

OCTOBRE 2026

L'essentiel de l'ESC 2026 vu par la Société Française de Cardiologie



Ce FOCUS est réalisé par Cardio-online, avec le soutien institutionnel de :

SOMMAIRE

P.5

L'ESSENTIEL DE L'ESC 2026 EN INSUFFISANCE CARDIAQUE ET CARDIOMYOPATHIES

P.5

L'étude CARDIO-TTRansform

P.7

L'étude ACACIA-HCM

P.10

L'étude TRIC-I-HF

P.13

L'ESSENTIEL DE L'ESC 2026 EN RYTHMOLOGIE

P.13

L'étude SINGLE-AF

P.14

L'ESSENTIEL DE L'ESC 2026 DANS LES MALADIES CORONAIRES

P.14

L'étude STAREE

P.16

L'étude AMUNDSEN

P.18

L'ESSENTIEL DE L'ESC 2026 EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

P.18

L'étude TAVI PCI

L'ÉDITORIAL

L'essentiel de l'ESC 2026 vu par la Société Française de Cardiologie est un programme ayant pour objectif de partager les résultats des principales études cliniques présentées durant le congrès annuel de l'European Society of Cardiology, qui s'est tenu à Munich du 28 au 31 août 2026, qui vont avoir un impact sur les pratiques cardiologiques françaises.

Animé par le Pr Hélène Eltchaninoff, cardiologue au CHU de Rouen et présidente de la Société Française de Cardiologie et le Pr Albert Hagège, cardiologue à l'HEGP à Paris et rédacteur en chef de Cardio-online, le programme propose de partager les interviews des investigateurs principaux des grandes études de l'ESC 2026 qui sont mises en perspectives par un panel d'experts composé du Pr Vincent Algalarrondo, cardiologue à l'hôpital Bichat à Paris et spécialiste des amyloses cardiaques, du Pr Jean-Guillaume Dillinger, cardiologue à l'hôpital Lariboisière à Paris et président du groupe Urgences et Soins Intensifs (USIC) de la SFC, du Pr Jacques Monségu, cardiologue interventionnel à Lyon et président du Groupe Athérome coronaire et Cardiologie Interventionnelle (GACI) de la SFC et du Pr Eloi Marijon, cardiologue et rythmologue à l'HEGP à Paris.

Un programme proposé à la communauté cardiologique autour de 4 thématiques :

- L'insuffisance cardiaque et les cardiomyopathies,
- La rythmologie,
- La maladie coronaire,
- La cardiologie interventionnelle.



L'étude CARDIO-TTRansform, un essai randomisé de phase de 3 évaluant un oligonucléotide antisens, l'eplontersen, pour le traitement d'amyloses cardiaques à transthyrétine



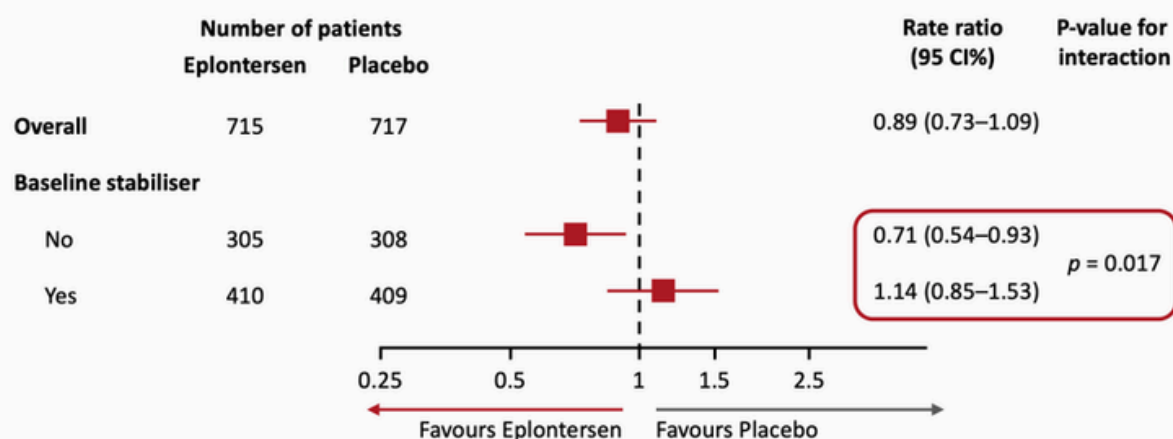
D'après la communication du Dr Mathew Maurer, cardiologue à New York, « CARDIO-TTRansform - Efficacy and safety of eplontersen in patients with transthyretin amyloid cardiomyopathy » présentée en Hot Lines à l'ESC 2026.

CARDIO-TTRansform est le plus large essai à ce jour réalisé dans le domaine des amyloses cardiaques à transthyrétine (ATTR). Il a été conduit dans une population contemporaine pour évaluer l'hypothèse que l'eplontersen, un silenceur de la production de transthyrétine, apporterait des bénéfices cliniques supplémentaires au critère primaire, composé dans cette étude de la mortalité cardiovasculaire et des événements cardiovasculaires récurrents.

