

Compte-rendu

Faut-il opérer les patients avec sténose aortique sévère asymptomatique ?

Mots-clés

Sténose aortique , RVA , Chirurgie cardiaque , AVATAR , Traitement conservateur

Aortic valve replacement versus conservative treatment in asymptomatic severe aortic stenosis: The AVATAR Trial

M. Banovic et al., Circulation, 13.11.2021

[DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.121.057639](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.057639)

Introduction

Le remplacement de valve aortique chirurgical (RVA) est une recommandation de classe I chez les patients souffrant d'une sténose aortique (SA) symptomatique. Qu'en est-il des personnes asymptomatiques avec fonction systolique préservée, représentant 1/4 des patients avec SA sévère et dont la prévalence dans la population générale est probablement plus élevée ? La seule étude randomisée à ce jour (Kang et al., N Engl J Med. 2020) montrait un bénéfice du RVA précoce, mais l'absence de symptômes des participants n'était pas formellement établie (pas de tests d'effort).

Méthode

Etude randomisée, open label, multicentrique (9 centres dans 7 pays européens). **Inclusion:** >18 ans avec critères échocardiographiques standards de SA sévère (surface valvulaire $\leq 1.0 \text{ cm}^2$, gradient valvulaire moyen $\geq 40 \text{ mm Hg}$ ou vitesse max du jet aortique $>4.0 \text{ m/sec}$) et FEVG $>50\%$. Test d'effort systématique pour confirmer l'absence de symptômes et de limitation fonctionnelle. **Exclusion:** Dyspnée d'effort, syncope ou pré-syncope, régurgitation aortique $\geq 3+$, anévrisme aorte ascendante $>5 \text{ cm}$, maladie mitrale significative, antécédent de chirurgie cardiaque, FA, espérance de vie $<3 \text{ ans}$. **Intervention:** Randomisation 1:1 intervention (RVA dans les 8 semaines suivant la randomisation) vs. traitement standard selon les recommandations européennes (RVA en cas d'apparition de symptômes, si la FEVG diminue à $<50\%$ ou si vitesse max du jet aortique augmente de $>0,3 \text{ m/s/année}$). Analyse en intention de traiter. **Issue primaire:** composite de mortalité toute cause confondue ou événement cardiovasculaire majeur (infarctus aigu du myocarde, accident vasculaire cérébral, hospitalisation non planifiée pour insuffisance cardiaque aiguë requérant un traitement diurétique intraveineux ou inotrope).

Résultats

n=157 ; âge moyen de 67 ans, 43% ♀, à bas risque chirurgical avec risque médian prédit de mortalité de 1.7%. Au terme d'un suivi médian de 32 mois, la RVA précoce a été associé à une **réduction relative de 54 %** de l'issue primaire (taux d'événements à 36 mois, **15,2 % pour le RVA précoce contre 34,7 % pour le traitement conservateur** ; P=0,02). Cette différence était expliquée principalement par la réduction non significative des hospitalisations pour insuffisance cardiaque (4,0 % contre 12,9 %) et des décès (9,5 % contre 20,1 %). 25 patients (32 %) du groupe conservateur ont dû subir un RVA durant le suivi car devenus symptomatiques.

Discussion

Etude de bonne qualité méthodologique avec question de recherche pertinente mais incluant des patients plutôt jeunes et à bas risque. L'incidence des issues secondaires (décès toutes causes, première hospitalisation pour insuffisance cardiaque, hémorragies majeures ou complications thromboemboliques) ne différait pas

significativement entre les deux groupes mais la tendance était en faveur du RVA précoce. **Limitations:** recrutement variable selon les centres (115/157 patients recrutés dans un centre), taille de l'échantillon pré-spécifié non atteint raison pour laquelle le temps de suivi a été prolongé pour atteindre le nombre d'événements requis.

Conclusion

Il faut discuter d'un RVA précoce dès qu'une sténose aortique sévère est identifiée chez un patient à bas risque chirurgical, indépendamment des symptômes et de la fonction systolique.

Date de publication	Auteurs
07.07.2022	