

Revue de presse

Valve-in-valve : résultats comparés de la procédure lorsque la prothèse originale a été posée par voie percutanée ou par voie chirurgicale

F. DIÉVART

Elsan clinique Villette, DUNKERQUE.

Quand une prothèse valvulaire aortique dégénère, l'implantation d'une nouvelle bioprothèse par voie percutanée est associée à un taux de succès plus important lorsque la prothèse était une prothèse posée préalablement par voie percutanée (TAVI) que lorsqu'il s'agissait d'une bioprothèse posée par voie chirurgicale.

C'est le résultat principal d'une étude comparant avec un score de propension des patients ayant une altération d'une valve aortique prothétique et traités par TAVI valve-in-valve.

Cette étude a pris en compte des patients traités consécutivement dans 37 centres entre avril 2005 et avril 2019, par TAVI pour une altération de fonction d'une bioprothèse, 434 patients ayant un antécédent de TAVI (délai médian entre les deux procédures : 3 ans) et 624 patients ayant une bioprothèse antérieurement posée par voie chirurgicale (délai médian entre les deux procédures : 9 ans), aboutissant, après application du score de propension, à analyser 330 patients (âge moyen : 80 ans), 165 dans chaque groupe. La différence de durée entre les deux procédures entre les groupes est assumée par le fait que l'ancienneté des procédures de TAVI est moindre que celle des procédures chirurgicales et il a été pris en compte, dans les délais de l'étude, des patients ayant justifié de deux TAVI consécutifs pour altération du premier TAVI.

En considérant le critère principal évalué, les résultats du TAVI sont meilleurs lorsque la procédure est effectuée chez des patients ayant un antécédent de TAVI (succès : 72,7 %) que lorsque le patient a une bioprothèse qui a été posée chirurgicalement (succès : 62,4 % ; $p = 0,045$ pour la comparaison). Ce résultat est le fait d'un critère primaire composé de multiples critères dont certains ont été plus favorables au TAVI dans le TAVI qu'au TAVI dans la bioprothèse chirurgicale, même si aucun n'a été significatif : gradient résiduel moindre ($p = 0,095$), moins d'obstructions coronaires ($p = 0,091$), moins d'anomalies de déploiement de la valve ($p = 0,081$) et moins de conversions de procédure vers la chirurgie à cœur ouvert ($p = 0,082$).

La mortalité à 30 jours a été de 3 % pour le TAVI dans le TAVI et de 4,4 % pour le TAVI dans la bioprothèse posée chirurgicalement ($p = 0,570$ pour la comparaison), et les mortalités respectives à 1 an ont été de 11,9 % et 10,2 % ($p = 0,633$).

Dans le groupe TAVI dans le TAVI par rapport au groupe TAVI dans une bio-

prothèse posée chirurgicalement, les gradients résiduels ont été moindres (12,6 mmHg vs 14,9 mmHg ; $p = 0,01$) et la surface valvulaire aortique a été plus importante (1,55 cm² vs 1,37 cm² ; $p = 0,040$), et les taux de fuites aortiques résiduels ont été similaires mais les fuites modérées ont été plus fréquentes ($p = 0,003$).

Cette étude est un des éléments pouvant inciter, lorsque le choix est possible, à préférer le TAVI à la pose chirurgicale d'une bioprothèse.

RÉFÉRENCE

- LANDES U, WEBB JG, DE BACKER O *et al.* Repeat Transcatheter Aortic Valve Replacement for Transcatheter Prosthesis Dysfunction. *J Am Coll Cardiol*, 2020; 75:1882-1893.