

**AVIS SUR LES
DISPOSITIFS
MEDICAUX****EVOLUT PRO+****Bioprothèse valvulaire aortique implantée par
voie artérielle transcutanée**

Renouvellement et modification des conditions d'inscription

**Adopté par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs
médicaux et des technologies de santé le 7 octobre 2025**

Faisant suite à l'examen du 23 septembre 2025, la CNEDiMTS a adopté l'avis le 7 octobre 2025.

Demandeur : MEDTRONIC France SAS (France)**Fabricant** : MEDTRONIC Inc (Etats-Unis)Les modèles et références retenus sont ceux proposés par le demandeur dans le [chapitre 1.2](#).**L'essentiel**

Indications retenues	— Patients avec sténose aortique native sévère symptomatique (SVAoi < 0,5 cm²/m²). L'indication doit être posée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque et les comorbidités associées. Pour les patients opérables avec un score STS ou EuroSCORE II < 4%, l'indication est limitée aux patients d'au moins 70 ans, avec un orifice tricuspide, ne pas avoir d'indication de chirurgie valvulaire mitrale ou coronaire (tronc commun et/ou SYNTAX > 32) associée et avec une anatomie favorable à la voie transfémorale. — Patients non opérables avec sténose et/ou insuffisance aortique par dégénérescence d'une bioprothèse valvulaire aortique préalablement implantée. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non-indication). Il est rappelé la nécessité du respect des contre-indications figurant au marquage CE du système EVOLUT PRO+.
Service Rendu (SR)	Suffisant
Comparateurs retenus	Pour les patients opérables avec un score STS < 4% : la chirurgie de remplacement valvulaire aortique. Pour les autres indications : les autres bioprothèses valvulaires aortiques implantées par voie transcathéter inscrites sur la LPPR dans les indications retenues.

Amélioration du Service Rendu (ASR)	Pour les patients opérables avec score STS < 4 % : ASR IV. Pour les autres indications : ASR V.
Type d'inscription	Nom de marque sur la LPPR
Durée d'inscription	5 ans
Données analysées	Par rapport à l'avis de la Commission du 22/06/2021, les données suivantes ont été analysées : Données non spécifiques : – Comparaison par rapport à la chirurgie de remplacement valvulaire aortique dans le bas risque chirurgical et le risque intermédiaire, les études contrôlées randomisées : • EVOLUT LOW RISK portant sur 1414 suivis à 5 ans, • NOTION portant sur 279 patients suivis 10 ans, • SURTAVI portant sur 1584 patients suivis 5 ans. – Pour les chambres de chasse calcifiées : le registre EPROMPT portant sur 277 patients suivis 30 jours. – Pour les petits anneaux aortiques : l'étude contrôlée randomisée SMART comparant la gamme EVOLUT à la gamme SAPIEN chez 716 patients suivis 1 an. – Données relatives à la gamme COREVALVE / EVOLUT : • Le registre EPROMPT comparant EVOLUT PRO/PRO+ à une cohorte historique EVOLUT R chez 440 patients appariés sur le score STS suivis jusqu'à 1 an. • L'analyse des patients ayant eu la pose d'une bioprothèse EVOLUT issus du registre US STS/ACC TVT pour l'analyse de l'évolution du taux d'implantation de stimulateurs cardiaques au cours du temps. Données spécifiques : Aucune donnée spécifique n'est fournie.
Éléments conditionnant le Service Rendu (SR) – Spécifications techniques – Modalités de prescription et d'utilisation	Aucune exigence supplémentaire par rapport aux spécifications techniques proposées par le fabricant. L'implantation de la bioprothèse valvulaire aortique EVOLUT PRO+ doit être réalisée conformément aux dispositions prévues dans l'arrêté du 24 décembre 2024 modifiant l'arrêté du 30 mai 2024 limitant la pratique de l'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transcathéter à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique. IRM compatibilité Selon la notice du marquage CE, le dispositif implantable EVOLUT PRO+ est IRM compatible sous conditions, décrites au chapitre 5.2.

