

Les contre-indications à l'implantation d'un défibrillateur cardiaque sont:

1. Tachycardies ou fibrillations ventriculaires récidivantes très fréquentes ou incessantes qui rendent l'utilisation rationnelle d'un défibrillateur cardiaque impossible;
2. Arythmies ventriculaires qui peuvent être traitées par ablation (radiofréquence), comme celles secondaires à des fibrillations auriculaires à conduction rapide dans le cadre d'un syndrome de Wolff-Parkinson-White, les TV infundibulaires droites, les TV ventriculaires gauches idiopathiques, les TV fasciculaires...
3. Maladies psychiatriques significatives susceptibles d'être aggravées par l'implantation d'un défibrillateur ou qui compromettraient l'observation d'un suivi systématique;
4. Pour les indications urgentes (cf. indications 1.a ci-dessus): bénéficiaires en phase terminale, avec une espérance de vie inférieure à 1 an ou qui présentent une insuffisance cardiaque en classe fonctionnelle de la NYHA classe IV; pour les indications électives (cf. indications 1.b ci-dessus) : bénéficiaires ayant une espérance de vie de moins de 4 ans à cause des co-morbidités;
5. Uniquement pour les indications de prévention primaire (cf. indications 1.b ci-dessus), une contre-indication supplémentaire s'applique en cas d'insuffisance rénale avec **GFR < 15 ml/min.**

Résumé des indications d'implantation de défibrillateur cardiaque selon la convention 2016 entre l'INAMI et les centres agréés

1. **a. Indications pour lesquelles il existe un niveau élevé d'évidence appelées indications urgentes.**

1. **Arrêt cardiaque à la suite d'une fibrillation ventriculaire ou d'une tachycardie ventriculaire**, non dues à un infarctus du myocarde aigu ni à une cause transitoire ou réversible (déséquilibre électrolytique, médicaments, traumatisme).
2. **Syncope** qui est probablement d'origine arythmogène après exclusion d'autres causes sans tachyarythmie documentée chez un patient présentant une **cardiopathie congénitale ventriculaire corrigée** et une arythmie ventriculaire soutenue inductible au cours de l'examen électrophysiologique (indication remboursée dans les centres agréés pour le programme de soins cardiaques C).
3. Tachycardie ventriculaire soutenue spontanée de > 30 secondes et à une fréquence > 100/min hémodynamiquement mal tolérée c-à-d avec syncope ou pré-syncope :
 - 3.1. Avec anomalies cardiaques structurales sous-jacentes.
 - 3.2. Sans anomalies cardiaques structurales sous-jacentes, mais non traitable autrement (médicaments ou ablation).
4. **Syncope** qui est probablement d'origine arythmogène après exclusion d'autres causes sans tachyarythmie documentée :
 - 4.1. Chez un patient atteint d'une **cardiomyopathie ischémique** (après un infarctus myocardique préalable), sans ischémie revascularisable, au plus tôt 40 jours après l'infarctus aigu ou 3 mois après la revascularisation adéquate (CABG ou PCI), fraction d'éjection VG \leq 50%, et tachycardie ventriculaire monomorphe soutenue inductible au cours de l'examen électrophysiologique
 - 4.2. Chez un patient atteint d'une **cardiomyopathie dilatée non-ischémique** avec fraction d'éjection VG < 35 % qui a présenté une syncope sans tachyarythmie ventriculaire documentée. La tachyarythmie ventriculaire est retenue comme étiologie probable. La motivation exige :
 - une description précise des circonstances de la syncope
 - une description précise de l'anomalie structurale cardiaque
 - une argumentation détaillée en faveur de la présence d'une arythmie ventriculaire maligne comme cause de la syncope et contre une cause non liée à une arythmie :
 - 4.3. Chez un patient connu avec un **syndrome du QT long** malgré traitement avec des bêtabloquants
 - 4.4. Chez un patient avec un **syndrome de Brugada de type 1 avec ECG spontané typique** (non-induit par un médicament antiarythmique de classe I)
 - 4.5. Chez un patient souffrant de **tachycardie ventriculaire polymorphe catécholergique (CPVT)** malgré traitement avec bêtabloquants
 - 4.6. Chez un patient atteint de **cardiomyopathie hypertrophique familiale** chez lequel le risque de mort subite, calculé au moyen de la calculatrice de risque de l'association Européenne de cardiologie, est \geq 6% sur 5 années
 - 4.7. Chez un patient avec un diagnostic certain de **cardiomyopathie/dysplasie arythmogène du ventricule droit** malgré traitement avec des bêtabloquants, du sotalol ou de l'amiodarone

