

ARGUMENTAIRE

# Colectomies par coelioscopie

Colectomie droite sans rétablissement de la continuité.  
Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche,  
sans rétablissement de continuité

Novembre 2014

Cet argumentaire est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

**Haute Autorité de santé**

Service documentation – Information  
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex  
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 35

## Sommaire

Abréviations et acronymes .....	4
Introduction .....	5
Contexte, objectif du travail .....	6
Analyse de la demande.....	7
Conclusion .....	12
Annexe 1. Méthodes de gradations de chacune des recommandations mentionnées dans l'argumentaire. ....	13
Annexe 2. Tableau de synthèse des conclusions des revues systématiques et méta-analyses. ....	16
Fiche descriptive .....	19

## Abréviations et acronymes

**CCAM** .....Classification commune des actes médicaux

**CD**.....Colectomie droite sans rétablissement de la continuité

**CG**.....Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de continuité

**LAP**.....Liste des actes et prestations

**UNCAM**.....Union nationale des caisses d'assurance maladie

## Introduction

Dans le cadre de l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), a sollicité le 19 Juin 2014 l'avis de la HAS sur l'inscription de la voie d'abord par coelioscopie pour deux actes de chirurgie digestive, déjà inscrits à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) avec une voie d'abord par laparotomie (chirurgie ouverte).

Ces deux actes sont :

- colectomie droite sans rétablissement de la continuité ;
- colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de continuité.

## Contexte, objectif du travail

De l'évolution des pratiques chirurgicales résulte un recours de plus en plus fréquent à la voie d'abord par cœlioscopie pour la réalisation d'actes de chirurgie digestive. Ce recours s'explique par les caractéristiques génériques, largement évaluées à ce jour, que présente la voie d'abord par cœlioscopie. En dépit notamment d'un apprentissage et de durée d'interventions plus longs que par laparotomie (chirurgie ouverte), la voie d'abord par cœlioscopie est toute aussi efficace, moins invasive et présente des avantages notamment, en termes de morbidité et de qualité de vie post-opératoire (1) (2).

Les deux actes évalués dans cet argumentaire sont :

- 1) la colectomie droite sans rétablissement de la continuité ;
- 2) la colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de continuité ; sont déjà inscrits à la nomenclature avec voie d'abord par laparotomie sous les codes respectivement (HHFA024, HHFA014).

En 2007, la HAS a évalué huit actes de colectomie par cœlioscopie (1). Parmi eux les actes, actuellement inscrits à la nomenclature :

- 1) de colectomie droite avec rétablissement de continuité par cœlioscopie ;
- 2) de colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de continuité. Les deux actes évalués en 2007, ne diffèrent des actes traités dans cet argumentaire, que par le rétablissement de la continuité.

L'objectif de ce travail est de s'assurer que les actes de :

- 1) colectomie droite sans rétablissement de la continuité (CD) ;
  - 2) colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de continuité (CG) ;
- sont réalisables par cœlioscopie.

## Analyse de la demande

Dans sa demande (note de problématique), l'UNCAM indique que le nombre d'acte en France pour 2012 par laparotomie pour les colectomies droites et colectomies gauches sont respectivement de 1 903 et de 3 440. Elle estime qu'un tiers de ces actes sera réalisé par coelioscopie en se basant sur les pourcentages d'actes voisins réalisés par coelioscopie. De plus, elle cite comme référence le travail de la HAS de 2007 intitulé « Colectomies par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie » (1).

Le rapport d'évaluation de la HAS d'avril 2007 indique que les colectomies droites et gauches par coelioscopie présentent un intérêt thérapeutique et constituent une alternative à la chirurgie ouverte dans les indications, propres à chacune des colectomies, mentionnées dans le rapport de 2007. Le rapport précise, sur la base d'une revue systématique de la littérature et, de l'avis des professionnels, que l'efficacité de ces actes par coelioscopie est :

- au moins identique à la chirurgie ouverte à long terme pour la pathologie non maligne ;
- non différente au long terme pour les cancers (sans conclusion formelle en raison de résultats insuffisants à cette époque). Leur morbidité est qualifiée de peu différente de celle de la chirurgie ouverte.

Ainsi, la HAS conclut en 2007 en faveur de l'inscription de ces actes par coelioscopie à la nomenclature. Ces deux actes ont été inscrits sous les libellés et codes suivant :

- 1) de colectomie droite avec rétablissement de continuité par coelioscopie (HHFA008) ;
- 2) de colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de continuité (HHFA010).

