



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**LISTE DES ACTES ET PRESTATIONS  
AFFECTION DE LONGUE DURÉE**

# Troubles du rythme ventriculaire graves

Juillet 2009

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

Haute Autorité de Santé

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 00

# Sommaire

<b>1.</b>	<b>Avertissement.....</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Critères médicaux d'admission en vigueur (<i>Haut Comité médical de la Sécurité sociale – 2002</i>).....</b>	<b>5</b>
2.1	Définition.....	5
2.2	Étiologies.....	5
2.3	Diagnostic et évaluation de la gravité.....	6
2.4	Traitement .....	7
<b>3.</b>	<b>Listes des actes et prestations nécessaires au suivi et au traitement des troubles du rythme .....</b>	<b>9</b>
3.1	Professionnels médicaux et paramédicaux.....	9
3.2	Biologie.....	11
3.3	Actes techniques .....	11
3.4	Dispositifs implantables.....	12
3.5	Traitements médicamenteux.....	13
3.6	Actes invasifs et chirurgie.....	14

## Mise à jour des guides et listes ALD

Les guides médecin élaborés par la Haute Autorité de santé sont révisés tous les 3 ans.

Dans l'intervalle, la Liste des Actes et Prestations (LAP) est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site internet de la HAS ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

## 1. Avertissement

La loi n°2004-810 du 13 août 2004, relative à l'assurance-maladie, a créé la Haute Autorité de santé et a précisé ses missions, notamment dans le domaine des affections de longue durée (article R. 161-71 du Code de la Sécurité sociale).

En son article 6, elle modifie l'article L. 322-3 du Code de la Sécurité sociale qui définit les circonstances d'exonération du ticket modérateur pour l'assuré et l'article L. 324-1 du même Code qui précise les obligations en cas d'affection de longue durée, notamment celle d'établir un protocole de soins de façon conjointe, entre le médecin traitant et le médecin-conseil de la Sécurité sociale. Ce protocole est signé par le patient ou son représentant légal.

Conformément à ses missions, fixées par le décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004, 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° de l'article L. 322-3.

Ces recommandations portent le cas échéant sur les conditions dans lesquelles doivent être réalisés ces actes et prestations, notamment leur fréquence de réalisation. La liste des actes et prestations qui suit pour les troubles du rythme ventriculaire graves cible ainsi l'ensemble des prestations qui peuvent apparaître justifiées pour la prise en charge d'un malade en ALD, lors d'un suivi ambulatoire. On entend sous le terme « troubles du rythme ventriculaire graves chroniques » les troubles du rythme ventriculaire pouvant entraîner une instabilité hémodynamique et une mort subite cardiaque :

- tachycardie ventriculaire (TV) ;
- fibrillation ventriculaire (FV).

La liste des actes et prestations doit servir de base aux protocoles de soins pour les patients en ALD, en sachant que certaines situations particulières de complications faisant l'objet d'hospitalisation peuvent être à l'origine d'actes et de soins non listés ici.

## 2. Critères médicaux d'admission en vigueur (Haut Comité médical de la Sécurité sociale – 2002)

### 2.1 Définition

Une altération de la fonction pompe du cœur constitue le dénominateur commun de toutes les insuffisances cardiaques.

Une insuffisance cardiaque peut justifier l'exonération du ticket modérateur :

- soit par la gêne fonctionnelle et l'invalidité socioprofessionnelle qu'elle entraîne ;
- soit par sa gravité pronostique, la possibilité de mort subite restant relativement imprévisible.