L'étude a inclus 1 432 patients très typiques des patients avec une amylose cardiaque à transthyrétine. L'âge moyen était de 72 ans, avec 90 % d'hommes. Parmi eux, 85 % avaient une forme sauvage et 15 % une mutation. De façon importante, il n'y avait pas de restriction au traitement par stabilisateur de la transthyrétine dans l'étude, le tafamidis étant le stabilisateur utilisé. 57 % prenaient un stabilisateur de la transthyrétine à inclusion et durant l'étude, ce traitement a été instauré pour d'autres patients. À la fin de l'étude, près de 80 % d'entre eux prenaient un stabilisateur.



Strong interaction between baseline stabiliser use and eplontersen effect



Source : ESC

Contrairement à l'hypothèse initiale, le traitement par eplontersen dans la population globale n'a pas été associé à une réduction du critère primaire et le résultat a été très affecté par le fait que les patients prenaient, ou non, un stabilisateur à l'inclusion. L'eplontersen a été en fait très efficace dans le groupe de patients dits en monothérapie, ceux qui ne prenaient pas de stabilisateur à l'inclusion. Ils ont eu un bénéfice statistiquement significatif sur le critère primaire et de multiples critères secondaires, mais il ne s'agit que de valeurs de p nominalement significatives car le p du critère primaire n'a malheureusement pas été atteint. ■

Commentaires du panel sur CARDIO- TTransform

Un échec paradoxal

CARDIO-TTransform est la plus large étude conduite dans le traitement de l'amylose cardiaque et ses résultats négatifs sur le critère primaire ont largement surpris la communauté des spécialistes de l'amylose cardiaque. Les raisons de cet échec ne sont pas liées à l'efficacité de l'eplontersen, un oligonucléotide antisens qui diminue de façon très importante la production hépatique de transthyrétine, mais plutôt à la méthodologie de l'essai qui autorisait l'utilisation concomitante d'un stabilisateur de la transthyrétine, le tafamidis.

Si l'impact clinique du silenceur de la transthyrétine, l'eplontersen, est très net en monothérapie, il ne semble pas apporter de bénéfice clinique complémentaire pour des patients déjà stabilisés par le tafamidis, comme s'il existait une forme de "compétition" physiologique entre le stabilisateur et le silenceur de la transthyrétine. Ce résultat soulève un problème méthodologique majeur pour les futurs essais dans l'amylose cardiaque : comment évaluer de nouvelles molécules (comme d'autres silenceurs actuellement en essai de phase 3) face à un traitement de fond (le tafamidis) devenu le standard de soins ?

Stabilisateur ou silenceur en 1^{ère} ligne de traitement dans les recommandations de l'ESC 2026

Les nouvelles recommandations de l'ESC 2026 sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque consacrent une partie spécifique aux amyloses cardiaques et recommandent (en classe I, niveau A) : un traitement soit par un silenceur de la transthyrétine (le vutrisiran) ou par un stabilisateur de la transthyrétine (le tafamidis ou l'acoramidis) chez les patients atteints d'amylose cardiaque à transthyrétine (forme variante ou sauvage) de classe NYHA I à III, afin de réduire la progression des symptômes ainsi que le risque d'hospitalisation d'origine cardiovasculaire et de décès toutes causes confondues.

Elles insistent sur l'importance d'un diagnostic, d'une prise en charge précoce de la maladie et d'un suivi rapproché après la mise en route d'un traitement spécifique afin d'identifier rapidement les patients mauvais répondeurs qui pourraient bénéficier d'un changement de classe thérapeutique.

L'étude ACACIA-HCM, évaluation randomisée de l'aficamten, un inhibiteur de la myosine cardiaque, pour le traitement de cardiomyopathies hypertrophiques non obstructives symptomatiques