Il faut noter qu'il n'est pas fait mention du rétablissement de continuité dans l'analyse de la littérature du rapport de la HAS de 2007. Par ailleurs, le demandeur a indiqué que la continuité n'est pas rétablie lorsqu'il y a un risque de fistules anastomotiques.

De plus, est inscrit à la nomenclature, un acte de rétablissement de continuité secondaire par coelioscopie dont le libellé est « Rétablissement secondaire de la continuité digestive après colectomie, par coelioscopie » dont le code est HHMC001.

La HAS a effectué une recherche documentaire de la littérature synthétique (recommandations de bonnes pratiques, rapports d'évaluation technologique, revues systématiques et méta-analyses) afin d'identifier d'autres données propres aux colectomies droite et gauche sans rétablissement de continuité.

Cette recherche documentaire a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

La base de données *Medline* a été interrogée en septembre 2014 sur la période de janvier 2007 à septembre 2014, et suivant la stratégie suivante :

<b>Étape 1</b>	("Colectomy"/de OR colectom*/tiab OR hemicolectom*/tiab)
<b>ET</b>	
<b>Étape 2</b>	("Laparoscopy"/de OR laparoscop*/tiab)
<b>ET</b>	
<b>Étape 3</b>	Guidelines as Topic/de OR Practice Guidelines as Topic/de OR Health Planning Guidelines/de OR Guideline/type OR "Standard of Care"/de OR "Consensus"/de OR "Consensus Development Conferences as Topic"/de OR "Consensus Development Conferences, NIH as Topic"/de OR "Consensus Development Conference, NIH"/type OR "Consensus Development Conference"/type OR (consensus OR guideline* OR recommend* OR standard)/ti
<b>OU</b>	
<b>Étape 4</b>	Meta-Analysis as topic/de OR Meta-Analysis/Publication Type OR meta analysis/ti OR metaanalysis/ti
<b>OU</b>	
<b>Étape 5</b>	"Review Literature as topic"/de OR "Review"/Publication Type OR "systematic review"/ti

/de : descripteur (Mesh) ; /ti : titre ; /ab : résumé ; \*/troncature

Les sites internet des différents organismes en lien avec le sujet (agence de santé, société savante, ministère de la santé, ...) ont également été consultés en mai 2014. Il s'agit des sites suivants :

Académie nationale de chirurgie	<i>Association of Laparoscopic Surgeons of Great Britain and Ireland (ALS GBI)</i>	<i>National Health and Medical Research Council</i>
Agence de la biomédecine	<i>Association of Upper</i>	<i>National Horizon Scanning Centre (NIHR)</i>
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	<i>Gastrointestinal Surgeons of Great Britain and Ireland</i>	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)</i>
Assurance maladie	<i>Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures - Surgical (ASERNIP)</i>	<i>National Institute for Health Research Horizon Scanning Centre (NIHR HSC)</i>
Banque de données en santé publique (BDSP)	<i>Blue Cross Blue Shield Association</i>	<i>National Institutes of Health (NIH)</i>
Catalogue et index des sites médicaux de langue française (Cismef)	<i>BMJ Clinical Evidence</i>	<i>NCBI Bookshelf</i>
Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT)	<i>Breast Cancer Care</i>	<i>New Zealand Guidelines Group</i>
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)	<i>British Columbia Ministry of Health (Alberta Innovates Health Solutions)</i>	<i>New Zealand Health technology Assessment</i>
Documentation française	<i>Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)</i>	<i>NHS Evidence</i>
Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC)	<i>Canadian General Practice Services Committee</i>	<i>NHS Health Technology Assessment Programme (NHS HTAP)</i>
Expertise collective de l'INSERM (INSERM)	<i>Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)</i>	<i>NHS Improvement</i>
Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS)	<i>Centers for Disease Control and Prevention (CDC)</i>	<i>NHS Information Center</i>
Haute autorité de santé (HAS)	<i>Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS)</i>	<i>NHS Institute for Innovation and Improvement</i>
Inspection générale des affaires sociales (IGAS)	<i>Centre for Effective Practice</i>	<i>National Institute for Health and care Excellence</i>
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)	<i>Centre for Reviews and Dissemination</i>	<i>Portail canadien des pratiques exemplaires</i>
Institut national de veille sanitaire (InVS)	<i>Clinical Knowledge Summaries (CKS)</i>	<i>Royal Australian College of General Practitioners</i>
Ministère de la santé	<i>Cochrane Library</i>	<i>Royal College of Physicians (RCP)</i>
Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE)	<i>College of Physicians and Surgeons of Alberta</i>	<i>Royal College of Surgeons of England</i>
Vidal recos	<i>eGuidelines.co.uk</i>	<i>Santé et services sociaux Québec</i>
Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)	<i>European Association for Endoscopic Surgery (EAES)</i>	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)</i>
Eucomed	<i>Guidelines &amp; Audit Implementation Network (GAIN)</i>	<i>Singapore Ministry of Health</i>
Société scientifique de médecine générale belge (SSMG)	<i>Guidelines and Protocols Advisory</i>	<i>Société française de médecine d'urgence</i>
		<i>Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES)</i>
		<i>Swedish Council on Technology</i>

