



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ACTES ET PRESTATIONS - AFFECTION DE
LONGUE DURÉE

Troubles du rythme ventriculaire graves



Février 2016

Ce document est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service Communication - information

5, 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 00

Sommaire

1. Avertissement	4
2. Critères médicaux d'admission en vigueur (Décret n° 2011-74-75-77 du 19 janvier 2011 et n°2011-726 du 24 juin 2011)	5
3. Professionnels	6
4. Biologie	7
5. Actes	8
6. Traitements	9
6.1 Défibrillateurs cardiaques automatiques implantables	9
6.2 Médicaments des troubles du rythme ventriculaire	10
6.3 Actes invasifs et chirurgicaux	11
6.4 Prise en charge non médicamenteuse	12

Mise à jour des actes et prestations ALD (APALD)

Les actes et prestations ALD (APALD) sont actualisés une fois par an et disponibles sur le site internet de la HAS (www.has-sante.fr).

1. Avertissement

Contexte Affection de longue durée (ALD)

Les ALD sont des affections nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (article L.324-1).

Depuis la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, l'exonération du ticket modérateur pour l'assuré, est soumise à l'admission en ALD à l'aide d'un protocole de soins établi de façon conjointe entre le médecin traitant et le médecin-conseil de la Sécurité sociale, signé par le patient.

Missions de la HAS en matière d'ALD

Conformément à ses missions, (article L 161-37-1 et art. R. 161-71 3), la Haute Autorité de santé formule des recommandations sur les actes et prestations nécessités par le traitement des affections mentionnées à l'article L.324-1 pour lesquelles la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application du 3° et 4° de l'article L.322-3 :

Par ailleurs, elle :

- émet un avis sur les projets de décret pris en application du 3° de l'article L. 322-3 fixant la liste des affections de longue durée ;
- formule des recommandations sur les critères médicaux utilisés pour la définition de ces mêmes affections ;
- formule des recommandations sur les actes médicaux et examens biologiques que requiert le suivi des affections relevant du 10° de l'article L.322-3.

Objectif du document actes et prestations ALD

Le document actes et prestations ALD est une **aide à l'élaboration du protocole de soins établi pour l'admission en ALD** d'un patient, ou son renouvellement. Il est proposé comme **élément de référence pour faciliter le dialogue entre le malade, le médecin traitant et le médecin conseil.**

Ce n'est ni un outil d'aide à la décision clinique, ni un résumé du guide.

Contenu du document actes et prestations ALD

Ce document **comporte les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, selon les règles de droit commun ou des mesures dérogatoires.** Ainsi les utilisations hors AMM ou hors LPPR n'y seront inscrites qu'en cas de financement possible par un dispositif dérogatoire en vigueur. Il faut noter que les prescriptions hors AMM, y compris dans ces dispositifs dérogatoires, sont assorties de conditions, notamment une information spécifique du patient.

Le document actes et prestations n'a pas de caractère limitatif. Le guide peut comporter des actes ou prestations recommandés mais ne bénéficiant pas d'une prise en charge financière. Aussi **l'adaptation du protocole de soins à la situation de chaque patient relève du dialogue entre le malade, le médecin traitant et le médecin conseil de l'assurance maladie.**

2. Critères médicaux d'admission en vigueur (Décret n° 2011-74-75-77 du 19 janvier 2011 et n°2011-726 du 24 juin 2011)

ALD 5 « Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires et congénitales graves »

Sont concernés par l'exonération du ticket modérateur :

- les troubles du rythme ventriculaire (TRV) potentiellement graves : toute extrasystolie ventriculaire n'ayant pas les caractéristiques de la bénignité. Sont considérées comme bénignes des extrasystoles ventriculaires monomorphes non répétitives, survenant à distance du sommet de l'onde T, sur cœur sain ;
- les troubles du rythme ventriculaire pouvant entraîner une instabilité hémodynamique et une mort subite cardiaque : tachycardie ventriculaire (TV) soutenue ou non ; monomorphe ou polymorphe (dont les torsades de pointe) ; fibrillation ventriculaire (FV).

L'exonération initiale est accordée pour une durée de deux ans, renouvelable si la poursuite d'un traitement (médicaments et/ ou implantation d'un défibrillateur) s'avère nécessaire.

3. Professionnels

Les patients présentant des troubles du rythme ventriculaire doivent être pris en charge par des équipes expertes pluridisciplinaires.