### 2.2 Étiologies

Les insuffisances cardiaques comprennent :

1. *les insuffisances ventriculaires gauches :*
  - dues à une atteinte myocardique primitive (cardiomyopathie hypertrophique obstructive ou non, cardiomyopathie dilatée...),
  - secondaires à une maladie coronaire (avec ou sans séquelle d'infarctus),
  - secondaires à une surcharge de pression (hypertension artérielle, rétrécissement aortique...) ou de volume (insuffisance aortique ou mitrale...), à une cardiopathie congénitale ;
2. *les insuffisances ventriculaires droites secondaires à une insuffisance cardiaque gauche (insuffisance cardiaque globale), à une hypertension artérielle pulmonaire qu'elle qu'en soit la cause (pulmonaire le plus souvent, postembolique, primitive...), une pathologie valvulaire pulmonaire ou tricuspide, une cardiopathie congénitale ;*
3. *les insuffisances cardiaques secondaires à un trouble du rythme rapide et prolongé ou subintrant (cardiopathies rythmiques). Les tachycardies ventriculaires sont souvent hémodynamiquement mal tolérées, d'autant que la pompe cardiaque n'est pas souvent indemne. Des troubles du rythme supraventriculaire, notamment les arythmies complètes (fibrillation auriculaire) à fréquence ventriculaire rapide, peuvent induire une « cardiomyopathie rythmique » avec régression des signes d'insuffisance cardiaque et de la dilatation ventriculaire si le rythme sinusal peut être durablement rétabli ;*
4. *il faut connaître la prévalence croissante des insuffisances ventriculaires à fonction systolique d'éjection normale, insuffisances cardiaques dites « diastoliques », notamment chez le sujet âgé et en cas de cardiomyopathie restrictive (hémochromatose, amylose, fibrose...) ;*

5. *les insuffisances cardiaques qui ne sont pas des insuffisances ventriculaires relèvent d'un traitement spécifique : obstacle intracardiaque (rétrécissement mitral ou tricuspïdien, thrombose auriculaire, myxome...), adïastolies péricardiques.*

## **2.3 Diagnostic et évaluation de la gravité**

Le diagnostic et l'évaluation de la gravité se fondent sur :

1. *des critères fonctionnels témoignant de la gêne fonctionnelle d'effort (essoufflement et/ou fatigue...) non expliqués par une anémie, une altération de la fonction respiratoire, une prise de poids ou une affection intercurrente récente.*

Est généralement retenue la classification fonctionnelle de l'insuffisance cardiaque proposée par la New York Heart Association.

Schématiquement :

- I. activité physique habituelle asymptomatique ;*
- II. limitation de l'activité physique pour les efforts de la vie courante ;*
- III. limitation importante de l'activité, les symptômes apparaissent pour des efforts modérés ;*
- IV. symptômes permanents, même au repos.*

L'invalidité fonctionnelle doit être considérée comme gênante à partir de la classe II. Lorsque l'interrogatoire est litigieux et/ou situe le sujet en classe fonctionnelle I, il peut être licite de quantifier l'aptitude à l'effort, par la mesure de la distance parcourue au cours d'un test de marche de 6 minutes (inférieur à 500 mètres en cas d'insuffisance cardiaque) et/ou une épreuve d'effort avec mesure conjointe des gaz respiratoires (la valeur maximale de la Vo<sub>2</sub> obtenue à l'effort est inférieure à 75 % des valeurs théoriques rapportées au poids pour le sexe et pour l'âge).

Le diagnostic d'insuffisance cardiaque peut être difficile à affirmer, notamment chez le vieillard où la gêne fonctionnelle à l'effort est souvent d'origine multifactorielle et la part cardiaque difficile à objectiver.

### **2. Des indices de gravité hémodynamique**

Ils confirment le diagnostic en cas de gêne fonctionnelle, ils sont suffisants à faire porter le diagnostic d'insuffisance cardiaque grave relevant d'une exonération du ticket modérateur, si la fraction d'éjection ventriculaire gauche calculée inférieure à 45 % (mesure échocardiographique ou mieux isotopique) ou si l'accroissement de la pression capillaire pulmonaire est

estimé égal ou supérieur à 20 mmHg (notamment pour les insuffisances cardiaques avec fraction d'éjection conservée). Les pressions de remplissage ventriculaire gauche peuvent être le plus souvent évaluées sur des critères indirects radiologiques et surtout échocardiographiques Doppler.