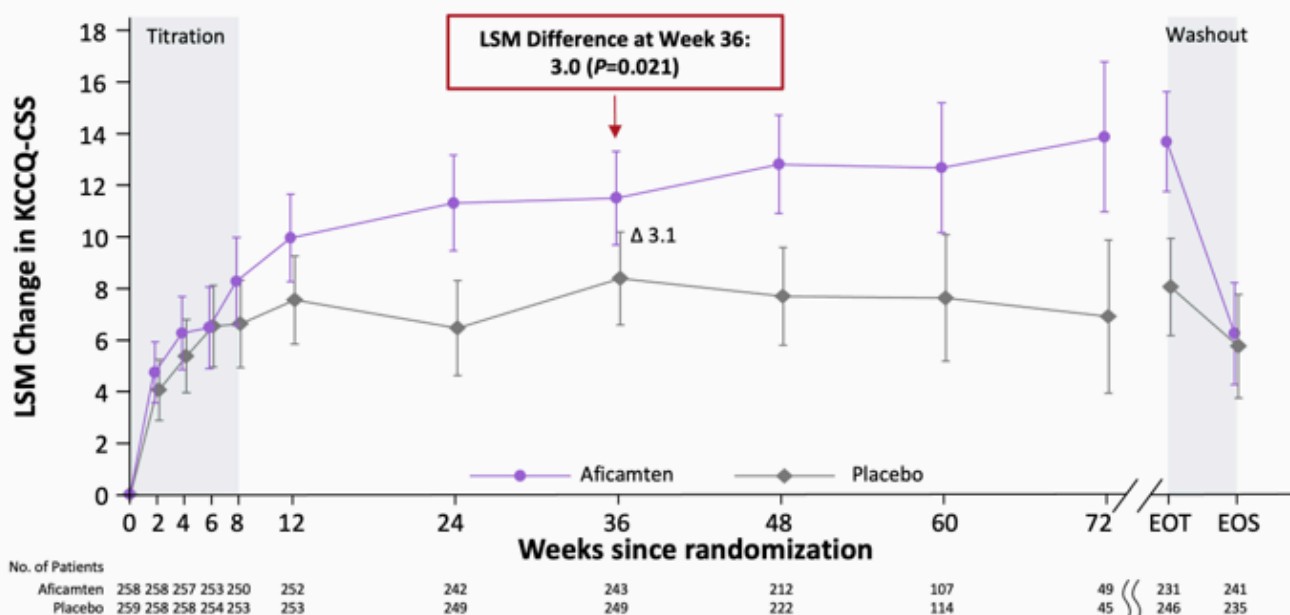


D'après la communication du Dr Ahmad Masri, cardiologue à Portland, « ACACIA-HCM - Aficamten for symptomatic non-obstructive hypertrophic cardiomyopathy » présentée en Hot Lines à l'ESC 2026.

ACACIA-HCM est une étude de l'aficamten versus placebo chez des patients avec une cardiomyopathie hypertrophique symptomatique non obstructive, une maladie qui n'a aucun traitement disponible ou enregistré actuellement.

Dans ACACIA-HCM, 517 patients ont été randomisés, 1 pour 1, pour recevoir soit de l'aficamten, soit un placebo. Ils ont été suivis pendant 72 semaines sous traitement, puis 4 semaines sans traitement et l'essai s'est poursuivi jusqu'à ce que le dernier patient ait franchi les 36 semaines.

Results: KCCQ-CSS (Dual primary endpoint at week 36)



Source : ESC

Le double critère de jugement principal était le Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) et la capacité d'exercice mesurée par le pic de VO₂.

Dans ACACIA-HCM, l'aficamten a positivement affecté les deux éléments de ce double critère primaire à la 36^{ème} semaine, le score KCCQ s'améliorant de 3 points par rapport au placebo avec une valeur de p de 0,021 et le pic de VO₂ s'améliorant de 0,67 mL/kg/min en comparaison avec le placebo, avec une valeur de p de 0,003.

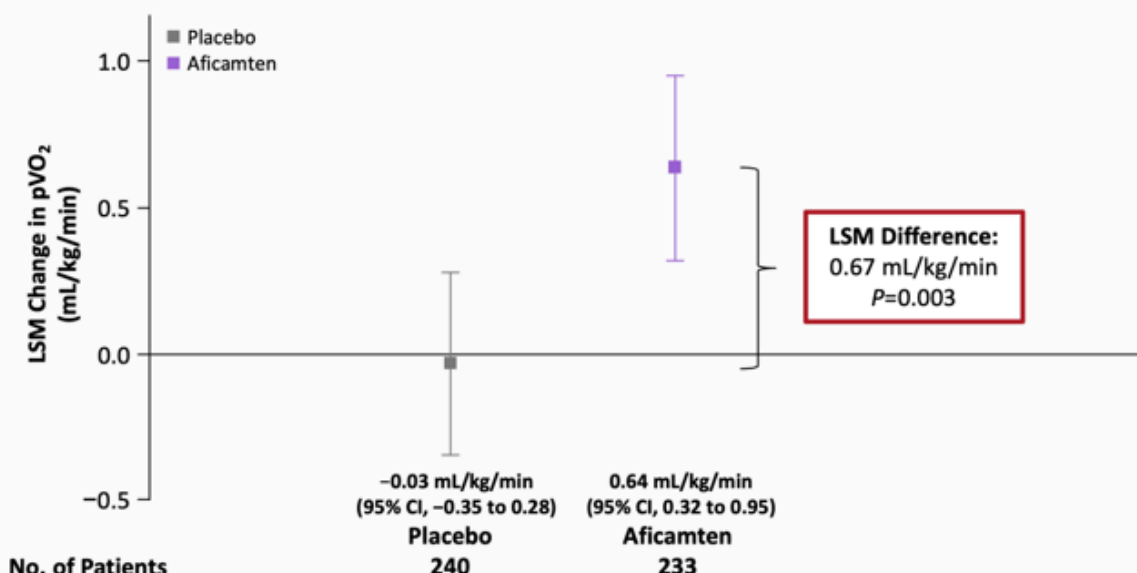
En ce qui concerne la tolérance, le mécanisme d'action de l'aficamten est de réduire la contractibilité cardiaque chez des patients avec une cardiomyopathie qui ont une hypercontractibilité pathologique.