Bilan initial, traitement et suivi	
Cardiologue	<ul style="list-style-type: none"> Tous les patients
Cardiologue/rythmologie	<ul style="list-style-type: none"> Bilan initial Tous les 3-6 mois si défibrillateur automatique implantable (DAI) <ul style="list-style-type: none"> - 1 mois après implantation puis tous les 3-6 mois ; - en cas de signe d'instabilité ou de complication - en vue d'introduire ou de modifier le traitement antiarythmique.
Radiologue/cardiologue/ médecins nucléaires pour imagerie hors échographie	<ul style="list-style-type: none"> Selon besoin si échographie insuffisamment contributive pour déterminer étiologie du trouble du rythme et fonction cardiaque Étude morphologique & fonctionnelle du cœur
Médecin généraliste	<ul style="list-style-type: none"> Tous les patients
Pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> Vigilance sur les interactions médicamenteuses
Infirmière	<ul style="list-style-type: none"> Selon besoin
Gériatre	<ul style="list-style-type: none"> Selon besoin
Psychologue ¹ /Psychiatre	<ul style="list-style-type: none"> Impact psychologique des troubles du rythme cardiaque et des chocs électriques chez les porteurs de DAI (recommandation ICESC 2015) Avant et après implantation d'un Défibrillateur cardiaque Automatique Implantable (DAI) Dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire en cardiologie
Chirurgien cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> Selon besoin
Généticien	<ul style="list-style-type: none"> Selon besoin (troubles du rythme héréditaires)

¹ Prestation non remboursée par la sécurité sociale.

4. Biologie

Examens	Situations cliniques
Kaliémie/ionogramme	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan initial • Surveillance régulière (facteurs précipitants troubles du rythme) • Chaque évènement intercurrent (infection, troubles digestifs, introduction d'un nouveau médicament)
<p>Fonction rénale</p> <p>Pour dépistage, diagnostic, suivi d'une atteinte rénale : Créatininémie et estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) avec l'équation CKD-EPI</p> <p>Pour surveillance des traitements / ajustement des posologies des médicaments : Créatininémie avec estimation de la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft et Gault)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan initial • Surveillance régulière • En cas d'évènement intercurrent
TSH	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan initial • Traitement par amiodarone : avant la prescription, puis tous les 6 mois à 12 mois y compris l'année qui suit l'arrêt du traitement et en cas de signes cliniques d'appel
Hémogramme plaquettes	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan initial • En cas d'évènement intercurrent (saignement, anémie) • Si besoin
Bilan hépatique	<ul style="list-style-type: none"> • Si traitement par amiodarone : bilan initial & surveillance régulière de la fonction hépatique • Bilan initial • Si traitement par amiodarone : la surveillance de l'effet anticoagulant et du risque hémorragique. Contrôle plus fréquent de l'INR et adaptation le cas échéant de la posologie de l'anticoagulant oral pendant le traitement par amiodarone et 8 jours après le traitement
Hémostase	
Glycémie à jeun	<ul style="list-style-type: none"> • Exploration des facteurs de risque de l'athérosclérose
Bilan lipidique	<ul style="list-style-type: none"> • Exploration des facteurs de risque de l'athérosclérose
Bilan spécifique en cas de maladie inflammatoire ou infiltrative ou suspicion maladie génétique (avis spécialisé)	

5. Actes

Actes	Situations cliniques
ECG 12 D	<ul style="list-style-type: none"> • Systématique pour : <ul style="list-style-type: none"> - le diagnostic du Trouble du Rythme Ventriculaire (TRV) - l'étiologie - la surveillance du patient - à chaque signe d'appel
Échocardiographie transthoracique (ETT)	<ul style="list-style-type: none"> • Systématique pour le bilan diagnostique et le suivi du patient • Recherche maladie cardiaque causale ou associée au TRV • Surveillance de la fraction d'éjection du ventricule gauche
Holter ECG 24 heures ou 7 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan initial • Identification & caractéristiques du TRV • Anomalies électriques associées • Fréquence & gravité des troubles
ECG évènementiel télétransmis	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan initial • Identification & caractéristiques du TRV • Anomalies électriques associées • Fréquence & gravité des troubles
Epreuve d'effort	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan étiologique • Identification & caractéristiques du TRV • Anomalies électriques associées (insuffisance coronaire ou infarctus) • Fréquence & gravité des troubles
Coronarographie	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche d'une maladie coronaire associée
Imagerie cardiaque hors échographie	<ul style="list-style-type: none"> • Origine du TRV si échographie non contributive • Imagerie cardiaque par résonance magnétique • Scanner si IRM contre-indiquée • Méthodes isotopiques (scintigraphie, PET scan) • Avis spécialisés
Biopsie endomyocardique	<ul style="list-style-type: none"> • Sur avis spécialisé
Échocardiographie de stress	Sur avis spécialisé
Étude électrophysiologique	Sur avis spécialisé
Enquête familiale	Sur avis spécialisé
Polysomnographie ou polygraphie du sommeil	Sur avis spécialisé
Radio pulmonaire / épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR)	Élément d'orientation diagnostique étiologique
Moniteur implantable	Étiologie des syncopes inexplicables récurrentes

6. Traitements

Les troubles du rythme ventriculaire peuvent constituer un marqueur de risque de mort subite dont la prévention repose le plus souvent sur un défibrillateur cardiaque automatique implantable (DAI) et plus rarement sur les médicaments antiarythmiques. Le choix du traitement dépend de la maladie causale et/ ou de la cardiopathie associée.

