prothèses multifilaments en termes de diminution de la douleur séquellaire mais doit être confirmée par d'autres études.

Les études sur les implants en polyester sont de faible niveau de preuve. Une étude non comparative (971 patients, suivi 3,5 ans) montre l'efficacité des implants en polyester avec un taux de récurrences de 0,3 %.

- Les implants plans partiellement résorbables :

Quatre études randomisées (1 064 patients, suivi 6 à 37 mois) comparent les implants partiellement résorbables (plus légers que des implants non résorbables) aux implants non résorbables. La pose d'implants partiellement résorbables, entraîne moins de douleur séquellaire chez les patients par rapport aux implants non résorbables.

- Les implants plans avec enduit de produits biologiques d'origine végétale :

Deux études prospectives comparatives (525 patients, suivi 2 ans) ont été retenues. L'une d'elles montre une amélioration significative en termes de douleur chez les patients ayant reçu une prothèse en polypropylène enduite de β -D glucan par rapport aux patients ayant reçu une prothèse en polypropylène.

- Les implants plans avec enduit de produits biologiques d'origine animale :

Trois études rétrospectives (4 176 patients, suivi 53 jours à 8 ans) montrent que ces implants peuvent être posés dans la hernie de l'aine avec notamment un taux de récurrences < 1 %. Toutefois l'intérêt spécifique de ces implants liés à la présence de collagène n'est pas démontré.

- Les implants préformés en 3 dimensions :

Six études randomisées et une étude prospective comparative ont été sélectionnées comparant :

- soit le Prolene hernia system (PHS) à une prothèse en polypropylène (570 patients, suivi 1 à 4 ans) ;
- soit le plug à une autre prothèse (1 373 patients, suivi 14 jours à 27 mois).

Ces études ne montrent pas en termes de récurrences ou de complications de différence significative entre les implants préformés en 3 dimensions et les autres implants.

Position du groupe de travail

Le groupe de travail confirme l'intérêt de la pose d'implants de réfection de paroi par rapport aux techniques de réparation sans pose d'implant. Leur utilisation doit être reconnue comme le traitement de référence.

Il propose la création de 5 descriptions génériques qui doivent être conformes aux spécifications techniques minimales décrites dans le projet de nomenclature :

- les implants plans non résorbables (en polypropylène ou polyester) considérés comme les implants de référence ;
- les implants plans partiellement résorbables ;
- les implants plans avec enduit de produits biologiques d'origine végétale ;
- les implants plans avec enduit de produits biologiques d'origine animale ;
- les implants préformés en 3 dimensions.

D'après les comparaisons retrouvées dans la littérature, le groupe de travail reconnaît pour les implants partiellement résorbables et les implants avec enduit de produits biologiques d'origine végétale, un intérêt supérieur par rapport aux implants de référence sur le critère de la douleur.

Pour les implants avec enduit de produits biologiques d'origine animale, le groupe de travail, en l'absence de données comparatives, ne reconnaît pas d'intérêt supérieur par rapport aux implants de référence.

Pour les implants préformés en 3 dimensions, les données de la littérature ne permettent pas de conclure sur les avantages de ces implants dans les suites opératoires tardives (récidives et douleur chronique) par rapport aux implants de référence.

Toutefois, le groupe de travail estime que la pose de cette catégorie d'implants pourrait entraîner moins de douleurs chroniques par rapport aux implants de référence. Il considère, sur avis d'experts, que ces implants ont un intérêt supérieur par rapport aux implants de référence sur le critère de la douleur.

Éventration, hernie de la paroi abdominale antérolatérale et hernie ombilicale

Analyse critique des données

Le critère principal d'évaluation est la récurrence. Les autres critères d'évaluation sont les complications précoces ou tardives, les infections et la douleur séquellaire.

Parmi les 28 études sélectionnées dans la littérature, 1 méta-analyse, 2 études randomisées et 1 étude rétrospective comparative (1692 patients, suivi 12 à 72 mois) montrent que la pose d'implants de réfection de paroi permet notamment une diminution du nombre des récurrences par rapport à des techniques plus anciennes de réparation sans pose de prothèse (0-32 %/11-63 %).

Les autres études sélectionnées permettent une analyse par catégorie d'implants et en fonction du site d'implantation.

Les implants posés sur site extrapéritonéal :

- Les implants plans non résorbables :

Deux études randomisées et une étude rétrospective comparative (500 patients, suivi moyen jusqu'à 75 mois) montrent que la pose d'implants en polypropylène entraîne un taux de récurrences compris entre 0 et 32 %.

Les études sur les implants en polyester sont de faible niveau de preuve. Une étude non comparative (350 patients, suivi 8,1 ans) montre l'efficacité de ce type de prothèse avec un taux de récurrences de 3,1 %.