Dans l'essai, la réduction moyenne de la fraction d'éjection à la semaine 36 a été de 4 % ; et si l'on regarde plus précisément le pourcentage de patients ayant eu une fraction d'éjection à moins de 50 %, cela est survenu pour 10 % des patients sous aficamten en comparaison à 1 % de ceux sous placebo.

Parmi ces 10 % de patients, la majorité est restée sous traitement, à la même dose ou à une dose plus faible pendant la durée de l'étude.

Seulement deux patients parmi ces 27 patients ont eu un événement indésirable sévère concomitant d'insuffisance cardiaque, qui a été géré cliniquement et a été réversible. ■

Results: Change in pVO₂ (Dual primary endpoint at week 36)



Source : ESC

Commentaires
du panel sur
ACACIA-HCM

Première étude positive pour le traitement des CMH non obstructives

ACACIA-HCM est la première étude positive dans la prise en charge des cardiopathies hypertrophiques non obstructives, un domaine dans lequel on ne disposait d'aucune étude démontrant l'efficacité d'un médicament ou d'une classe thérapeutique alors que beaucoup de patients, souvent jeunes, sont symptomatiques et sont traités empiriquement par bêtabloquant ou par vérapamil.

Si l'amplitude des bénéfices démontrés dans l'étude est modérée avec un suivi encore en cours, ils confirment l'importance de cette nouvelle classe thérapeutique, les inhibiteurs de la myosine, dans le traitement des CMH sarcomériques avec obstruction, cadre de l'actuelle AMM de ces médicaments et sans obstruction.



Devenir membre de la SFC, c'est s'engager au sein d'une communauté professionnelle, à vos côtés pour **vous informer et vous accompagner dans vos projets** de communication, de formation et de recherche.



Les membres de la SFC ont accès à de nombreux avantages exclusifs :

- Intégrer la communauté de sa surspécialité
- Participer aux JESFC à un tarif préférentiel
- Recevoir les revues d'expression de la SFC
- Candidater aux prix et bourses
- Bénéficier d'un accès complet à Cardio-online
- S'assurer une affiliation à l'ESC
- Avoir accès à l'actualité en cardiologie
- Diffuser ses offres d'emploi

Devenez
membre !



www.sfcardio.fr

L'étude TRIC-I-HF, évaluation randomisée du bénéfice d'une réparation percutanée de la tricuspide pour des patients en insuffisance cardiaque avancée



D'après la communication du Pr Jörg Hausleiter, cardiologue à Munich, « TRIC-I-HF - Tricuspid intervention in heart failure » présentée en Hot Lines à l'ESC 2026.

L'étude TRIC-I-HF (Tricuspid Intervention in Heart Failure) a évalué si une stratégie de réparation tricuspide en plus d'un traitement médical était supérieure à un traitement médical seul chez des patients ayant une régurgitation tricuspide sévère, qui sont symptomatiques et ont des facteurs de risque additionnels pour de futurs événements d'insuffisance cardiaque.

Au total, 360 patients ont été inclus en Allemagne et ont été randomisés en 2 bras : un bras réparation de la tricuspide avec n'importe quel dispositif commercialement disponible ; un bras traitement médical avec un ratio de randomisation de 2 pour 1.

Les premiers résultats sont que le premier critère hiérarchique, le win ratio, a été observé pour ses trois composants : la mortalité, les hospitalisations pour insuffisance cardiaque et la qualité de vie, un win pour la réparation tricuspide allant de 4 % de gain entre les deux groupes jusqu'à 22 % pour les hospitalisations pour insuffisance cardiaque.

L'atteinte de ce premier critère a autorisé à évaluer le deuxième critère plus dur avec, à 3 ans, une réduction du risque relatif de 60 % sur le critère de la mortalité et des hospitalisations pour IC, avec une différence statistiquement élevée, la valeur de p étant inférieure à 0,0001. Le calcul du nombre de patients à traiter montrant qu'il ne fallait traiter que 4 patients pour éviter un décès ou une hospitalisation pour insuffisance cardiaque à 1 an, un nombre qui est tout à fait comparable avec d'autres essais comme dans l'essai COAPT. ■

Commentaires du panel sur TRIC-I-HF

Avancée dans les valvulopathies du cœur droit

Jusqu'à présent, les études sur la réparation tricuspide percutanée comme TRILUMINATE et TRI.FR avaient pu montrer des bénéfices francs sur la qualité de vie, mais avaient rencontré des difficultés à démontrer une réduction de la mortalité.

L'étude TRIC-I-HF change la donne en démontrant un bénéfice clinique incontestable. Une différence qui s'explique par la sélection des patients dans l'étude allemande inclus à un stade d'insuffisance cardiaque plus avancée, qui n'avaient pas été inclus dans les autres essais.