6.1 Défibrillateurs cardiaques automatiques implantables

Traitements	Situations cliniques
Défibrillateur automatique implantable à sonde endocavitaire (DAI)	<p>DAI simples ou doubles chambres Après exploration complète du trouble du rythme et avis spécialisé (Cf. avis de la CNEDIMTS, juin 2015)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arythmie ventriculaire avec instabilité hémodynamique chez un patient ayant une insuffisance cardiaque (IC) ischémique ou non, symptomatique (NYHA II ou III) dont l'espérance de vie est > 1an et l'état fonctionnel est bon et dont la FEVG reste ≤ 35 % malgré un traitement médical optimal d'au moins 3 mois • Arythmie ventriculaire ayant une instabilité hémodynamique chez un patient avec une espérance de vie > 1an et bon état fonctionnel • Maladie génétique à haut risque de mort subite sans traitement efficace <p>Les indications des DAI à stimulation atrio-ventriculaires sont discutées dans les APALD de l'insuffisance cardiaque</p>
Défibrillateur automatique implantable à sonde sous cutanée	<ul style="list-style-type: none"> • En alternative au DAI endocavitaire en l'absence d'indication de stimulation cardiaque, de resynchronisation ou de stimulation anti-tachycardie • En cas de difficultés d'abord vasculaire, après une endocardite sur sonde ou chez les sujets jeunes avec une indication très prolongée à un DAI <p>Les indications des DAI à stimulation atrio-ventriculaires sont discutées dans les APALD de l'insuffisance cardiaque</p>
Défibrillateur cardiaque externe portable	<ul style="list-style-type: none"> • Après explantation d'un système de défibrillation implantable pour infection de loge ou d'électrodes • Après revascularisation myocardique si FEVG < 30 % après 48 heures et discussion au terme du 3^e mois • Après infarctus du myocarde si FEVG < 30 % après 48 heures jusqu'à réévaluation de la fonction VG et discussion d'un DAI au terme du 40^e jour • Au décours d'une hospitalisation pour insuffisance cardiaque « de novo » jusqu'à réévaluation de la fonction VG sous traitement optimisé et discussion d'un DAI au terme du 3^e mois. <p>En théorie durée maximale d'utilisation, 3 mois.</p>
Télésurveillance des défibrillateurs cardiaques implantables	<p>Prestation associée à la télésurveillance des défibrillateurs cardiaques implantables http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CEPP-4506_PRESTATION_DCI_09_juillet_2013_%284225%29_avis.pdf</p>

6.2 Médicaments des troubles du rythme ventriculaire

À l'exception de certaines maladies cardiaques particulières (canalopathies), les antiarythmiques sont le plus souvent utilisés comme traitement adjuvant. Ces médicaments interagissent avec de nombreux médicaments d'usage courant (médicaments cardiovasculaires, antibiotiques, ...). Le rapport bénéfice/risque doit être évalué pour chaque patient. Leur utilisation exige une surveillance clinique et biologique très étroites et régulières. L'information du patient est essentielle pour réduire autant que possible le risque d'interactions médicamenteuses délétères.