<p><i>Adelaide Health Technology Assessment</i></p> <p><i>Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)</i></p> <p><i>Alberta Heritage Foundation for Medical Research</i></p> <p><i>American College of Emergency Physicians</i></p> <p><i>American College of Gastroenterology</i></p> <p><i>American College of Radiology</i></p> <p><i>American Heart Association</i></p> <p><i>Australian Centre for Clinical Effectiveness</i></p> <p><i>Australian Medical Services Advisory Committee (MSAC)</i></p>	<p><i>Committee of British Columbia Guidelines International Network</i></p> <p><i>Health and Safety Executive Horizon Scanning</i></p> <p><i>Health Protection Agency (HPA)</i></p> <p><i>Health Quality Ontario</i></p> <p><i>Health Services Technology Assessment Text (HSTAT)</i></p> <p><i>Health-Evidence.ca</i></p> <p><i>Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES)</i></p> <p><i>Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)</i></p> <p><i>Institute for Health Economics Alberta</i></p> <p><i>Institute for Prospective Technological Studies (IPTTS)</i></p> <p><i>INTUTE Database</i></p> <p><i>Italian Society of Hospital Surgeons (ACOI)</i></p> <p><i>Ministry of Health New Zealand</i></p> <p><i>National Guideline Clearinghouse</i></p> <p><i>National Health Services (NHS)</i></p> <p><i>National Health Services Scotland (NHS Scotland)</i></p>	<p><i>Assessment in Health Care</i></p> <p><i>Toward Optimized Practice Alberta Doctors</i></p> <p><i>TripDatabase</i></p> <p><i>UK Department of Health (DoH)</i></p> <p><i>University of Michigan Health System</i></p> <p><i>US Department of Veterans Affairs Technology Assessment Program</i></p> <p><i>US Preventive Services Task Force</i></p> <p><i>World Health Organization</i></p> <p><i>World Society of Emergency Surgery</i></p>
--	--	--

Cette recherche a permis d'identifier 5 recommandations de bonnes pratiques professionnelles, 12 méta-analyses, 3 revues systématiques portant sur les colectomies par coelioscopie.

Le récapitulatif du rapport d'évaluation technologique de la HAS, et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles identifiées par la recherche documentaire (présentée ci-dessus), est repris dans le tableau suivant :

Organisme promoteur, année	Conclusions / recommandations	Gradation des conclusions / recommandations
Haute Autorité de santé, 2007 « Colectomies par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie » (1)	Le rapport d'évaluation conclut à la fois pour les colectomies droite et gauche par cœlioscopie « [sont] une alternative à la colectomie [droite ou gauche] par chirurgie ouverte ». Il indique que « l'intérêt thérapeutique de la colectomie [droite et gauche] par cœlioscopie est donc démontré. Le service attendu (SA) est suffisant pour les indications non malignes et malignes, avec nécessité de confirmation des résultats à distance pour les pathologies malignes ».	NR
Comité de l'évolution des pratiques en oncologie, 2013 « <i>Laparoscopic versus open surgery for the treatment of colorectal cancer: a literature review and recommendations</i> » (3)	Le CEPO recommande d'envisager la résection « laparoscopique » comme technique curative possible du cancer colorectal.  Il indique et que les décisions sur la méthode chirurgicale tiennent compte de l'expérience du chirurgien, du stade de la tumeur, des contre-indications possibles et des attentes du patient.  La question du rétablissement de continuité n'est pas abordée.	Grade A  Grade D
Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011 « <i>Diagnosis and management of colorectal cancer</i> » (4)	Ces recommandations indiquent que les voies d'abord par laparotomie ou par cœlioscopie peuvent être proposées dans le cadre d'une résection du colon dans un contexte de cancer colorectal.  Elles s'appuient sur deux revues systématiques.  Elles n'abordent pas ni le type de colectomies, ni la réalisation ou non d'anastomose.	Grade A
Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, 2008 « <i>The Management of Anal Fissure: ACPGBI Position Statement</i> » (5)	Ces recommandations indiquent que la colectomie par cœlioscopie pour les colites aiguës peut être réalisée en sécurité dans les centres bénéficiant d'une expérience pour la cœlioscopie.  La question du rétablissement de continuité n'est pas abordée.	Grade B
Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, 2007 « <i>Guidelines for the Management of Colorectal Cancer</i> » (6)	Ces recommandations indiquent que les interventions pour le cancer colorectal par cœlioscopie doivent être entreprises par des chirurgiens formés à ces interventions et définissent les conditions d'audite de la pratique de la cœlioscopie.  La question du rétablissement de continuité n'est pas abordée.	Grade C
American Society of Colon and Rectal Surgeons, 2012 « <i>Practice Parameters for the Management of Colon Cancer</i> » (7)	Ces recommandations indiquent que la chirurgie ouverte et la cœlioscopie pour les cancers du côlon localisés présentent une survenue semblable d'événements carcinologiques. Il est précisé que le choix de la cœlioscopie se fait sur la base de l'expérience du chirurgien et selon le patient et le type de tumeur (sans plus de précisions).  La question du rétablissement de continuité n'est pas abordée.	Grade A

