Cordiam ESC CONGRESS 2026

Timing de la revascularisation coronaire et du TAVI : résultats de l'essai randomisé TAVI PCI

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

Environ la moitié des patients candidats au TAVI présentent une coronaropathie concomitante et pourtant, l'ordre optimal de revascularisation n'avait jamais été évalué dans un essai randomisé. L'essai TAVI PCI, présenté en session hot-line à l'ESC 2026 et publié simultanément dans le New England Journal of Medicine, démontre pour la première fois que réaliser le TAVI avant l'ICP est non-inférieur à l'approche conventionnelle PCI-first, avec un signal favorable sur le risque hémorragique.

INTRODUCTION

Le rétrécissement aortique sévère (RAS) et la coronaropathie constituent deux entités fréquemment associées chez le patient âgé à haut risque chirurgical : environ 50 % des candidats au TAVI présentent une coronaropathie significative nécessitant une revascularisation. Les recommandations ESC 2021 préconisent de réaliser l'intervention coronaire percutanée (ICP) en premier, avant l'implantation valvulaire, stratégie dite « PCI-first ». Cette recommandation repose cependant sur des **données essentiellement observationnelles** et un consensus d'experts plutôt que sur des preuves de niveau 1.

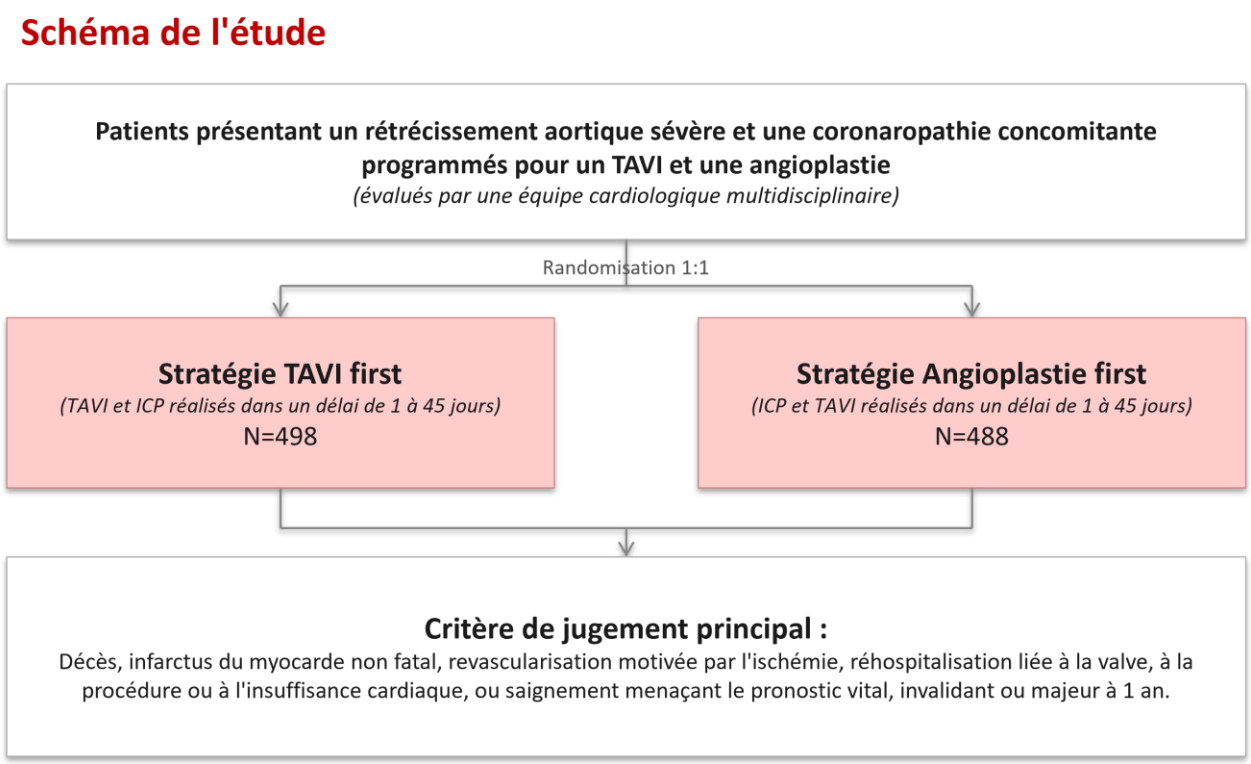
Une stratégie inverse « TAVI-first » présente des arguments physiopathologiques séduisants : elle permet de corriger en priorité la surcharge de pression valvulaire, de réévaluer la signification fonctionnelle des lésions coronaires après correction du gradient, et d'éviter la **double antiagrégation plaquettaire** en contexte de sténose valvulaire non corrigée, situation à risque hémorragique élevé. L'essai TAVI PCI a été conçu pour combler cette lacune probatoire.