Chez ces patients très symptomatiques, souvent avec une atteinte rénale ou hépatique associée, la correction de la fuite tricuspide modifie très significativement le pronostic à court terme.

Cette étude inscrit clairement le clip tricuspide comme un outil thérapeutique de prise en charge de l'insuffisance cardiaque droite avancée ayant un impact sur la mortalité.

Recommandations de l'ESC 2026 sur l'insuffisance cardiaque



Recommandations présentées par le Pr Erwan Donal, cardiologue au CHU de Rennes, membre de la Task Force des guidelines de l'European Society of Cardiology.

Les recommandations 2026 sur l'insuffisance cardiaque ont été élaborées pour être au plus proche de la pratique des cardiologues.

La classification générale a été simplifiée pour faire disparaître la notion de fraction d'éjection intermédiaire en ne laissant plus que deux catégories :

- les insuffisances cardiaques à fraction d'éjection préservée, avec une fraction d'éjection supérieure à 50 %,
- les insuffisances cardiaques à fraction d'éjection réduite avec une fraction d'éjection altérée, inférieure à 50 %.

Les traitements fondamentaux de l'insuffisance cardiaque comportent les inhibiteurs de SGLT2 et les bloqueurs des récepteurs minéralocorticoïdes pour les formes à FE réduites ou non altérées avec le rajout des deux autres « fantastiques » en cas d'insuffisance cardiaque à FE réduite. En cas d'insuffisance cardiaque à FE préservée, il est recommandé de mieux phénotyper les patients en adaptant le traitement à une éventuelle obésité associée à une valvulopathie, à une fibrillation atriale ou une amylose.

Ces nouvelles recommandations insistent sur le rôle de l'imagerie avec une place clé pour l'échocardiographie pour réaliser un diagnostic précoce puis l'IRM, l'imagerie nucléaire et le scanner pour préciser le diagnostic.

La prise en charge de l'insuffisance cardiaque avancée est mise en avant avec l'importance d'une identification précoce des patients qui vont devoir intégrer cette filière de soins afin d'être encadrés, préparés et que le timing pour proposer la greffe ou l'assistance soit plus approprié.

Une place plus importante est faite à la resynchronisation cardiaque dont les indications doivent être évaluées plus précocement. La réparation des fuites mitrales secondaires a maintenant un niveau de recommandation élevé.

Enfin, ces recommandations insistent sur l'importance d'une prise en charge précoce avec une intervention rapide permettant d'instaurer l'ensemble des traitements efficaces en impliquant l'ensemble des professionnels de l'insuffisance cardiaque dans cette démarche. ■

CONCOURS CAS CLINIQUES

4^{ÈME} ÉDITION

2026-2027

HVG



Soumettez
votre cas avant
le 30 octobre



Présentez-le
aux JESFC 2027



Gagnez
votre participation au
congrès de l'**HFA** 2027



Participez !
Plus d'informations sur [Cardio-online.fr](https://www.cardio-online.fr)

L'étude SINGLE-AF, évaluation randomisée d'un traitement par AOD vs placebo pour des patients en FA à risque intermédiaire d'AVC



D'après la communication du Pr Boyoung JOUNG, cardiologue à Séoul, « SINGLE-AF - Anticoagulation for atrial fibrillation with intermediate stroke risk » présentée en Hot Lines à l'ESC 2026.

SINGLE-AF est la première étude randomisée qui supporte l'utilisation d'un traitement par AOD pour améliorer le pronostic de patients en fibrillation atriale (FA) à risque intermédiaire d'accident vasculaire cérébral. 1 800 patients en FA avec un risque intermédiaire d'AVC ont été randomisés pour recevoir soit un AOD, soit aucun traitement anticoagulant.

Le principal résultat est que l'incidence cumulée du critère primaire composite à 2 ans a été de 1,5 % dans le groupe n'ayant pas reçu d'AOD contre 0,5 % dans le groupe AOD. Le traitement par AOD a ainsi réduit le risque du critère primaire de 69 % avec une valeur de p de 0,028.

Dans cette étude, le groupe contrôle a utilisé de l'aspirine, pour environ 37 % des patients et il n'y a pas de différence en ce qui concerne les saignements majeurs entre les deux groupes.

Les taux de saignements ont été très bas alors que le taux d'accident vasculaire cérébral ischémique a été réduit de façon significative par le traitement par AOD.

L'étude SINGLE-AF est ainsi la première étude clinique randomisée qui supporte l'utilisation d'un traitement par AOD, ce traitement améliorant les deux critères cliniques pour des patients en FA avec un risque intermédiaire d'accident vasculaire cérébral. ■

Commentaires du panel sur SINGLE-AF

Un bénéfice clinique net pour les patients de risque intermédiaire

SINGLE-AF apporte des éléments importants sur une zone grise persistante des recommandations sur les indications d'une anticoagulation chez les patients avec une fibrillation atriale : que faire chez les patients à faible risque ou à risque intermédiaire ?