NR : non renseigné ; La méthode de gradation variant selon le promoteur, elles figurent in extenso en Annexe 1 pour chacune des recommandations.

Aucune des 12 méta-analyses et des 3 revues systématiques identifiées par la recherche documentaire n'a étudié l'absence de rétablissement de continuité dans un contexte de cœlioscopie. En effet, une minorité des références précise que les patients inclus ont bénéficié d'un rétablissement

de continuité, les autres ne donnent aucune indication. La synthèse des conclusions de 12 méta-analyses et des 3 revues systématiques est reportée dans un tableau en annexe 2.

Il ressort de l'analyse de ces documents un certain nombre de points convergents notamment en ce qui concerne l'efficacité et la sécurité :

- la cœlioscopie n'est pas différente de la laparotomie en termes d'efficacité et de sécurité ;
- la cœlioscopie est une technique réalisable pour les colectomies droites et gauches dans plusieurs indications précisées notamment dans le rapport de la HAS de 2007 (1) ;
- l'ensemble des références ont des conclusions convergentes avec le rapport de la HAS de 2007 en faveur de la réalisation des colectomies droites et gauches par cœlioscopie ;
- aucune des références issues de l'analyse de la littérature synthétique publiée depuis la mise en ligne du rapport de la HAS n'aborde l'absence de réalisation d'anastomose (sans rétablissement de continuité).

Au final, l'analyse de la littérature synthétique récente identifiée par la recherche documentaire effectuée par la HAS est en accord avec les conclusions du rapport de 2007. Aucune des références ne distingue les actes selon rétablissement ou non de la continuité. Le rétablissement de continuité secondairement par cœlioscopie, est réalisable et est inscrite à la nomenclature. Tous les autres actes « voisins » ou proches sont réalisables par cœlioscopie.

## Conclusion

L'ensemble des données analysées (celles citées par le demandeur et celles identifiées par la recherche documentaire réalisée par la HAS) sont concordantes avec la proposition de l'UNCAM de créer deux actes de colectomies droites et gauches par coelioscopie sans rétablissement de continuité.

La HAS donne donc un avis favorable à la proposition de l'UNCAM de création de ces deux actes :

- 1) colectomie droite sans rétablissement de la continuité par coelioscopie ;
- 2) colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de continuité par coelioscopie.

## Annexe 1. Méthodes de gradations de chacune des recommandations mentionnées dans l'argumentaire.

- Méthode de gradation du Comité de l'évolution des pratiques en oncologie, « *Laparoscopic versus open surgery for the treatment of colorectal cancer: a literature review and recommandations* » (3).

Level or grade	Description
<b>Level of evidence</b>	
I	Evidence demonstrated by means of meta-analyses of well-designed controlled trials or large randomized trials with clear-cut results (low rate of false-positive and false-negative errors, high power)
II	Evidence demonstrated by means of small randomized trials with uncertain results (high rate of false-positive and false-negative errors, low power)
III	Evidence demonstrated by means of nonrandomized concurrent cohort comparisons with contemporaneous controls
IV	Evidence demonstrated by means of nonrandomized historical cohort comparisons
V	Evidence demonstrated by means of case series without controls
<b>Grade of recommendation</b>	
A	Supported by Level I evidence or multiple Level II, III or IV trials presenting concordant observations
B	Supported by Level II, III or IV trials presenting generally concordant observations
C	Supported by Level II, III or IV trials presenting nonconcordant observations
D	Supported by few trials or no empiric evidence

Adapted from Cook and colleagues<sup>11</sup> with permission from the American College of Chest Physicians.

