Cordiam
ESC CONGRESS 2026

Anticoagulation versus antiplaquettaire en monothérapie après TAVI : l'essai ACASA-TAVI

Dr. Caroline Chong-Nguyen
Département de cardiologie, Hôpital Bienne
Département d'angiologie, Inselspital, Berne

L'essai ACASA-TAVI, premier essai randomisé comparant une monothérapie NOAC versus aspirine après TAVI, répond à deux questions simultanées : le NOAC peut-il réduire le HALT tout en restant non-inférieur sur la sécurité clinique ? La réponse est doublement positive : le NOAC réduit significativement le HALT (RR 0,55 ; IC 95 % : 0,37-0,82 ; p = 0,004) et démontre la non-infériorité clinique (p < 0,001). Ces résultats ouvrent la voie à une individualisation de la stratégie antithrombotique après TAVI dans des populations sélectionnées.

MÉTHODOLOGIE

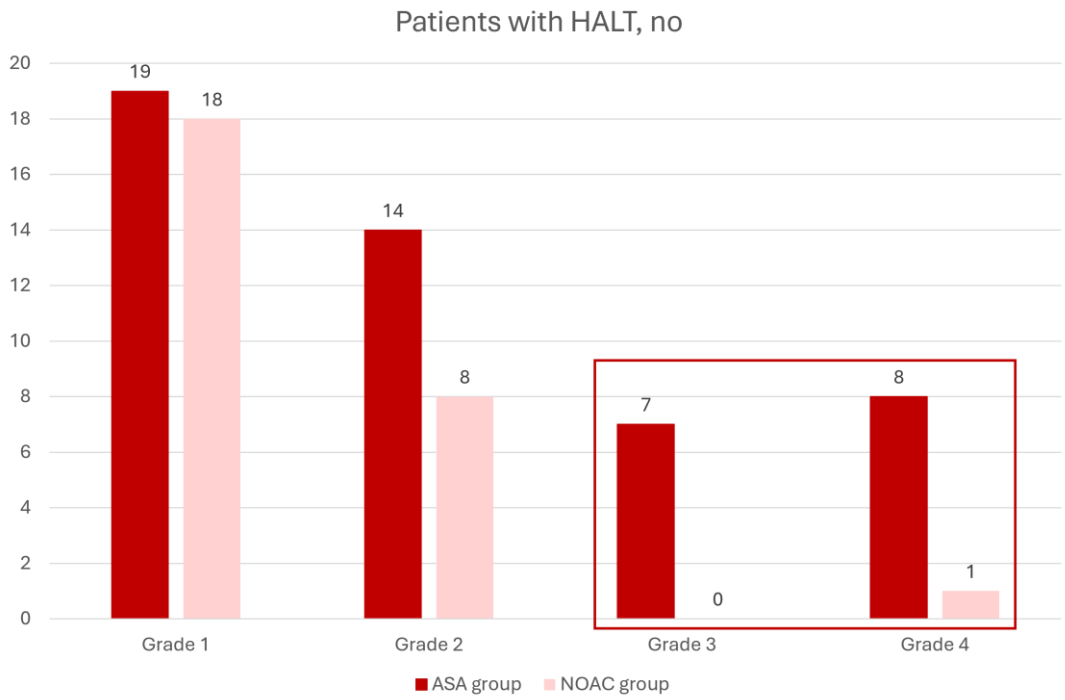
Essai randomisé multicentrique PROBE (Norvège). Sur 1 262 patients screenés, **360 randomisés 1:1** : (1) NOAC anti-facteur Xa à doses standards (apixaban 51 %, edoxaban 41 %, rivaroxaban 8 %) vs (2) aspirine 75 mg/j pendant 12 mois. Éligibilité : âge 65-80 ans, TAVI réussi, sans indication ni contre-indication aux NOAC ou à l'aspirine. Population : âge moyen 74 ans, EuroSCORE II médian 1,7-1,8 %. Deux co-critères primaires : **HALT au scanner 4D à 12 mois (supériorité)** et **composite de sécurité décès/AVC/IDM/hémorragie VARC-3 (non-infériorité ; marge 35 % relative)**.

