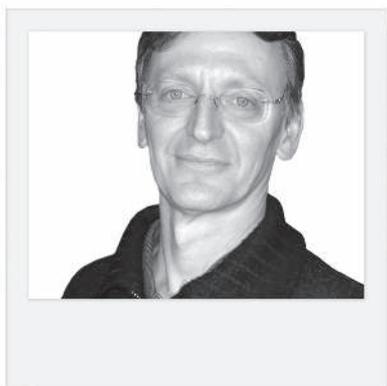


Un PARTNER attirant qui pourrait être encombrant.

Le remplacement valvulaire aortique percutané à l'ACC



→ **F. DIEVART**
Clinique Villette, DUNKERQUE.

La FDA l'a demandé, les patients l'ont rêvé, les médecins l'ont fait. Ca y est, il est démontré que le pronostic à 1 an de l'implantation d'une valve aortique par voie percutanée n'est pas inférieur à celui du remplacement valvulaire aortique chirurgical, chez des patients opérables mais de haut risque chirurgical. C'est le résultat principal de l'étude PARTNER (*Placement of Aortic Transcatheter Valves*) comparant ces deux techniques en termes de mortalité totale à 1 an, chez 699 patients âgés en moyenne de 84,1 ans.

Bien sûr, les complications sont différentes selon la technique : mortalité à 30 jours plus élevée, bien que plus faible qu'envisagée, dans le groupe chirurgical (6,5 %) que dans le groupe interventionnel (3,4 %) mais même incidence de mortalité à 1 an ; plus d'AVC (5,1 vs 2,4 %) et de complications vasculaires à 1 an dans le groupe non chirurgical et plus d'hémorragies majeures (19,5 vs 9,3 %) et de fibrillation auriculaire à 1 an (16,0 vs 8,6 %) dans le groupe chirurgical. Mais aussi plus de fuites périprothétiques modérées dans le groupe non chirurgical.

Si ces différences dans les types de complications permettront, selon le poids qu'on leur accorde, de préférer et de défendre une technique plutôt qu'une autre, il n'empêche, la démonstration est faite que l'implantation d'une valve aortique par voie percutanée est une alternative acceptable à la chirurgie chez des patients jugés opérables.

L'implantation d'une valve aortique par voie percutanée a donc été un des sujets majeurs de l'ACC. De nombreuses sessions lui ont été consacrées, en présentant les modalités techniques, voies d'abord (fémorale, apicale mais aussi sous-clavière) et complications. Il en ressort qu'il est nécessaire qu'elle soit décidée et effectuée par une équipe multidisciplinaire ayant bien évalué l'indication et la faisabilité.

Surtout se pose la question : les indications peuvent-elles maintenant être étendues à des patients de moindre risque chirurgical que ceux de l'étude PARTNER ?

Cette question a fait l'objet d'une session de controverse entre Alain Cribier (Rouen, France) et Patrick O'Gara (Boston, Etats-Unis) et, pour être en accord avec les modalités d'une controverse, chacun des orateurs a probablement un peu forcé le trait. Ainsi, pour A. Cribier, il y a de plus en plus de valves percutanées implantées chez des patients dont le risque opératoire évalué par l'Euroscore est de plus en plus bas : l'expérience est donc là. Les techniques et les équipes évoluent et l'incidence des complications se réduit. Les matériaux composant la valve Edwards à implantation percutanée

sont, pour la plupart, identiques à ceux de la valve Carpentier Edward implantée chirurgicalement depuis de nombreuses années et leur durabilité a toute probabilité d'être similaire.

Son contradicteur, P. O'Gara, lui a rétorqué que, chez les patients à bas risque, la chirurgie est bien codifiée, fiable et... à bas risque. *A contrario*, l'implantation

d'une valve aortique par voie percutanée est une technique encore en devenir et en évaluation et il n'est pas justifié de brûler les étapes. Elle doit encore être réservée aux patients à haut risque.

Alors?

Quand la presse grand public aura fait écho des résultats de l'étude PARTNER,

le cardiologue qui aura fait l'échographie d'un patient ne correspondant pas aux critères de cette étude parce qu'à plus faible risque mais ayant un rétrécissement valvulaire aortique serré devra savoir raison garder pour expliquer à son patient que ce qui se passe dans la vraie vie ne correspond pas forcément à ce qui est écrit et dit dans les journaux.