- Méthode de gradation du *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, « *Diagnosis and management of colorectal cancer* » (4).

KEY TO EVIDENCE STATEMENTS AND GRADES OF RECOMMENDATIONS	
<b>LEVELS OF EVIDENCE</b>	
1 <sup>++</sup>	High quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias
1 <sup>+</sup>	Well conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias
1 <sup>-</sup>	Meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a high risk of bias
2 <sup>++</sup>	High quality systematic reviews of case control or cohort studies High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal
2 <sup>+</sup>	Well conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal
2 <sup>-</sup>	Case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal
3	Non-analytic studies, eg case reports, case series
4	Expert opinion
<b>GRADES OF RECOMMENDATION</b>	
Note: The grade of recommendation relates to the strength of the evidence on which the recommendation is based. It does not reflect the clinical importance of the recommendation.	
A	At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1 <sup>++</sup> , and directly applicable to the target population; or A body of evidence consisting principally of studies rated as 1 <sup>+</sup> , directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results
B	A body of evidence including studies rated as 2 <sup>++</sup> , directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 1 <sup>++</sup> or 1 <sup>+</sup>
C	A body of evidence including studies rated as 2 <sup>+</sup> , directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 2 <sup>++</sup>
D	Evidence level 3 or 4; or Extrapolated evidence from studies rated as 2 <sup>+</sup>
<b>GOOD PRACTICE POINTS</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Recommended best practice based on the clinical experience of the guideline development group

► **Méthode de gradation de l'Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, « The Management of Anal Fissure: ACPGBI Position Statement » (5).**

**Table I** Levels of evidence and grades of recommendation.

Level of evidence		Grade of evidence	
I	Evidence obtained from a single randomized controlled trial or from a systematic review or meta-analysis of randomized controlled trials	A	Evidence of type I or consistent findings from multiple studies of type IIa, IIb or III
IIa	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomization	B	Evidence of type IIa, IIb or III and generally consistent findings
IIb	Evidence obtained from at least one other well-designed quasi-experimental study	C	Evidence of type IIa IIb or III but inconsistent findings
III	Evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case studies	D	Little or no systematic evidence
IV	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities, case reports	GP	Recommended good practice based on the clinical experience of the expert group and other professionals*

Adapted from Eccles M, Mason J<sup>1</sup> and NHS Executive. Clinical Guidelines: Using Clinical Guidelines to improve patient care within the NHS. London: 1996.

► **Méthode de gradation de l'Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, 2007 « Guidelines for the Management of Colorectal Cancer » (6).**

These guidelines have been assessed using a system designed by the Health Services Research Unit, University of Aberdeen. This system is summarised below:

**a) Grading of Evidence**

- Ia: Evidence obtained from meta-analysis of randomised controlled trials
- Ib: Evidence obtained from at least one randomised controlled trial
- IIa: Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomisation
- IIb: Evidence obtained from at least one other type of well-designed quasi-experimental study
- III: Evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies such as comparative studies, correlation studies and case studies
- IV: Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities

Note: Every reference quoted in the text of the detailed version of the guidelines is graded according to this system.

**b) Grading of Recommendations**

- A: Requires at least one randomised controlled trial as part of the body of literature of overall good quality and consistency addressing the specific recommendation (levels Ia, Ib).
- B: Requires the availability of well-conducted clinical studies but no randomised clinical trials on the topic of recommendation (levels IIa, IIb, III)
- C: Requires evidence from expert committee reports or opinions and/or clinical experience of respected authorities. Indicates absence of directly applicable clinical studies of good quality (level IV)

► Méthode de gradation de l'*American Society of Colon and Rectal Surgeons, 2012*  
« *Practice Parameters for the Management of Colon Cancer* » (7).