RÉSULTATS

Critère primaire d'efficacité : HALT à 12 mois

Le NOAC réduisait significativement la prévalence du HALT : **16,2 % vs 28,6 % sous aspirine (RR 0,55 ; IC 95 % : 0,37-0,82 ; p = 0,004)**. La réduction portait principalement sur les formes sévères : **grades 3-4 quasi absents sous NOAC (0,6 % vs 9,0 % sous aspirine)**. Ce résultat était cohérent dans l'ensemble des analyses de sensibilité.

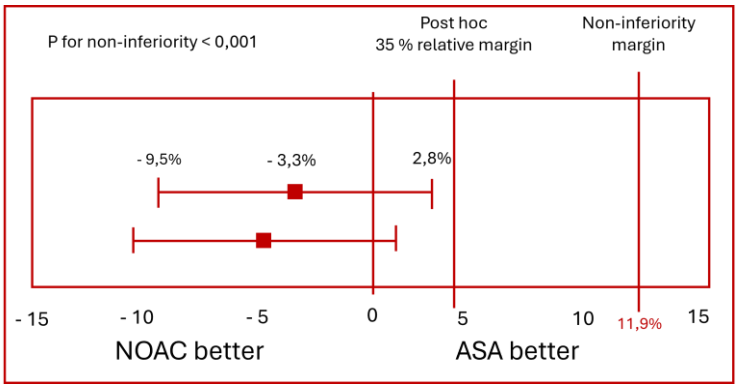
FIGURE 1 - Critère primaire d'efficacité. Gauche : HALT à 12 mois ASA 28,6 % vs NOAC 16,2 % (RR 0,55 ; IC 95 % 0,37-0,82 ; p = 0,004). Droite : distribution par grade -- grades sévères 3-4 quasi absents sous NOAC (0,6 %) vs 9,0 % sous ASA



Critère primaire de sécurité : composite à 12 mois

Non-infériorité démontrée : **7,5 % (NOAC) vs 10,6 % (aspirine) -- différence -3,3 % (IC 95 % : -9,5 à 2,8 % ; p pour NI < 0,001)**. Le taux observé (10 %) était très inférieur aux prévisions (30 %), rendant la marge absolue prédéterminée (11,9 %) proportionnellement large. Les hémorragies fatales (VARC-3 type 3-4) survenaient exclusivement dans le groupe aspirine. La mortalité toutes causes était numériquement inférieure sous NOAC : **1,1 % vs 5,6 %** (différence -4,4 % ; IC 95 % : -8,9 à -0,6 % ; essai non dimensionné pour les composantes individuelles).

FIGURE 2 -- Critère primaire de sécurité. Forest plot : différence de risque -3,3 % (IC 95 % : -9,5 % à 2,8 %). Marge de non-infériorité prédéterminée : 11,9 % absolu / 35 % relatif. P pour non-infériorité < 0,001. Estimation ponctuelle en faveur du NOAC.



CONCLUSION

ACASA-TAVI est le premier essai à démontrer qu'une monothérapie NOAC de 12 mois après TAVI réduit significativement le HALT et est non-inférieure sur la sécurité clinique composite. La quasi-disparition des formes sévères (grades 3-4 : 0,6 % vs 9,0 %) et les tendances favorables sur la mortalité (1,1 % vs 5,6 %) méritent confirmation dans des essais de plus grande puissance. Ces résultats s'inscrivent à contre-courant de GALILEO et NOTION-4, suggérant que **la durée du traitement et le profil de la population** sont des déterminants essentiels -- l'anticoagulation en monothérapie pourrait être bénéfique dans des sous-groupes sélectionnés de patients jeunes à risque élevé de HALT.

Source : Lie OH et al. AntiCoagulation versus AcetylSalicylic Acid after Transcatheter Aortic Valve Implantation -- The ACASA-TAVI Trial. Hot-Line, ESC Congress Munich, 30 août 2026. Financement : bourse publique, autorités sanitaires de Norvège du Sud-Est. Oyvind H. Lie, MD PhD, FESC, au nom des investigateurs ACASA-TAVI | ESC Congress Munich, 30 août 2026