Cordiam ESC CONGRESS 2026

Intervention tricuspide percutanée versus traitement médical dans l'insuffisance cardiaque : l'essai randomisé TRIC-I-HF

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

L'insuffisance tricuspide sévère associée à l'insuffisance cardiaque constitue une entité grevée d'un pronostic redoutable sous traitement médical seul. L'essai TRIC-I-HF, présenté en hot-line à l'ESC 2026 et publié simultanément dans le New England Journal of Medicine, démontre pour la première fois la supériorité de la réparation tricuspide percutanée sur les critères de jugement cliniques durs : avec un hazard ratio de 0,40 pour le composite associant décès et hospitalisation pour insuffisance cardiaque, et un nombre de patients à traiter de seulement 4 à un an, ces résultats redéfinissent la place de l'intervention tricuspide dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

INTRODUCTION

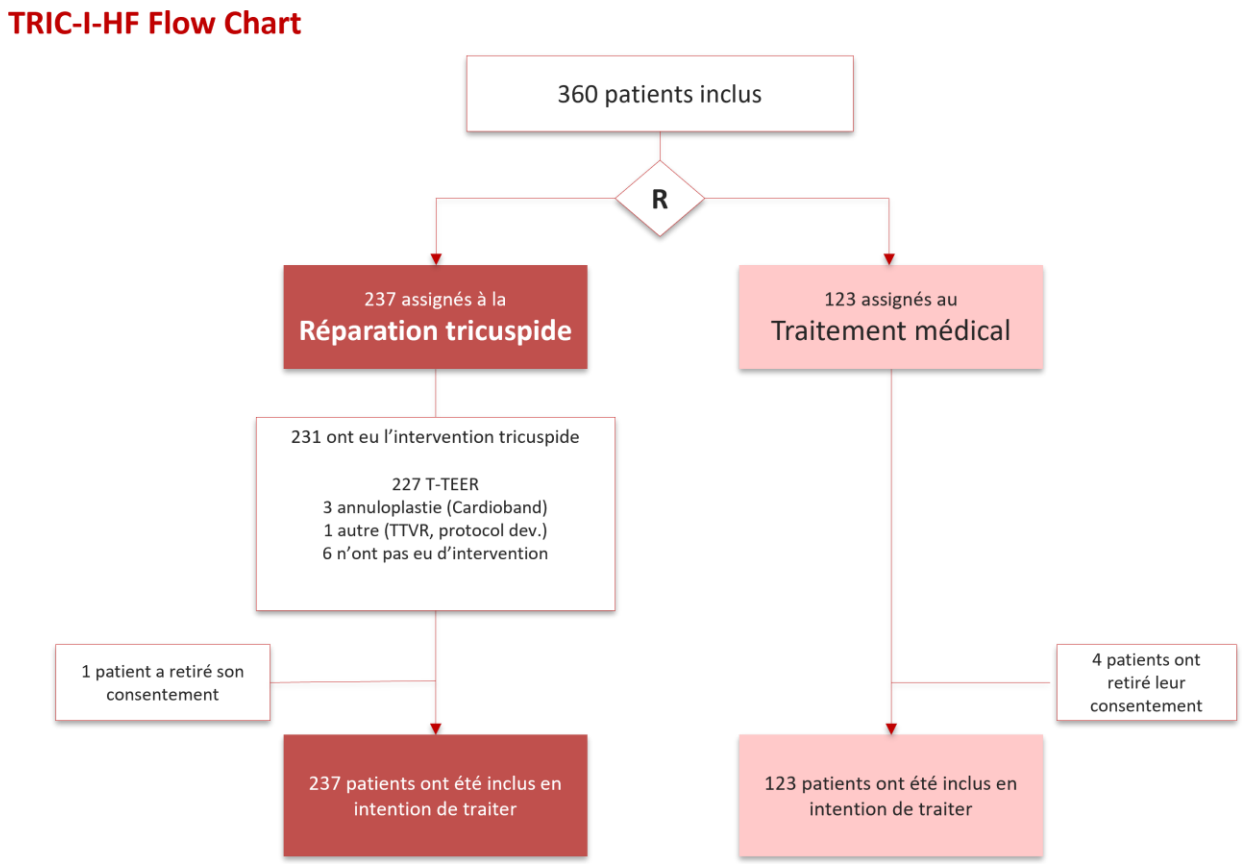
L'insuffisance tricuspide (IT) sévère ou massive, longtemps considérée comme une lésion secondaire, est aujourd'hui reconnue comme un **déterminant indépendant de mortalité et d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque**. Malgré l'efficacité du T-TEER pour réduire la sévérité de l'IT et améliorer la qualité de vie, son bénéfice sur les événements cliniques majeurs restait jusqu'ici incertain. **TRIC-I-HF** a été conçu pour répondre à cette question chez des patients à haut risque présentant une IT sévère symptomatique et une atteinte cardio-rénale ou cardio-hépatique.

MÉTHODOLOGIE

TRIC-I-HF est un essai randomisé multicentrique allemand ayant inclus **360 patients** présentant une insuffisance tricuspide ≥ sévère, symptomatique malgré un traitement médical optimal, avec un risque élevé d'événements d'insuffisance cardiaque. Les patients ont été randomisés 2:1 entre **réparation tricuspide percutanée (n=237)** et traitement médical seul (n=123), avec un choix libre du dispositif de T-TEER.

Le critère primaire était hiérarchique : d'abord un **win ratio à 1 an** combinant mortalité, hospitalisation pour insuffisance cardiaque et qualité de vie (KCCQ), puis, en cas de résultat positif, le **composite décès ou hospitalisation pour insuffisance cardiaque jusqu'à 3 ans**.