L'essai coréen démontre un net bénéfice ischémique sans surrisque hémorragique, dans le contexte d'un score de risque ayant retiré le genre féminin comme facteur de risque indépendant et justifie pleinement la prescription d'un AOD avec un score CHA2DS2-VA à 1.

L'étude STAREE, évaluation randomisée d'un traitement par statine, en prévention primaire, débuté chez des patients de plus de 70 ans

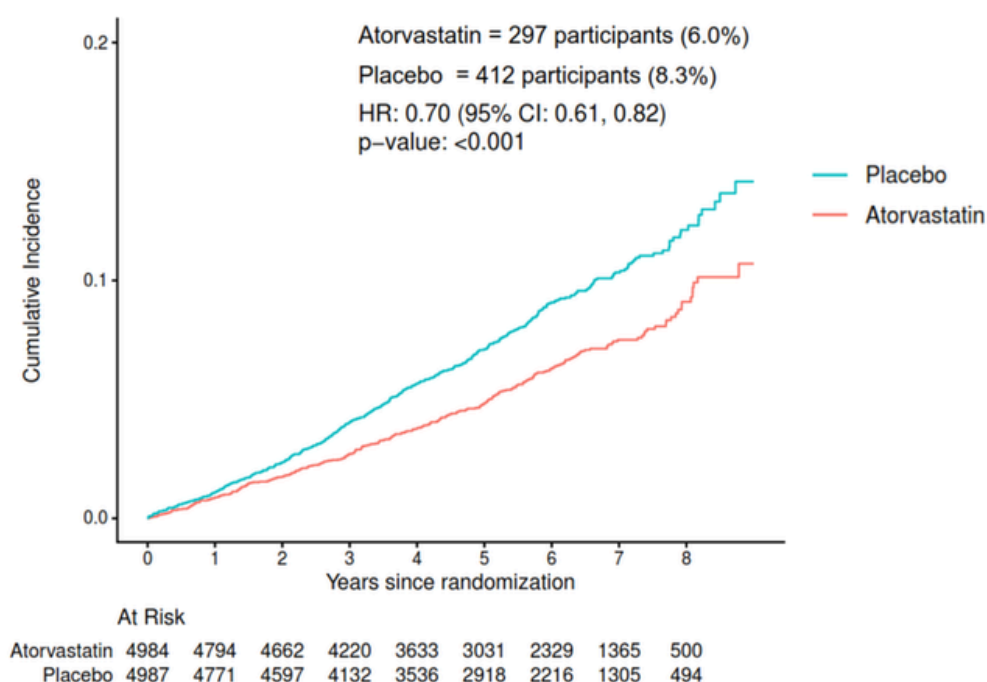


D'après la communication du Pr Sophia Zoungas, cardiologue à Melbourne, « STAREE - Statins for reducing events in the elderly » présentée en Hot Lines à l'ESC 2026

STAREE est une étude randomisée, initiée par ses investigateurs, de l'atorvastatine vs placebo dans une population en bonne santé, âgée de plus de 70 ans.

Elle a inclus 9 971 participants, âgés de 70 ans et plus, qui n'avaient pas pris jusque-là de statines et qui n'avaient pas d'indication clinique pour un traitement par statine, c'est-à-dire qu'ils n'avaient pas de maladie cardiovasculaire, de diabète ou d'autre indications.

MACE 4: Cardiovascular death, non-fatal myocardial infarction, stroke or coronary revascularization



Source : ESC

Les participants ont été randomisés, 1 pour 1, pour recevoir soit 40 mg d'atorvastatine par jour soit un placebo. Ils ont été suivis pendant une période moyenne de 5,9 ans.

Deux critères primaires ont été évalués, les événements cardiovasculaires majeurs sur 4 points de MACE, ainsi que la survie sans handicap définie par une survie sans démence ou sans handicap chronique persistant.

Les événements cardiovasculaires majeurs ont été réduits de 30 %, un résultat hautement significatif.

Ayant démontré la supériorité sur ces critères cardiovasculaires majeurs, la survie sans handicap a pu être analysée et, bien qu'il y ait numériquement moins d'événements dans le groupe atorvastatine, il n'a pas été montré que l'atorvastatine réduisait ou augmentait significativement la survie sans handicap.

Comme anticipé, l'atorvastatine a abaissé le LDL médian d'environ 40 %, débuté avec un niveau de 126 mg/dl, la différence entre les deux groupes a été d'environ 31 mg/dl.

Cet effet est cohérent avec l'effet du traitement observé sur les événements cardiovasculaires majeurs. ■

Commentaires du panel sur STAREE

Un bénéfice clair pour un traitement par statine débuté en prévention primaire après 70 ans

STAREE répond à une question très fréquemment rencontrée en pratique quotidienne : y-a-t-il un bénéfice à commencer un traitement par statine en prévention primaire chez un patient de plus de 70 ans n'en ayant jamais pris jusque-là ?

