

NUMÉRO THÉMATIQUE

Comment évaluer un rétrécissement aortique ?

Éditorial

Le rétrécissement aortique (RA) reste la valvulopathie la plus fréquente. On sait que son incidence augmente avec l'âge. Mais rares sont les données réactualisées sur sa prévalence...

En 2014 est parue, en Islande, une étude de population sur la prévalence du RA. Cette prévalence était de 0,92 % chez les personnes de moins de 70 ans, de 2,4 % dans la population âgée de 70 à 79 ans et de 7,3 % dans celle de 80 ans et plus. Par ailleurs, le vieillissement de la population pourrait entraîner la multiplication par 2,4 du nombre de RA serrés en 2040, par 3 en 2060 [1]. Ces chiffres et projections soulignent l'importance du RA. La caractérisation du RA reste donc un sujet d'actualité. Il faut enfin bien poser les indications afin d'assurer au patient une prise en charge optimale.



→ **G. DUFAITRE**
Clinique Rhône Durance,
AVIGNON.

En effet, le RA se décline sous différentes formes : le RA serré à bas débit, le RA serré à fonction VG préservée et à bas gradient, le RA serré asymptomatique, sans oublier le classique RA serré à fonction VG et gradient préservés. Les modalités échographiques restent encore essentielles, les modes bidimensionnel et Doppler s'appuyant sur les techniques de déformations. Le scanner cardiaque et, dans une moindre mesure, l'IRM sont des alliés pour les diagnostics difficiles. Ces différents outils permettent également d'assurer la surveillance des patients asymptomatiques qui posent le problème du "timing" de la chirurgie.

Même si le traitement de référence du rétrécissement aortique serré reste la chirurgie conventionnelle, sa prise en charge a été révolutionnée par les techniques percutanées. Alain Cribier implantait ainsi, en 2002, la première prothèse valvulaire aortique par voie transaortique (TAVI). Depuis, cette technique a nettement évolué avec, en 2015, la réalisation de 6 919 procédures en France.

L'année dernière paraissaient les résultats à 5 ans de l'étude PARTNER 1 [2]. On observait dans le groupe TAVI un risque de mortalité non significativement supérieur à celui du groupe chirurgie conventionnelle. PARTNER 1 démontrait l'intérêt du TAVI comme solution alternative à la chirurgie en cas de rétrécissement aortique serré chez des patients à haut risque chirurgical. Plus récemment, des études sur les patients à risque intermédiaire ont débuté, comme l'étude PARTNER 2A en 2014.

L'avènement des prothèses de dernière génération a permis la diminution des fuites périprothétiques, auparavant tant redoutées [3]. Nous sommes donc en droit de nous poser la question d'un changement et d'une extension des recommandations des TAVI dans les années à venir pour toutes les populations de RA serré.

NUMÉRO THÉMATIQUE

Comment évaluer un rétrécissement aortique ?

Les recommandations pourraient aussi évoluer sur la prise en charge du RA serré asymptomatique. Une méta-analyse est parue en 2013 [4] colligeant quatre études observationnelles (976 patients) et comparant la stratégie de chirurgie précoce chez des patients asymptomatiques *versus* chirurgie chez ceux devenant symptomatiques. Elle était en faveur d'une chirurgie précoce avec un bénéfice significatif en termes de survie.

Le rétrécissement aortique reste un sujet crucial en 2016...

Bibliographie

1. DANIELSEN R, ASPELUND T, HARRIS TB *et al.* The prevalence of aortic stenosis in the elderly in Iceland and predictions for the coming decades: the AGES-Reykjavík study. *Int J Cardiol*, 2014;176:916-922.
2. MACK MJ, LEON MB, SMITH CR *et al.* 5-year outcomes of transcatheter aortic valve replacement or surgical aortic valve replacement for high surgical risk patients with aortic stenosis (PARTNER 1): a randomised controlled trial. *Lancet*, 2015;385:2477-2484.
3. KODALI S, PIBAROT P, DOUGLAS PS *et al.* Paravalvular regurgitation after transcatheter aortic valve replacement with the Edwards sapien valve in the PARTNER trial: characterizing patients and impact on outcomes. *Eur Heart J*, 2015;36:449-456.
4. ZHAO Y, OWEN A, HENEIN M. Early valve replacement for aortic stenosis irrespective of symptoms results in better clinical survival: a meta-analysis of the current evidence. *Int J Cardiol*, 2013;168:3560-3563.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.