FIGURE 1 — Flowchart de l'essai : randomisation 2:1 (237 réparation tricuspide, 123 traitement médical), avec indication des cross-overs autorisés sous conditions strictes



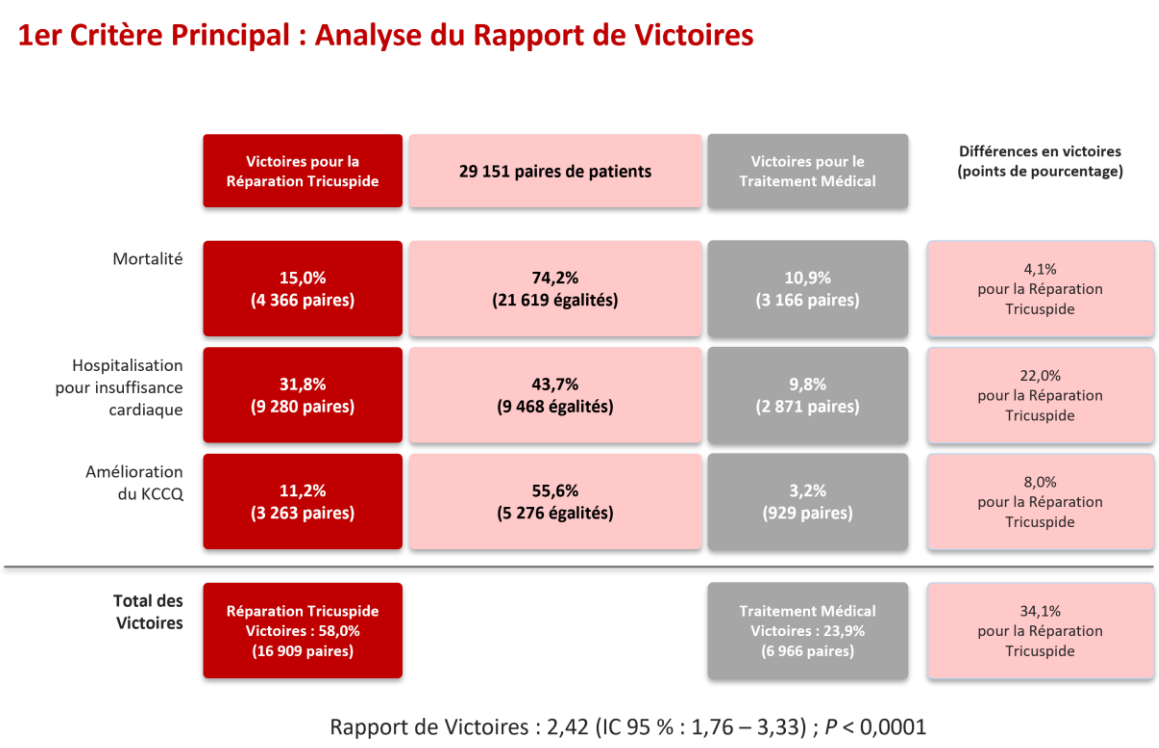
RÉSULTATS

Les deux groupes étaient comparables à la randomisation, avec des patients très âgés (âge moyen 80 ans) et particulièrement sévères : **76 % en NYHA III–IV**, > 90 % en fibrillation auriculaire et 82 % avec un syndrome cardio-rénal. Parmi les 237 patients randomisés dans le groupe intervention, **97,5 % ont bénéficié d'une réparation tricuspide percutanée**, principalement par T-TEER.

Le critère primaire hiérarchique était largement en faveur de la réparation tricuspide, avec un **win ratio de 2,42** (IC 95 % 1,76–3,33 ; P < 0,0001). Le critère composite décès ou hospitalisation pour insuffisance cardiaque était également significativement réduit (**HR 0,40 ; IC 95 % 0,29–0,55 ; P<0,0001**), avec un **NNT de seulement 4 à 1 an**. Les hospitalisations pour insuffisance cardiaque (HR 0,35) et la mortalité toutes causes (HR 0,62) étaient également réduites.

Enfin, à 1 an, **73 % des patients étaient en NYHA I–II** après réparation contre 57 % sous traitement médical, avec une réduction durable de la sévérité de la régurgitation tricuspide.

FIGURE 2 — Courbes de Kaplan-Meier du 2e critère primaire (HR 0,40 ; IC 95 % 0,29-0,55)



CONCLUSION

L'essai TRIC-I-HF fournit la **première preuve randomisée de niveau 1** que la réparation tricuspide percutanée, ajoutée au traitement médical optimal, est supérieure au traitement médical seul dans une population de patients insuffisants cardiaques avec IT sévère et marqueurs d'atteinte viscérale avancée. Le bénéfice est d'une ampleur remarquable : une réduction de 60 % du risque de décès ou d'hospitalisation pour IC, une réduction de 38 % de la mortalité toutes causes, et un NNT de seulement 4 à 1 an. Ces résultats s'inscrivent dans un contexte de progrès rapides des interventions sur les valves cardiaques droites et plaident pour une **révision des recommandations actuelles**, en positionnant l'intervention tricuspide percutanée comme une thérapeutique de choix dans cette population à haut risque, trop longtemps laissée sans option curative.

Source : Hausleiter J et al. Tricuspid-Valve Intervention in Heart Failure. N Engl J Med. 2026. Présenté en Hot-Line, ESC Congress Munich, 30 août 2026.