- Les implants plans partiellement résorbables :

Deux études prospectives comparatives et 1 étude randomisée (575 patients, suivi 8 à 46 mois) comparent les implants partiellement résorbables aux implants non résorbables. Deux de ces études montrent que la pose d'implants partiellement résorbables, entraîne moins de douleur séquellaire chez les patients par rapport aux implants non résorbables. Toutefois, le critère principal d'évaluation est la récurrence pour lequel, il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes.

- Les implants plans avec enduit de produits biologiques d'origine animale :

Une seule étude a été retenue de faible niveau de preuve. Elle montre que ces implants peuvent être posés dans les éviscérations avec notamment un taux de récurrences < 3,5 %. Toutefois l'intérêt spécifique de ces implants liés à la présence de collagène n'est pas démontré.

Les implants posés sur site intrapéritonéal :

- Les implants bifaces avec une face viscérale en e-PTFE :

Trois études prospectives non comparatives et 1 étude rétrospective non comparative (358 patients, suivi 27 à 35 mois pour 2 d'entre elles) montrent notamment que ces implants peuvent être posés avec un taux de récurrences compris entre 0 et 10 %.

- Les implants bifaces avec une face viscérale en collagène :

Deux études prospectives comparatives et 1 étude prospective non comparative (178 patients, suivi 2 à 4 ans) montrent notamment que ces implants peuvent être posés avec un taux d'adhérences de 27 % et un taux de récurrences de 13 %.

- Les implants bifaces en e-PTFE :

Cinq études prospectives non comparatives, 1 étude prospective comparative, 2 études rétrospectives comparatives et 2 études rétrospectives non comparatives (1913 patients, suivi 17 à 29 mois) montrent notamment que ces implants peuvent être posés avec un taux de récurrences compris entre 0 et 7 %.

Position du groupe de travail

Le groupe de travail confirme l'intérêt de la pose d'implants de réfection de paroi par rapport aux techniques de réparation sans pose d'implant. Leur utilisation doit être reconnue comme le traitement de référence.

Quand les implants sont posés sur site extrapéritonéal, il propose 3 descriptions génériques (communes à celles de la hernie de l'aine) qui doivent être conformes aux spécifications techniques minimales décrites dans le projet de nomenclature :

- les implants plans non résorbables (en polypropylène ou polyester) considérés comme les implants de référence ;
- les implants plans partiellement résorbables ;
- les implants plans avec enduit de produits biologiques d'origine animale.

Pour les implants partiellement résorbables et les implants avec enduit de produits biologiques d'origine animale, le groupe de travail ne reconnaît pas d'intérêt supérieur par rapport aux implants de référence.

Quand les implants sont posés sur site intrapéritonéal, il propose la création de 3 descriptions génériques qui doivent être conformes aux spécifications techniques minimales décrites dans le projet de nomenclature :

- les implants bifaces avec une face viscérale exclusivement en e-PTFE ;
- les implants bifaces avec une face viscérale comprenant des produits biologiques d'origine animale ;
- les implants bifaces avec les 2 faces en e-PTFE.

Selon le groupe de travail (sur avis d'experts), les implants bifaces avec une face viscérale exclusivement en e-PTFE et les implants bifaces avec une face viscérale comprenant des produits biologiques d'origine animale, par leurs propriétés antiadhérentes, ont un intérêt supérieur par rapport aux implants de référence dans le cas où l'implant ne peut être posé qu'en intrapéritonéal (défaut pariétal trop important ou trop complexe). Pour les implants constitués de 2 faces en e-PTFE, le groupe de travail ne reconnaît pas d'intérêt supérieur par rapport aux implants de référence car la face pariétale en e-PTFE empêche une bonne intégration tissulaire de l'implant et favorise la formation de séromes.

Pour certains implants bifaces, le groupe propose une inscription sous nom de marque avec demande d'étude complémentaire pour INTRAMESH W3, INTRASWING et HI-TEX, MICROVAL INTRA, PROCEED, SIL PROMESH, SURGIMESH WN NON ADHERENTE et SURGIMESH XB et W50 EV et IARP Si. Un essai prospectif, non comparatif, multicentrique chez 200 patients ayant une éviscération, avec un suivi de 2 ans minimum, sur les critères d'évaluation récidives et complications devra être fourni pour confirmer l'intérêt de ces implants. Le groupe considère que ces implants ont un intérêt thérapeutique mais ne se positionne pas quant à un intérêt supérieur par rapport aux implants de référence.

Éviscération

Analyse critique des données

Le critère principal d'évaluation est la récurrence.