Traitements	Situations cliniques
B-bloquants ²	<ul style="list-style-type: none"> Traitement de certains troubles du rythme ventriculaire et en prévention de la mort subite, en particulier lorsqu'il existe une composante adrénérgique
Sotalol	<p>Sur avis du cardiologue, après évaluation médicale complète et incluant ECG / mesure QT, kaliémie, fonction rénale et médicaments associés</p> <ul style="list-style-type: none"> Prévention des récurrences de tachycardie ventriculaire menaçant le pronostic vital ; traitement instauré en milieu hospitalier sous monitoring Prévention des récurrences de tachycardie ventriculaire documentée symptomatique et invalidante en l'absence d'insuffisance cardiaque non contrôlée Attention : <ul style="list-style-type: none"> Au risque d'allongement du QT et de torsade de pointe, imposant un suivi ECG aux associations médicamenteuses susceptibles d'amplifier un effet antiarythmique ou hypokaliémiant Prévenir l'anesthésiste
Amiodarone (voie orale)	<p>Sur avis du cardiologue</p> <ul style="list-style-type: none"> Prévention des récurrences, traitement instauré en milieu hospitalier sous monitoring <ul style="list-style-type: none"> Tachycardie ventriculaire menaçant le pronostic vital Tachycardie ventriculaire documentée symptomatique et invalidante Fibrillation ventriculaire L'amiodarone peut être utilisée en présence d'une insuffisance coronaire et/ou d'une altération de la fonction ventriculaire gauche. L'électrocardiogramme est modifié sous amiodarone. Surveillance de l'ECG mais aussi surveillance clinique en raison des effets secondaires thyroïdiens, pulmonaires, oculaires, hépatiques, neuromusculaires, Surveiller la kaliémie, contrôle plus fréquent de l'INR si traitement par anticoagulant oral. Surveillance de la fonction hépatique. Auscultation pulmonaire systématique chez patient traité par amiodarone et avis pneumologique en cas d'aggravation inexplicable de la dyspnée

² Dans cette classe thérapeutique, toutes les spécialités pharmaceutiques n'ont pas l'indication « troubles du rythme ventriculaire » ; le médecin doit s'assurer que la spécialité pharmaceutique et le dosage ont bien l'indication visée.

Traitements	Situations cliniques
	<ul style="list-style-type: none"> • Attention : <ul style="list-style-type: none"> - aux associations médicamenteuses susceptibles d'amplifier un effet antiarythmique ou hypokaliémiant - au risque de saignement si associé avec les anti-coagulants oraux - au risque de rhabdomyolyse si associé avec simvastatine - voir notice • Prévenir l'anesthésiste
Antiarythmiques IA-IC	<p>Sur avis du cardiologue</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitement et prévention des récurrences de troubles du rythme ventriculaire documentés, symptomatiques et invalidants, en l'absence d'altération de la fonction ventriculaire gauche et/ou de coronaropathie avérée ; • Prévention des chocs électriques inappropriés chez patients porteurs de DAI. • Attention : <ul style="list-style-type: none"> - aux associations médicamenteuses susceptibles d'amplifier un effet antiarythmique, torsadogène ou hypokaliémiant - Prévenir l'anesthésiste
Antiarythmiques de classe IV	Seul le vérapamil IV a l'indication troubles du rythme ventriculaire, les formes per os princeps, ou génériques n'ont pas cette indication

6.3 Actes invasifs et chirurgicaux

Actes	Situations particulières
Implantation et maintenance du DAI	<ul style="list-style-type: none"> • Cf. Évaluation des DAI avec sondes endocavitaires http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/texte_court_defibrillateurs_cardiaques_implantables_avec_sondes_endocavitaires_2015-09-29_17-26-44_817.pdf
Ablation des foyers arythmogènes L'ablation peut être chirurgicale, transcutanée ou par cathétérisme endovasculaire ou sous épicaudique	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement adjuvant des TV survenant sur cardiopathie, en complément des autres traitements • Traitement de 2^e intention des TV idiopathiques récurrentes, après échec du traitement pharmacologique
Revascularisation myocarde	<ul style="list-style-type: none"> • Sur avis spécialisé
Résection d'anévrisme ventriculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Sur avis spécialisé
Dénervation sympathique par stellectomie gauche	<ul style="list-style-type: none"> • Sur avis spécialisé
Assistance circulatoire de courte durée (ECMO) /Transplantation cardiaque/ cœur artificiel total	<ul style="list-style-type: none"> • Sur avis spécialisé
Sédation anesthésique (orage rythmique)	<ul style="list-style-type: none"> • Sur avis spécialisé

6.4 Prise en charge non médicamenteuse

Télésurveillance des défibrillateurs cardiaques implantables	<ul style="list-style-type: none">• Prestations associées à la télésurveillance des défibrillateurs cardiaques implantables : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CEPP-4506 PRESTATION DCI 09 juillet 2013 %284225%29 avis.pdf
Réadaptation à l'effort / autonomie	<ul style="list-style-type: none">• Sur avis spécialisé
Éducation thérapeutique du patient (ETP)	<ul style="list-style-type: none">• L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours du patient. Les professionnels de santé en évaluent le besoin avec le patient. Elle n'est pas opposable au malade, et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie (Art. L. 1161-1 du Code de la santé publique). <p><i>Prise en charge financière possible dans le cadre des programmes autorisés par les Agences Régionales de Santé (ARS)</i></p>



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur

www.has-sante.fr