**TABLE 1.** The GRADE system—grading recommendations\*

	Description	Benefit vs risk and burdens	Methodological quality of supporting evidence	Implications
1A	Strong recommendation, high-quality evidence	Benefits clearly outweigh risk and burdens or vice versa	RCTs without important limitations or overwhelming evidence from observational studies	Strong recommendation, can apply to most patients in most circumstances without reservation
1B	Strong recommendation, moderate-quality evidence	Benefits clearly outweigh risk and burdens or vice versa	RCTs with important limitations (inconsistent results, methodological flaws, indirect or imprecise) or exceptionally strong evidence from observational studies	Strong recommendation, can apply to most patients in most circumstances without reservation
1C	Strong recommendation, low- or very-low-quality evidence	Benefits clearly outweigh risk and burdens or vice versa	Observational studies or case series	Strong recommendation but may change when higher quality evidence becomes available
2A	Weak recommendation, high-quality evidence	Benefits closely balanced with risks and burdens	RCTs without important limitations or overwhelming evidence from observational studies	Weak recommendation, best action may differ depending on circumstances or patients' or societal values
2B	Weak recommendations, moderate-quality evidence	Benefits closely balanced with risks and burdens	RCTs with important limitations (inconsistent results, methodological flaws, indirect or imprecise) or exceptionally strong evidence from observational studies	Weak recommendation, best action may differ depending on circumstances or patients' or societal values
2C	Weak recommendation, low- or very-low-quality evidence	Uncertainty in the estimates of benefits, risks and burden; benefits, risk and burden may be closely balanced	Observational studies or case series	Very weak recommendations; other alternatives may be equally reasonable

RCT = randomized controlled trial.

\*Adapted from: Guyatt G, Guterren D, Baumann MH, et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: Report from an American College of Chest Physicians Task Force. *Chest*. 2006;129:174–181.

## Annexe 2. Tableau de synthèse des conclusions des revues systématiques et méta-analyses.

Type	Auteur, année, pays	Conclusions	Commentaires
MA <sup>1</sup>	Theophilus, 2013, Australie (8)	La coelioscopie pour les colectomies dans un contexte de cancer du côlon n'est pas différente de la chirurgie ouverte en termes de survie à long terme (cinq ans).	Les types de colectomies ne sont pas précisés (droite, gauche, ...), ni le rétablissement ou non de la continuité.
RS <sup>2</sup>	Harji, 2013, GB (9)	La coelioscopie dans la résection des cancers colorectaux est réalisable en urgence et présente une réduction des complications post-opératoire.	Les colectomies droite et gauche sont incluses dans la RS. Le rétablissement de la continuité n'est mentionné que dans une seule des 22 études sélectionnées.
RS	Gaertner, 2013, EU (10)	La coelioscopie pour les colectomies dans un contexte de diverticulose est associée à une réduction de la morbidité post-opératoire par rapport à la chirurgie ouverte, entraînant une réduction de la durée d'hospitalisation et des coûts.	Les colectomies gauches sont mentionnées. Le rétablissement de la continuité n'est pas mentionné.
MA	Di, 2013, China (11)	Les auteurs de cette MA n'ont pas mis en évidence de différence entre les voies d'abord (coelioscopie et chirurgie ouverte) et concluent à l'équivalence des techniques sur le plan de l'efficacité (survie à cinq ans) et de la sécurité.	Les colectomies droite et gauche sont mentionnées par au moins deux études sur les cinq sélectionnées. Le rétablissement de la continuité n'est pas mentionné.
MA	Ohtani, 2012, Japon (12)	Les auteurs de cette MA indique que la coelioscopie pour les colectomies présente une meilleure sécurité (réduction de certaines complications) avec une efficacité comparable.	Les types de colectomies ne sont pas précisés (droite, gauche, ...), ni le rétablissement ou non de la continuité.
MA	Kuhry, 2008, Norvège (Cochrane) (13)	Les auteurs n'ont pas mis en évidence de différence sur la sécurité et l'efficacité de la coelioscopie par rapport à la laparotomie pour les colectomies dans un contexte de cancer du côlon. Ils indiquent que la coelioscopie est une technique réalisable.	Les études sélectionnées ont inclus les colectomies droite et gauche. Il est mentionné que le rétablissement de la continuité est réalisé dans les études sélectionnées.
MA	Yang, 2013, Australie (14)	Les auteurs ont mis en évidence des différences en faveur de la coelioscopie notamment une réduction des complications péri-opératoire par rapport à la chirurgie ouverte pour les colectomies dans les cancers du côlon avancés (stade IV).	Cette MA inclut cinq études comparatives. Les études sélectionnées ont inclus les colectomies droite et gauche. Il est mentionné que le rétablissement de la continuité est réalisé dans les études sélectionnées.
MA	Bartels, 2013, Pays-Bas (15)	Dans un contexte de colectomie pour colites (hors situation d'urgence), la coelioscopie peut être utilisée. Les auteurs ont mis en évidence une réduction de certaines complications post-opératoires (infections).	Les types de colectomies ne sont pas précisés (droite, gauche, ...), ni le rétablissement ou non de la continuité.