• Les implants plans résorbables :

Parmi les quatre études sélectionnées sur les implants résorbables, deux études randomisées (400 patients obèses, suivi 29 mois) dans la prévention des éviscérations montrent qu'un traitement avec prothèse chez les sujets obèses ne diminue pas le nombre de récidives par rapport à un traitement sans prothèse.

Position du groupe de travail

Le groupe de travail confirme qu'il n'existe pas de traitement standard dans les éviscérations. Il propose la création d'une description générique qui doit être conforme aux spécifications techniques minimales décrites dans le projet de nomenclature :

- les implants plans résorbables.

Dans la prévention des éviscérations, le groupe ne reconnaît pas d'intérêt supérieur des implants résorbables par rapport à un traitement sans prothèse. Dans le traitement des éviscérations, sur avis d'experts, le groupe reconnaît un intérêt des implants résorbables par rapport à l'absence d'alternative.

Prolapsus rectal

Analyse critique des données

Le critère principal d'évaluation est la récurrence du prolapsus rectal. Les autres critères d'évaluation sont les complications (notamment l'incontinence anale et la constipation).

Parmi les huit études sélectionnées dans la littérature, trois études comparatives (721 patients, suivi 6 à 47 mois) montrent que la pose d'implants de suspension n'apporte aucun avantage par rapport à des techniques sans pose de prothèse dans le traitement du prolapsus rectal. Les autres études sélectionnées permettent une analyse par catégorie d'implants.

• Les implants plans non résorbables :

Une étude randomisée, deux études prospectives comparatives, une étude prospective non comparative, une étude rétrospective comparative (803 patients, suivi 15 à 61 mois) montrent que les implants en polypropylène ou polyester peuvent être posés dans le prolapsus rectal avec un taux de récidives jusqu'à 29 %.

- Les implants plans résorbables :

Une étude (222 patients, suivi 3 à 120 mois) comparant la pose de 3 prothèses dont 2 résorbables montre que la pose d'implants résorbables n'entraîne pas d'amélioration significative notamment en termes de récurrences par rapport à la pose d'un implant non résorbable.

- Les implants avec enduit de produits biologiques d'origine animale :

Une étude prospective non comparative (35 patients, suivi 34 mois) montre que les patients ont une amélioration de l'incontinence anale et de la constipation après pose de prothèse.

Position du groupe de travail

Le groupe de travail confirme qu'il n'existe pas de traitement standard dans le prolapsus rectal. Il propose 3 descriptions génériques (communes aux descriptions précédentes) qui doivent être conformes aux spécifications techniques minimales décrites dans le projet de nomenclature :

- les implants plans non résorbables (en polypropylène ou polyester) considérés comme les implants de référence ;
- les implants plans résorbables ;
- les implants plans avec enduit de produits biologiques d'origine animale.

Le groupe de travail ne reconnaît pas d'intérêt supérieur des implants résorbables et des implants avec enduit de produits biologiques d'origine animale par rapport aux implants de référence.

Hernie hiatale

Analyse critique des données

Le critère principal d'évaluation est la récurrence de la hernie hiatale. Les autres critères d'évaluation sont les complications, la dysphagie, la pression du sphincter œsophagien, le score de DeMeester et la qualité de vie.

Parmi les douze études sélectionnées dans la littérature, quatre études randomisées, une étude prospective comparative, une étude rétrospective comparative (467 patients, suivi 3 à 37 mois) montrent que la pose de prothèse n'apporte aucun avantage par rapport à des techniques sans pose de prothèse dans le traitement de la hernie hiatale.

Les autres études sélectionnées permettent une analyse par catégorie d'implants.

- Les implants plans en e-PTFE :

Une étude randomisée (31 patients, suivi 1 à 3 ans) comparant la pose d'un implant en e-PTFE par rapport à un traitement sans prothèse montre qu'il n'existe pas de différence significative notamment en termes de récurrences.

- Les implants bifaces avec une face viscérale en e-PTFE :

Une étude prospective non comparative (27 patients, suivi 27 mois) montre que les implants bifaces avec une face en e-PTFE peuvent être posés dans la hernie hiatale avec un taux de récurrences de 3,7 %.

- Les implants bifaces en e-PTFE :

Une étude randomisée et deux études prospectives non comparatives (253 patients, suivi à 64 mois) montrent que les implants bifaces en e-PTFE peuvent être posés dans la hernie hiatale avec un taux de récurrences compris entre 0 à 20 %.

Position du groupe de travail

Le groupe de travail confirme qu'il n'existe pas de traitement standard dans la hernie hiatale. Il précise que seules les hernies hiatales de grande taille avec dilatation du hiatus œsophagien au-delà de 5 cm de largeur nécessitent un traitement chirurgical. Les hernies hiatales avec dilatation du hiatus diaphragmatique peuvent nécessiter un traitement chirurgical si elles sont symptomatiques, compliquées d'œsophagite, de saignement ou d'un risque d'étranglement. Le traitement chirurgical peut s'accompagner de la pose d'un implant de réfection de paroi.