MÉTHODOLOGIE

TAVI PCI est un essai multicentrique randomisé ouvert de non-infériorité, conduit dans 48 centres européens de septembre 2020 à août 2025. Au total, 986 patients présentant un RAS sévère et une coronaropathie nécessitant revascularisation, validée par une Heart Team multidisciplinaire, ont été randomisés 1:1 : 498 dans le groupe TAVI-first (TAVI suivi de l'ICP dans un délai de 1 à 45 jours) et 488 dans le groupe PCI-first (ICP suivie du TAVI dans le même délai). Les principaux critères d'exclusion comprenaient un accès vasculaire non transfémoral, un infarctus récent (< 30 jours), un **SYNTAX score ≥ 33**, un antécédent de pontage coronarien et une espérance de vie < 1 an.

Le critère de jugement primaire était un critère composite à 1 an : décès toutes causes, infarctus du myocarde non fatal, revascularisation guidée par l'ischémie, réhospitalisations liées à la valve, à la procédure ou à l'insuffisance cardiaque, et saignements menaçant le pronostic vital, invalidants ou majeurs. La **marge de non-infériorité était de 6,6 points** de pourcentage (borne supérieure de l'IC 95 %). L'analyse était réalisée en intention de traiter modifiée.

FIGURE 1 — Design de l'étude



RÉSULTATS

Les deux groupes étaient parfaitement équilibrés à la randomisation. L'âge médian était de 82 ans, avec environ 63 % d'hommes et un STS-PROM médian de 3,1 %. Le **SYNTAX score médian était de 10-11** dans les deux groupes, avec une majorité de patients traités sur 1 à 2 vaisseaux (~77 %). L'intervalle médian entre les deux procédures était de 27 jours dans le groupe TAVI-first contre 13 jours dans le groupe PCI-first.

Non-infériorité démontrée

Le critère composite à 1 an survenait chez 22,2 % des patients dans le groupe TAVI-first versus 24,2 % dans le groupe PCI-first — soit une différence de risque de -2,0 points de pourcentage (IC 95 % : -7,4 à 3,4), démontrant la **non-infériorité de la stratégie TAVI-first** (**hazard ratio 0,90** ; IC 95 % : 0,69–1,18). Toutes les composantes individuelles étaient comparables entre les deux groupes : mortalité (9,5 % vs 9,5 %), infarctus non fatal (3,2 % vs 3,8 %), revascularisation par ischémie (1,4 % vs 1,9 %), réhospitalisations (8,9 % vs 7,1 %).

Signal hémorragique favorable

Le seul critère secondaire montrant une différence significative était la fréquence des saignements BARC 3a, réduite de moitié dans le groupe TAVI-first : 3,5 % versus 6,8 % dans le groupe PCI-first (**différence de risque : -3,3 %** ; IC 95 % : -6,3 à -0,4). Ce résultat suggère qu'en corrigeant en priorité la sténose valvulaire, on réduit le risque hémorragique lié à la double antiagrégation en contexte d'hémodynamique compromise. Les analyses de sous-groupes ne révélaient pas d'hétérogénéité significative.

CONCLUSION

L'essai TAVI PCI fournit la première preuve randomisée de niveau 1 qu'une stratégie TAVI-first est **non-inférieure à la stratégie PCI-first** conventionnelle, avec un avantage cliniquement pertinent sur le plan hémorragique. Ces résultats remettent en question le dogme du PCI systématique en amont du TAVI et ouvrent la voie à une **révision des recommandations actuelles**. À l'heure où la simplification et la sécurité péri-procédurale sont au cœur de l'optimisation des parcours TAVI, la stratégie **TAVI-first mérite d'être considérée** comme une alternative valide, voire préférentielle dans les centres expérimentés.

Source : Stähli BE et al. Timing of PCI in Patients Undergoing Transcatheter Aortic-Valve Implantation. N Engl J Med. 2026. — Présenté en Hot-Line, ESC Congress Munich, 30 août 2026.