<sup>1</sup> MA : méta-analyse

<sup>2</sup> RS : revue systématique

Type	Auteur, année, pays	Conclusions	Commentaires
MA	Rondelli, 2012, Italie (16)	Les auteurs ont mis en évidence notamment une réduction des pertes sanguines de la durée d'hospitalisation et des complications post-opératoires à court terme en faveur de la coelioscopie pour les colectomies droites dans un contexte de cancer du côlon.	Seules les colectomies droites sont traitées dans cette MA. Il est mentionné que le rétablissement de la continuité est réalisé dans la plupart des études sélectionnées.
MA	Sammour, 2011, Nouvelle-Zélande (17)	Les auteurs ont mis en évidence que la coelioscopie dans les chirurgies colorectales (cancer du côlon, diverticulose, maladie de Crohn) est associée avec plus de complications au cours de l'opération qu'avec la laparotomie.	Les types de colectomies ne sont pas précisés (droite, gauche, ...), ni le rétablissement ou non de la continuité.
MA	Bai, 2010, Chine (18)	Les auteurs n'ont pas mis en évidence de différence sur l'efficacité à long terme (mortalité à cinq ans) de la coelioscopie par rapport à la laparotomie pour les colectomies dans un contexte de cancer du côlon. Ils indiquent que la coelioscopie est une technique réalisable.	Les études sélectionnées ont inclus les colectomies droite et gauche. Le rétablissement de la continuité n'est pas mentionné.
MA	Yamamoto, 2008, Japon (19)	Les auteurs ont mis en évidence une réduction du nombre d'infections des plaies en faveur de la coelioscopie pour les colectomies dans un contexte de cancer du côlon.	Les types de colectomies ne sont pas précisés (droite, gauche, ...), ni le rétablissement ou non de la continuité.
MA	Liang, 2007, Chine (20)	Les auteurs n'ont pas mis en évidence de différence sur les récurrences de cancer entre la coelioscopie et la laparotomie pour les cancers colorectaux (à au moins 14 mois).	Les types de colectomies ne sont pas précisés (droite, gauche...), ni le rétablissement ou non de la continuité.
RS	Kahnamoui, 2007, Canada (21)	Les auteurs n'ont pas mis en évidence de différence (sur la sécurité et l'efficacité) et indiquent que la résection d'un cancer du côlon par coelioscopie est aussi sûre et efficace que la technique par chirurgie ouverte classique.	Les études sélectionnées ont inclus les colectomies droite et gauche. Le rétablissement de la continuité n'est pas mentionné.
MA	Jackson, 2007, Canada (22)	Les auteurs n'ont pas mis en évidence de différence en terme de récurrence de cancer entre la coelioscopie et la laparotomie, et indiquent que la coelioscopie est réalisable pour les colectomies dans le cancer du côlon.	Les types de colectomies ne sont pas précisés (droite, gauche, ...), ni le rétablissement ou non de la continuité.