Elle y apporte une réponse très claire : 40 mg par jour d'atorvastatine permettent de réduire de 30 % le risque d'événements ischémiques majeurs.

ÉMISSION SPÉCIALE



Les ÉMISSIONS SPÉCIALES de Cardio-online en replay

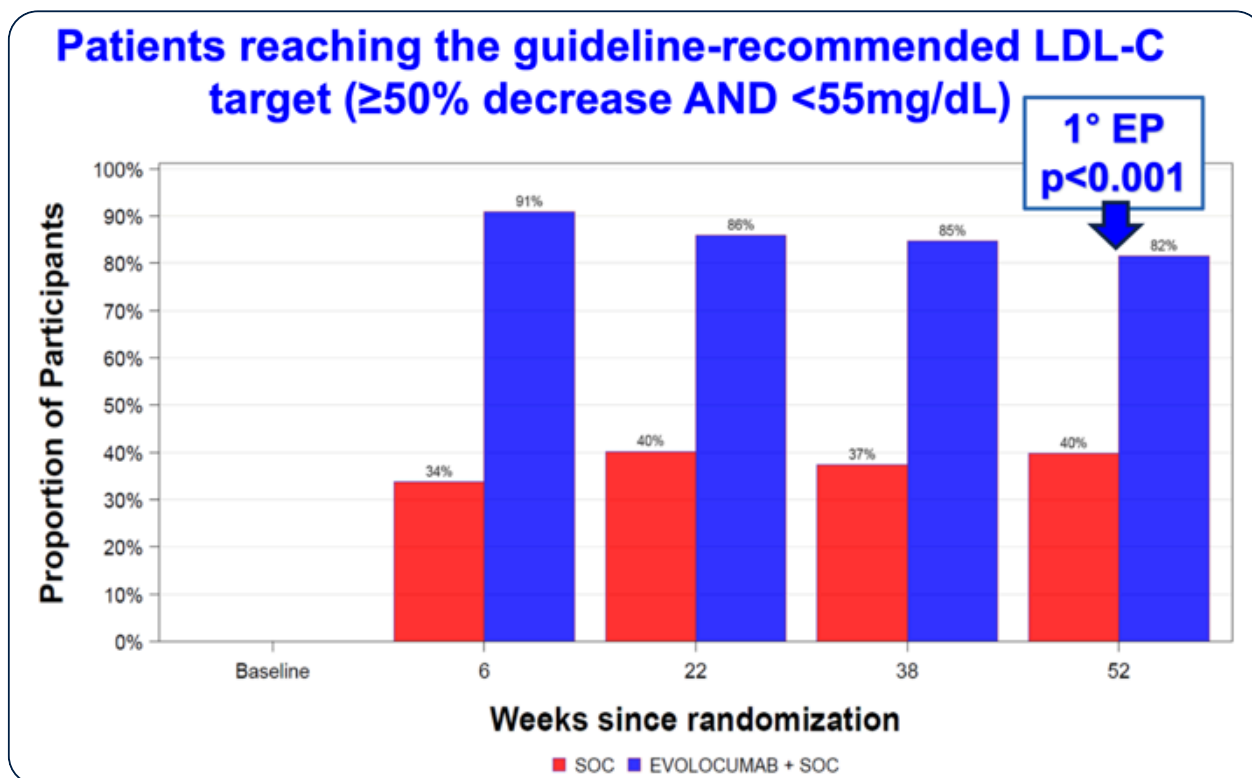
L'étude AMUNDSEN, évaluation randomisée de l'impact d'un traitement par inhibiteur de PCSK9 administré au moment de la revascularisation pour infarctus du myocarde



D'après la communication du Pr Gilles Montalescot, cardiologue à Paris, « AMUNDSEN - Evolocumab before percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction » présentée en Hot Lines à l'ESC 2026

AMUNDSEN est un essai international conduit dans six pays, dans lequel la France a été très active.

2 161 patients ont été inclus et randomisés pour recevoir, quel que soit leur taux de LDL cholestérol, soit un inhibiteur de PCSK9, l'évolocumab, dans la première heure de l'infarctus, à leur entrée en salle de cathétérisme ; soit avoir une prise en charge de leur LDL cholestérol suivant les recommandations européennes.



Source : ESC

Dans les deux groupes, l'objectif était d'atteindre un taux de LDL inférieur à 0,55 mg/dl, l'objectif principal de l'essai étant le % de patients ayant atteint cet objectif 1 an après leur syndrome coronaire aigu.

Un objectif atteint pour 82 % des patients pour qui le traitement par inhibiteur de PCSK9 a été débuté lors de la revascularisation, contre 40 % de ceux dans le bras contrôle.