Il propose 3 descriptions génériques qui doivent être conformes aux spécifications techniques minimales décrites dans le projet de nomenclature :

- les implants plans non résorbables en e-PTFE considérés comme les implants de référence ;
- les implants bifaces avec une face viscérale exclusivement en e-PTFE ;
- les implants bifaces en e-PTFE.

Du fait de la constitution des implants, le groupe de travail, sur avis d'experts, reconnaît un intérêt supérieur des implants bifaces avec une face viscérale exclusivement en e-PTFE et des implants bifaces en e-PTFE par rapport aux implants de référence.

Indications pédiatriques : laparoschisis, omphalocèle, hernie de coupole diaphragmatique, traitement hémostatique conservateur des viscères

Analyse critique des données

Les données de la littérature en pédiatrie sont limitées. Les conclusions sur la pose d'implants dans ces indications reposent essentiellement sur avis d'experts.

Position du groupe de travail

Le groupe de travail propose 3 descriptions génériques qui doivent être conformes aux spécifications techniques minimales décrites dans le projet de nomenclature :

- les implants plans non résorbables en silicone et ceux en e-PTFE réservés aux indications : laparoschisis, omphalocèle et hernie de coupole diaphragmatique ;
- les implants plans résorbables en polyglactine 910 ou acide polyglycolique réservés à l'indication du traitement hémostatique conservateur des viscères.

La pose d'un implant ne relève pas d'une amélioration d'une technique existante mais d'une adaptation à un niveau de gravité clinique et à une impasse thérapeutique en dehors de la pose de la prothèse ; elle permet d'améliorer nettement le pronostic fonctionnel voire vital des patients. Le groupe de travail reconnaît un intérêt thérapeutique de fort niveau pour ces implants.

Avis de la CEPP

La CEPP a examiné les propositions du groupe de travail. Elle a rendu un avis sur les descriptions génériques et les noms de marque à retenir. Elle a établi des comparaisons entre les descriptions génériques. Les propositions de description génériques du groupe de travail ont été maintenues par la CEPP dans les indications retenues.

Dans la hernie de l'aine, en fonction des données de la littérature, la CEPP a reconnu un intérêt supérieur des implants partiellement résorbables par rapport aux implants de référence sur le critère de la douleur. Pour les autres implants indiqués dans la hernie de l'aine, elle a considéré qu'ils n'apportaient pas d'intérêt supplémentaire par rapport aux implants de référence.

La CEPP a proposé l'inscription de PARIETEX modèle anatomique en nom de marque avec une demande d'étude complémentaire : une étude prospective, non comparative chez 200 patients ayant une hernie de l'aine avec un suivi de 2 ans minimum, sur les critères de jugement récidives et complications péri-opératoires.

Dans les indications éventration, hernie de la paroi abdominale antérolatérale et hernie ombilicale, la CEPP a rendu les mêmes conclusions que le groupe de travail en termes de comparaisons des descriptions génériques pour les implants plans, les implants bifaces avec une face viscérale en e-PTFE et en collagène et les implants bifaces proposés en nom de marque. Pour les implants bifaces avec 2 faces en e-PTFE, la CEPP a reconnu un intérêt supérieur par rapport aux implants de référence.

Dans la hernie hiatale, la CEPP au vu des données de la littérature, a considéré que les implants bifaces avec une face viscérale en e-PTFE et les implants bifaces en e-PTFE n'apportaient pas d'intérêt supplémentaire par rapport aux implants de référence.

Dans l'éviscération, le prolapsus rectal et l'ensemble des indications pédiatriques, la CEPP a suivi les propositions du groupe de travail.

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ASA : amélioration du service attendu
ASR : amélioration du service rendu
CCAM : classification commune des actes médicaux
CEPP : Commission d'Évaluation des Produits et Prestations
CEPS : Comité Économique des Produits de Santé
CSP : Code de la Santé Publique
DGS : Direction Générale de la Santé
DSS : Direction de la Sécurité sociale
IMC : indice de masse corporelle
LPP ou LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables
Nc : non communiqué
NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence
Ns : non significatif
ePTFE : polytétrafluoroéthylène expansé
PMSI : programme de médicalisation du système d'information
SA : Service Attendu
SED : Service d'évaluation des dispositifs
SR : Service Rendu
TAPP : trans abdominal preperitoneal (technique de laparoscopie)
TEP : totally extraperitoneal (technique de laparoscopie)
Vs : *versus*