Certaines atypies des structures endocardiques affirmées par l'échocardiographie Doppler, non symptomatiques et hémodynamiquement bénignes (la plupart des prolapsus valvulaires mitraux...) ne relèvent pas d'une exonération du ticket modérateur. C'est le degré de l'insuffisance mitrale éventuellement associée et son retentissement fonctionnel, non l'aspect anatomique et échographique, qui doivent être pris en compte dans la reconnaissance comme Affection de Longue Durée.

### 3. *Des indices de gravité rythmique :*

enregistrement de potentiels tardifs et surtout de troubles du rythme auriculaire, et plus encore ventriculaire, symptomatiques ou soutenus, objectivés lors d'épreuves d'effort ou d'enregistrements Holter.

## 2.4 Traitement

Tout malade atteint d'insuffisance cardiaque doit être prioritairement « éduqué », informé en détail :

1. *de ses contraintes alimentaires, notamment régime plus ou moins désodé, quantifié et surtout régulièrement suivi... ;*
2. *des circonstances susceptibles de déstabiliser son état cardiaque ;*
3. *des modalités de surveillance (poids, quantification de l'essoufflement...).*

Au stade III, il est démontré qu'un reconditionnement musculaire par réadaptation physique (initié sous surveillance médicale) peut accroître les possibilités fonctionnelles à l'effort et améliorer la qualité de vie.

En ce qui concerne les traitements médicamenteux, des études contrôlées récentes ont montré qu'outre le traitement digitalodurétique traditionnel, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et certains bêtabloquants à doses strictement contrôlées ont un effet favorable sur la morbidité des insuffisances ventriculaires. Du fait de la fréquence des complications thromboemboliques veineuses et artérielles de la maladie, l'indication d'un traitement anticoagulant préventif ou curatif est souvent nécessaire. Dans l'insuffisance ventriculaire à fonction systolique conservée, surtout chez le vieillard, il faut être conscient de l'efficacité limitée des traitements médicamenteux, notamment digitalodurétiques.

Toutes les cardiopathies valvulaires ou congénitales opérées doivent continuer à bénéficier d'une prise en charge avec exonération du ticket

modérateur. De même chez tous les malades valvulaires, la surveillance et la prophylaxie des risques infectieux doivent être exonérées du ticket modérateur.

L'exonération du ticket modérateur doit s'appliquer à toute cardiopathie congénitale mal tolérée ou ayant un haut risque évolutif.

En cas de troubles du rythme, il faut le plus souvent mettre le malade à l'abri des complications thromboemboliques par un traitement anticoagulant, ralentir la fréquence ventriculaire et si possible rétablir le rythme sinusal. Toutes les tachycardies ventriculaires et les troubles du rythme supraventriculaires (arythmies complètes, flutter, tachycardies atriales, maladies rythmiques auriculaires... dès lors qu'ils sont permanents ou récidivants à court terme, qu'ils exposent aux accidents thromboemboliques et qu'ils justifient l'administration continue d'un traitement anticoagulant) doivent être considérés comme troubles du rythme graves et exonérés du ticket modérateur. En revanche, les troubles du rythme paroxystiques de la conduction auriculoventriculaire appareillés par un stimulateur cardiaque, les troubles de la conduction intracardiaque non symptomatiques, les tachycardies jonctionnelles par rythme réciproque (traditionnelle maladie de Bouveret), les hyperexcitabilités supraventriculaires ou ventriculaires non soutenues survenant sur des cœurs normaux ne sont pas justiciables d'une exonération du ticket modérateur.