1. **b. indications électives pour lesquelles il existe moins d'évidence ou pour lesquelles le rapport coût/bénéfice est moins favorable**

Il s'agit d'indications préventives chez des bénéficiaires qui n'ont pas une co-morbidité importante et qui ont une **espérance de vie > 4 ans**, abstraction faite de leurs problèmes de rythme cardiaque.

5. **Affection familiale ou génétique** associée à un risque connu d'arythmie ventriculaire comportant un risque démontré élevé de mort subite sur base des directives internationales:
 - 5.1. Syndrome du QT long;
 - 5.2. Syndrome de Brugada;
 - 5.3. Cardiomyopathie hypertrophique;
 - 5.4. Cardiomyopathie/dysplasie arythmogène du ventricule droit;
 - 5.5. Autres causes familiales (potentiellement génétiques) comportant un risque accru d'arythmies ventriculaires.
6. **Sarcoïdose cardiaque** démontrée avec arythmie ventriculaire soutenue inductible.
7. **Prévention primaire en cas de cardiomyopathie**
 - 7.1. **Cardiomyopathie ischémique** au minimum 40 jours après un infarctus aigu ou au minimum trois mois après revascularisation adéquate (CABG ou PCI), sans ischémie revascularisable, et :
 - avec une FE VG \leq 30 % et classe NYHA I
 - ou avec une FE VG \leq 35 % et classe NYHA II ou III.
 - 7.2. **Cardiomyopathie ischémique** au minimum 40 jours après un infarctus aigu ou au minimum 3 mois après revascularisation adéquate (CABG ou PCI), sans ischémie revascularisable aux 3 conditions suivantes :
 - FE VG \leq 40%
 - documentation de tachycardie ventriculaire spontanée non soutenue
 - inductibilité d'une arythmie ventriculaire soutenue lors d'une étude électrophysiologique
 - 7.3. **Cardiomyopathie dilatée non ischémique** avec FE VG \leq 35 %, classe NYHA II ou III malgré un traitement optimal pour insuffisance cardiaque depuis plus de 3 mois.

Les critères spécifiques suivants sont d'application :

Une motivation explicite est requise si un autre appareil qu'un VVI-ICD est implanté, basée sur les caractéristiques du patient et les évidences d'études cliniques.

S'il faut mentionner la FEVG, sa mesure doit être basée soit sur une échocardiographie, soit sur une angiographie, soit sur une scintigraphie isotopique, soit mesurée par IRM cardiaque.

Si le dispensateur explique que la revascularisation n'a pas réussi ou n'est pas réalisée, cela doit être démontré par le protocole d'opération ou d'intervention ou par des tests fonctionnels complémentaires.

Un CRT-D ne pourra pas être remboursé durant une période de 4 ans après implantation d'un CRT-P.

Afin d'entrer en ligne de compte pour le remboursement d'une thérapie de resynchronisation, le patient doit répondre à tous les critères suivants :

- une classe NYHA II ou III malgré un traitement médicamenteux optimal
- un QRS \geq 150 ms ou si QRS compris entre 120 et 149 ms avec un asynchronisme documenté
- un BBG complet spontané ou induit par pacing ventriculaire (alors avec besoin de stimulation prévu > 40%)