## Références

1. Haute Autorité de Santé. Colectomies par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_colectomies\\_par\\_coelioscopie.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_colectomies_par_coelioscopie.pdf)
2. Botchorishvili R, Velemir L, Wattiez A, Tran X, Bolandard F, Rabischong B, *et al.* Coelioscopie et coeliochirurgie : principes généraux et instrumentation Encycl Med Chir Techniques chirurgicales - Gynécologie 2007(41-515-A).
3. Morneau M, Boulanger J, Charlebois P, Latulippe JF, Lougnarath R, Thibault C, *et al.* Laparoscopic versus open surgery for the treatment of colorectal cancer: a literature review and recommendations from the Comité de l'évolution des pratiques en oncologie. Can J Surg 2013;56(5):297-310.
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and management of colorectal cancer Glasgow: SIGN; 2011.  
<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign126.pdf>
5. Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. Position Statements: Management of Anal Fissure Management of Acute Severe Colitis. Colorectal Disease 2008;10(Suppl. 3):1-7.
6. Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. Guidelines for the Management of Colorectal Cancer. London: ACPGBI; 2007.  
<http://www.acpgbi.org.uk/content/uploads/2007-CC-Management-Guidelines.pdf>
7. American Society of Colon and Rectal Surgeons, Chang GJ, Kaiser AM, Mills S, Rafferty JF, Buie WD. Practice parameters for the management of colon cancer. Dis Colon Rectum 2012;55(8):831-43.
8. Theophilus M, Platell C, Spilsbury K. Long-term survival following laparoscopic and open colectomy for colon cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials. Colorectal Dis 2014;16(3):O75-81.
9. Harji DP, Griffiths B, Burke D, Sagar PM. Systematic review of emergency laparoscopic colorectal resection. Br J Surg 2014;101(1):e126-33.
10. Gaertner WB, Kwaan MR, Madoff RD, Willis D, Belzer GE, Rothenberger DA, *et al.* The evolving role of laparoscopy in colonic diverticular disease: a systematic review. World J Surg 2013;37(3):629-38.
11. Di B, Li Y, Wei K, Xiao X, Shi J, Zhang Y, *et al.* Laparoscopic versus open surgery for colon cancer: a meta-analysis of 5-year follow-up outcomes. Surg Oncol 2013;22(3):e39-43.
12. Ohtani H, Tamamori Y, Arimoto Y, Nishiguchi Y, Maeda K, Hirakawa K. A meta-analysis of the short- and long-term results of randomized controlled trials that compared laparoscopy-assisted and open colectomy for colon cancer. J Cancer 2012;3:49-57.
13. Kuhry E, Schwenk WF, Gaupset R, Romild U, Bonjer HJ. Long-term results of laparoscopic colorectal cancer resection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008;2:CD003432.
14. Yang TX, Billah B, Morris DL, Chua TC. Palliative resection of the primary tumour in patients with Stage IV colorectal cancer: systematic review and meta-analysis of the early outcome after laparoscopic and open colectomy. Colorectal Dis 2013;15(8):e407-19.
15. Bartels SA, Gardenbroek TJ, Ubbink DT, Buskens CJ, Tanis PJ, Bemelman WA. Systematic review and meta-analysis of laparoscopic versus open colectomy with end ileostomy for non-toxic colitis. Br J Surg 2013;100(6):726-33.
16. Rondelli F, Trastulli S, Avenia N, Schillaci G, Cirocchi R, Gulla N, *et al.* Is laparoscopic right colectomy more effective than open resection? A meta-analysis of randomized and nonrandomized studies. Colorectal Dis 2012;14(8):e447-69.
17. Sammour T, Kahokehr A, Srinivasa S, Bissett IP, Hill AG. Laparoscopic colorectal surgery is associated with a higher intraoperative complication rate than open surgery. Ann Surg 2011;253(1):35-43.
18. Bai HL, Chen B, Zhou Y, Wu XT. Five-year long-term outcomes of laparoscopic surgery for colon cancer. World J Gastroenterol 2010;16(39):4992-7.
19. Yamamoto S, Fujita S, Ishiguro S, Akasu T, Moriya Y. Wound infection after a laparoscopic resection for colorectal cancer. Surg Today 2008;38(7):618-22.
20. Liang Y, Li G, Chen P, Yu J. Laparoscopic versus open colorectal resection for cancer: a meta-analysis of results of randomized controlled trials on recurrence. Eur J Surg Oncol 2008;34(11):1217-24.
21. Kahnamoui K, Cadeddu M, Farrokhyar F, Anvari M. Laparoscopic surgery for colon cancer: a systematic review. Can J Surg 2007;50(1):48-57.
22. Jackson TD, Kaplan GG, Arena G, Page JH, Rogers SO, Jr. Laparoscopic versus open resection for colorectal cancer: a metaanalysis of oncologic outcomes. J Am Coll Surg 2007;204(3):439-46.

## Fiche descriptive

Intitulé	Descriptif
Méthode de travail	Recherche systématique et analyse critique de la littérature synthétique
Date de mise en ligne	Novembre 2014
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>
Objectif	Vérifier l'adéquation entre la demande et la littérature synthétique
Professionnel(s) concerné(s)	Chirurgiens digestifs
Demandeur	Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)
Promoteur	Haute Autorité de santé (HAS), service évaluation des actes professionnels (SEAP)
Pilotage du projet	Coordination : Jean-Charles LAFARGE, chef de projet, SEAP (chef de service : Michèle MORIN-SURROCA, adjoint au chef de service : Denis-Jean DAVID) Secrétariat : Suzie DALOUR, assistante, SEAP
Recherche documentaire	De janvier 2007 à septembre 2014 (stratégie de recherche documentaire décrite en p.8 et 9) Réalisée par Aurélien DANCOISNE, documentaliste, avec l'aide de Yasmine LOMBRY, assistante documentaliste, sous la responsabilité de Frédérique PAGES, chef du service documentation valorisation, et Christine DEVAUD, adjointe au chef de service
Auteurs de l'argumentaire	Jean-Charles LAFARGE, chef de projet, SEAP, sous la responsabilité de Michèle MORIN-SURROCA, chef de service, SEAP
Validation	Collège de la HAS : novembre 2014
Autres formats	Pas d'autre format que le format électronique disponible sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>
Documents d'accompagnement	Avis de la HAS (novembre 2014) disponible sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>

~

HAS

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)