### 3. Listes des actes et prestations nécessaires au suivi et au traitement des troubles du rythme

#### 3.1 Professionnels médicaux et paramédicaux

Professionnels	Situations particulières
Médecin généraliste	Toutes les situations
Cardiologue	Toutes les situations
Cardiologue expérimenté en rythmologie	Bilan initial Tous les 3-6 mois si DAI <ul style="list-style-type: none"> <li>● Suivi 1 mois après implantation d'un DAI puis tous les 3-6 mois ;</li> <li>● en cas de signe d'instabilité ou de complication</li> <li>● en vue d'introduire ou de modifier le traitement antiarythmique.</li> </ul>
Psychologue	Si besoin (Prestation dont le remboursement n'est possible que dans le cadre de structure hospitalière et de réseaux).
Psychiatre	Si besoin
Généticien	Si besoin, en cas de trouble du rythme génétiquement déterminé
Infirmière	Si nécessaire

#### Éducation thérapeutique

**L'éducation thérapeutique** constitue une dimension de l'activité de divers professionnels. Elle doit veiller à l'implication du patient atteint de troubles du rythme ventriculaire graves et de son entourage : connaissance de soi et de sa maladie, autoadaptation de son mode de vie à sa maladie, maîtrise des gestes techniques et planification des différents examens.

Elle comporte :

- une information sur le trouble du rythme et ses symptômes, la cardiopathie associée éventuelle, en précisant les signes d'alarme qui doivent conduire à une adaptation du traitement et à une consultation ;
- l'information de l'existence et de la diffusion des défibrillateurs automatiques qui peuvent être utilisés par tous ;
- l'apprentissage de certains gestes techniques par l'entourage (massage cardiaque externe) ;
- une information sur les thérapies prescrites, les effets indésirables possibles du traitement reçu par le patient ;
- une information sur les traitements à interrompre et les médicaments à éviter impérativement ;
- la planification des examens de routine ou de dépistage de complications éventuelles et leurs résultats ;
- la prise en charge des FDR CVS.

Lors de l'implantation d'un défibrillateur automatique implantable (DAI), chaque patient doit recevoir une éducation spécifique, lui expliquant le but du traitement, ses risques et la conduite à tenir en cas d'épisode de tachycardie, quand une thérapie (choc) est administrée par le DAI :

- position assise ou allongée ;
- éviter de rester seul ;
- appel du numéro de téléphone d'urgence si plus de 2 chocs sont survenus dans les dernières 24 heures ;
- appel du centre d'implantation (service de cardiologie avec expertise en rythmologie ayant implanté le DAI ou assurant le suivi) après la survenue d'1 ou 2 chocs ;
- et/ou se faire conduire en urgence au centre de cardiologie spécialisé le plus proche si des symptômes persistent après le choc.

Un carnet de porteur de DAI remis par le service spécialisé de cardiologie doit être porté en permanence. Tout personnel de santé doit être informé du port d'un DAI car il impose des précautions particulières.

Ces actions d'éducation requièrent le concours de différents professionnels de santé, qui peuvent intervenir au moyen d'actes individuels auprès des patients ou par une éducation de groupe. Une coordination des différents professionnels est préférable à la juxtaposition d'interventions isolées. L'Association de porteurs de DAI APODEC vient en aide en apportant des informations et un soutien psychologique auprès des patients.

## 3.2 Biologie

Examens	Situations particulières
Kaliémie Créatinémie	Bilan initial si modification thérapeutique ou signe d'appel

## 3.3 Actes techniques

Actes	Situations particulières
ECG 12 D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- à chaque visite chez le cardiologue</li> <li>- après début de traitement antiarythmique</li> <li>- en vue de modifier le traitement antiarythmique</li> <li>- en cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique</li> </ul>
Échocardiographie transthoracique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilan initial</li> <li>- Suivi</li> </ul>
Holter	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilan initial</li> <li>- En cas de signe d'appel</li> </ul>
Épreuve d'effort EE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilan initial</li> <li>- En cas de signe d'appel</li> </ul>
Échocardiographie de stress	- Bilan initial sous conditions si EE impossible ou ininterprétable
Coronarographie	- Bilan initial sous conditions en cas de TR ou Mort subite cardiaque pour voir état coronaire
IRM	- Bilan initial sous conditions si échocardiographie insuffisante
Techniques isotopiques - Scintigraphie myocardique - Ventriculographie isotopique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilan initial sous conditions</li> <li>- en cas de TR provoqué par l'ischémie si EE impossible ou ininterprétable</li> <li>- en cas de suspicion de dysplasie arythmogène du ventricule droit</li> </ul>
Étude électrophysiologique	- Bilan initial sous conditions Avis spécialisé
Enquête génétique	- Bilan initial sous conditions Avis spécialisé