À un an, les investigateurs n'ont pas mis en évidence une différence en ce qui concerne les événements cliniques même si, dans une analyse per protocole, une différence en faveur du bras expérimental est apparue. ■

Commentaires du panel sur AMUNDSEN

Intervenir vite et fort pour atteindre l'objectif de LDL à 0,55 mg/dl

L'inertie thérapeutique est l'un des principaux freins à l'atteinte des objectifs de contrôle des facteurs de risque après un événement cardiaque ischémique. En ce qui concerne le LDL cholestérol, les données de vraie vie montrent qu'un an après un infarctus, 20 % seulement des patients ont atteint l'objectif de LDL de 0,55 mg/dl.

L'étude AMUNDSEN montre qu'il est possible d'augmenter considérablement ce pourcentage en initiant une stratégie hypolipémiante agressive très précocement, en salle de cathétérisme. Une démonstration qui vient renforcer les arguments pour un déploiement rapide et complet de l'arsenal thérapeutique hypolipémiant.

LIRE OU VISIONNER, À VOUS DE CHOISIR !

Ce FOCUS est une version synthétique de l'émission spéciale "L'essentiel de l'ESC 2026 vu par la SFC".

Pour accéder au replay intégral de ce programme, scannez ce QR code !



L'étude TAVI PCI, évaluation randomisée d'une stratégie de revascularisation coronaire pré-TAVI vs post-TAVI



D'après la communication du Pr Barabara Stähli, cardiologue à Zurich « TAVI PCI - Transcatheter aortic valve implantation and percutaneous coronary intervention » présentée en Hot Lines à l'ESC 2026

TAVI PCI est un large essai dans lequel 986 patients avec une sténose aortique sévère et une maladie coronaire concomitante ont été inclus. Ils ont été évalués par une équipe pluridisciplinaire pour soit une stratégie de TAVI en premier vs une stratégie de revascularisation en premier.

TAVI PCI a inclus des patients ayant une sténose aortique sévère éligibles à un TAVI avec une valve expandable par ballon de cadre court.

Le critère primaire était composé des décès toutes causes, des infarctus du myocarde, des ischémies nécessitant une revascularisation, des procédures valvulaires, des hospitalisations pour insuffisance cardiaque et des saignements majeurs à 1 an.

Une stratégie de TAVI en premier s'est avérée non-inférieure à une revascularisation en premier, avec un hasard ratio de 0,90. Le critère primaire est survenu pour 22 % des patients du groupe TAVI en 1^{er} et pour 24 % dans le groupe revascularisation en premier.

Les saignements BARC 3a semblent survenir moins fréquemment avec la stratégie de TAVI en premier et le nombre de procédures de revascularisation a été plus bas quand le TAVI était fait en premier, en comparaison à la revascularisation en premier. ■

Commentaires du panel sur TAVI PCI

Une remise en cause de la revascularisation systématique avant TAVI

Du fait d'une anticipation de difficultés éventuelles à réaliser une procédure de revascularisation après TAVI, beaucoup d'équipes procédaient aux revascularisations nécessaires avant le TAVI.

TAVI PCI apporte des éléments pour pondérer cette attitude en démontrant la non-infériorité d'une stratégie repoussant les revascularisations nécessaires à après le TAVI.

Une stratégie qui pourrait réduire les risques hémorragiques associés à la double antiagrégation plaquettaire du fait d'une revascularisation pré-TAVI et réduire le nombre de stents du fait d'une amélioration des pressions ventriculaires par le TAVI.

Cardio-online est la plateforme digitale d'information et d'éducation de la Société Française de Cardiologie.

Europa Digital & Publishing
19, allées Jean Jaurès
31000 Toulouse
France

Directeur de la publication :
Frédéric Doncieux

Rédacteur en chef :
Pr Albert Hagège

Un dossier préparé et réalisé par le Dr Pierre Delahousse, avec la contribution des Prs Hélène Eltchnaninoff, Albert Hagège, Vincent Algalarrondo, Jean-Guillaume Dillinger, Jacques Monségu et Éloi Marijon.

Mise en page et graphisme :
Marie-Agnès Barrié
Marion Jort
Fabien Pichard

Ce document a été réalisé en toute indépendance et sous la seule responsabilité des auteurs, du coordonnateur et du directeur de la publication, qui sont garants de l'objectivité de l'information délivrée. Le Comité Éditorial de Cardio-online est consultable sur www.cardio-online.fr.

L'objectif de ce document est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche. Les données présentées sont susceptibles de ne pas être validées par la commission d'Autorisation de Mise sur le Marché, et ne doivent donc pas être mises en pratique.

Certaines données publiées dans ce projet de l'éditeur peuvent ne pas avoir été validées par les Autorités Françaises.

Copyright © Europa Digital & Publishing 2026

Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, stockée dans un système d'extraction ou transmise, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur Europa Digital & Publishing.

Toute demande relative à une reproduction en dehors du cadre ci-dessus doit être adressée à Europa Digital & Publishing à l'adresse contact@cardio-online.fr.

Au cœur des patients,



JESFC
2027



13-15 janvier
Palais des Congrès de Paris

Retrouvez toute l'actualité des JESFC
sur sfcardio.fr et cardio-online.fr

19
#JESFC