### 3.4 Dispositifs implantables

<b>Dispositifs</b>	<b>Situations particulières</b>
Défibrillateur automatique implantable (DAI) - simple chambre - double chambre - triple chambre (à stimulation atrio-biventriculaire)	<i>Selon indications de la liste des Produits et Prestations et selon les recommandations de la SFC</i>  Prévention de la mortalité cardiaque par trouble du rythme ventriculaire : - prévention secondaire - prévention primaire chez les patients à risque Réservée aux cardiologues expérimentés en rythmologie <ul style="list-style-type: none"><li>● 1 mois après implantation</li><li>● tous les 3-6 mois après mise en place d'un DAI ;</li><li>● plus souvent si instabilité (intervention du DAI, orage rythmique, syncope, etc.)</li></ul>

### 3.5 Traitements médicamenteux

Traitements pharmacologiques <sup>1</sup>	Situations particulières
Bêtabloquant	- Traitement préventif des TV et FV
Sotalol	<p>Peut constituer un traitement complémentaire, le cas échéant, après avis cardiologique spécialisé en rythmologie et en l'absence d'insuffisance cardiaque non contrôlée dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tachycardies ventriculaires documentées symptomatiques et invalidantes en l'absence d'insuffisance cardiaque non contrôlée</li> <li>- Tachycardies ventriculaires menaçant le pronostic vital : le traitement doit être institué en milieu hospitalier sous monitoring</li> </ul>
Amiodarone (voie orale)	<p>Après avis cardiologique                      Traitement complémentaire, le cas échéant, dans la prévention des récurrences des :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TV menaçant le pronostic vital (traitement instauré en milieu hospitalier sous monitoring),</li> <li>- TV documentées symptomatiques et invalidantes,</li> <li>- FV.</li> </ul> <p>L'amiodarone peut être utilisée en présence d'une insuffisance coronaire et/ou d'une altération de la fonction ventriculaire gauche.</p>
Antiarythmiques de classe IA-IC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leur prescription pour TRV nécessite un avis cardiologique spécialisé en rythmologie</li> <li>- Suivi cardiologique</li> </ul>
Réévaluation des médicaments proarythmiques <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicaments allongeant QT</li> <li>- Antiarythmiques de classe I</li> <li>- digitaliques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tous les patients</li> </ul>

<sup>1</sup> Les guides mentionnent généralement une classe thérapeutique. Le prescripteur doit s'assurer que les médicaments prescrits appartenant à cette classe disposent d'une indication validée par une autorisation de mise sur le marché (AMM). Dans le cas d'une prescription hors AMM, celle-ci doit faire l'objet d'une information complémentaire spécifique pour le patient.

### 3.6 Actes invasifs et chirurgie

<b>Actes invasifs et chirurgie</b>	<b>Situations particulières</b>
Ablation endocavitaire par radio fréquence	Réservée aux cardiologues expérimentés en rythmologie - traitement adjuvant des TV survenant sur cardiopathies, en complément des autres traitements - traitement de 2 <sup>e</sup> intention des TV idiopathiques récurrentes, après échec du traitement pharmacologique Suivi spécialisé
Revascularisation coronaire, chirurgicale ou endocavitaire	Si lésions coronaires avec ischémie myocardique résiduelle.
Ablation d'anévrisme ventriculaire	Envisagé chez patients sélectionnés avec anévrisme, si chirurgie cardiaque concomitante prévue
Ablation chirurgicale de foyers arythmogènes	En cas d'intervention cardiaque concomitante Suivi spécialisé
Transplantation cardiaque	Exceptionnellement envisagée



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