Études complémentaires devant être présentées à l'occasion du renouvellement de l'inscription	Aucune étude post-inscription spécifique n'est attendue pour le renouvellement d'inscription. Toutefois, la demande de renouvellement devra apporter les données disponibles actualisées conformément aux recommandations du guide pratique pour l'inscription au remboursement des produits et prestations. La Commission prendra également connaissance des données à long terme (10 ans) du registre France-TAVI.
Population cible	Chaque année, de l'ordre de 33 000 nouveaux patients âgés de plus de 65 ans ayant un rétrécissement aortique calcifié sévère symptomatique opérable ou non sont éligibles à une implantation de bioprothèse valvulaire aortique par voie transcathéter. Cependant, cette estimation est une estimation haute de la population cible notamment au regard de patients pouvant avoir des chirurgies cardiaques combinées pour lesquels les données épidémiologies sont manquantes.

Avis 1 définitif

Sommaire

1. Objet de la demande	5
1.1 Qualification de la demande	5
1.2 Modèles et références	5
1.3 Conditionnement	6
1.4 Revendications du demandeur	6
2. Historique du remboursement	7
3. Caractéristiques du produit	7
3.1 Marquage CE	7
3.2 Description	7
3.3 Fonctions assurées	8
3.4 Acte associé	8
4. Service Rendu (SR)	8
4.1 Intérêt du produit	8
4.2 Intérêt de santé publique	23
4.3 Conclusion sur le Service Rendu (SR)	25
5. Éléments conditionnant le Service Rendu (SR)	25
5.1 Spécifications techniques minimales	25
5.2 Modalités de prescription et d'utilisation	25
6. Amélioration du Service Rendu (ASR)	26
6.1 Comparateurs retenus	26
6.2 Niveaux d'ASR	26
7. Études complémentaires devant être présentées à l'occasion du renouvellement de l'inscription	27
8. Durée d'inscription proposée	27
9. Population cible	27

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Le présent avis est publié sous réserve des droits de propriété intellectuelle

Haute Autorité de santé – Service communication et information

5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00

© Haute Autorité de santé – octobre 2025

1. Objet de la demande

1.1 Qualification de la demande

Demande de renouvellement et modification des conditions d'inscription sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (LPPR dans la suite du document).

La demande de modification d'inscription porte sur :

- la modification des comparateurs retenus en prenant pour le bas risque la chirurgie de remplacement valvulaire et en conséquence d'attribuer une ASR III dans cette indication,
- la levée de la non-indication qui exclut les patients ayant des calcifications importantes dans la chambre de chasse sous aortique de la pose d'une bioprothèse EVOLUT PRO+.

1.2 Modèles et références

Les modèles de bioprothèse faisant l'objet de la demande sont repris dans le tableau suivant :

Référence	Taille (en mm)	Diamètre de l'anneau aortique du patient (en mm)	UDI-ID
EVPROPLUS-23	23	18-20	00763000851835 00763000655419 00763000211073 00763000211042
EVPROPLUS-26	26	20-23	00763000655426 00763000211080 00763000211059 00763000851842
EVPROPLUS-29	29	23-26	00763000655433 00763000851859 00763000211097 00763000211066
EVPROPLUS-34	34	26-30	00763000211141 00763000655440 00763000211134

Les références des systèmes de pose concernées par la demande sont reprises dans le tableau suivant :

Taille de la bioprothèse (en mm)	Références du système de pose	UDI-ID
23, 26, 29	D-EVPROP23-29	00763000572044 00763000207793
34	D-EVPROP34	00763000207809 00763000572068

Les références du système de chargement concernées par la demande sont reprises dans le tableau suivant :

Taille de la bioprothèse (en mm)	Références du système de pose	UDI-ID
23, 26, 29	L-EVPROP23-29	00763000207830 00763000572037
34	L-EVPROP34	00763000207847 00763000572051

1.3 Conditionnement

Unitaire, stérile.

La stérilisation de la bioprothèse est réalisée avec une solution tamponnée de glutaraldéhyde.

Les ancillaires sont stérilisés à l'oxyde d'éthylène.

1.4 Revendications du demandeur

1.4.1 Indications revendiquées

La demande de renouvellement d'inscription et de modification des conditions d'inscription concerne les indications suivantes :

- « Patients avec sténose aortique native sévère symptomatique ($SVAoi < 0,5 \text{ cm}^2/\text{m}^2$). L'indication doit être posée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque et les comorbidités associées. Pour les patients opérables avec un score STS $< 4\%$, l'indication est limitée aux patients d'au moins 70 ans, avec un orifice tricuspide, ne pas avoir d'indication de chirurgie valvulaire mitrale ou coronaire (tronc commun et/ou SYNTAX > 32) associée et avec une anatomie favorable à la voie transfémorale.
- Patients non opérables avec sténose et/ou insuffisance aortique par dégénérescence d'une bioprothèse valvulaire aortique préalablement implantée.

Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non-indication).

Il est rappelé la nécessité du respect des contre-indications figurant au marquage CE du système EVOLUT PRO+.

Il est revendiqué également la levée de la non-indication portant sur l'exclusion des patients ayant des calcifications importantes dans la chambre de chasse sous aortique.

1.4.2 Comparateurs revendiqués

Il est revendiqué les comparateurs suivants :

Indications	Comparateurs
Contre-indication à la chirurgie ou patients opérables avec score STS $\geq$ 4%	Bioprothèse valvulaire aortique implantée par voie artérielle transcaténaire de la gamme EVOLUT
Bas risque chirurgical	Chirurgie de remplacement valvulaire aortique

1.4.3 ASR revendiquées

Éléments revendiqués par le demandeur			
Indications	Comparateurs	ASR	Critères sur lesquels porte l'ASR
Contre-indication à la chirurgie ou patients opérables avec score STS $\geq$ 4%	Bioprothèse valvulaire aortique implantée par voie artérielle transcaténaire de la gamme EVOLUT	ASR V (absence)	- Quel que soit le niveau de calcification dans la chambre de chasse sous aortique ou le risque chirurgical du patient → durabilité et performance. - Supériorité pour les patients avec de petits anneaux aortiques, avec ou sans procédure concomitante, en réduisant le taux de réintervention ou d'implantation de stimulateur cardiaque et en augmentant le temps passé à domicile et la qualité de vie des patients par rapport à la chirurgie.
Bas risque chirurgical	Chirurgie de remplacement valvulaire aortique	ASR III (modérée)	

2. Historique du remboursement

La bioprothèse EVOLUT PRO+ a été évaluée pour la première fois par la Commission en 2021. Sa prise en charge par l'Assurance Maladie, sous nom de marque, fait suite à l'arrêté¹ du 04/03/2022 (Journal officiel du 08/03/2022).

3. Caractéristiques du produit

3.1 Marquage CE

Classe III, notification par DEKRA (n°0344), Pays-Bas.

3.2 Description

La bioprothèse EVOLUT PRO+ est une valve biologique en péricarde porcine montée sur une armature radio-opaque auto-expansible en nitinol. Elles sont composées de trois feuillets fixés sur une jupe. Elle possède une membrane extérieure en tissu péricardique porcine.

Elle est disponible en 4 tailles (23, 26, 29 et 34 mm). Elle dispose d'un traitement anti-calcification par acide alpha-amino oléique. Elle est associée à un système de chargement et à un système de pose de taille 18 Fr pour les diamètres 23, 26 et 29 mm et de taille 22 Fr pour le diamètre 34 mm. Le cathéter

¹ Arrêté du 4 mars 2022 portant modification des conditions d'inscription des bioprothèses valvulaires aortiques COREVALVE EVOLUT R et COREVALVE EVOLUT PRO et inscription de la bioprothèse valvulaire aortique EVOLUT PRO + de la société MEDTRONIC France au titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale - Légifrance

de pose permet le repositionnement et la recapture de la bioprothèse (3 déploiements au maximum soit 2 redéploiements au maximum).

3.3 Fonctions assurées

L'objectif est le remplacement de la valve native avec rétrécissement serré ou d'une bioprothèse dégénérante.

Les bioprothèses aortiques implantées par voie transfémorale ne nécessitent pas de chirurgie avec sternotomie. Elles sont conçues pour être implantées sans geste chirurgical, par insertion par l'artère fémorale puis avancées par l'aorte et la crosse aortique (voie rétrograde) pour placement au niveau de la valve aortique.

3.4 Acte associé

Dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM – version 78.10), l'acte associé à la pose d'une bioprothèse valvulaire par voie transartérielle est référencé sous le chapitre « Actes thérapeutiques sur les valves cardiaques ».

DBLF001

Pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par voie artérielle transcutanée

4. Service Rendu (SR)

4.1 Intérêt du produit

4.1.1 Analyse des données : évaluation de l'effet thérapeutique / effets indésirables, risques liés à l'utilisation

4.1.1.1 Rappel de l'avis précédemment émis par la commission

Dans son avis du 22/06/2021², la Commission s'est prononcée pour un service attendu suffisant, avec une ASA de niveau V par rapport à COREVALVE EVOLUT PRO pour les diamètres 23, 26 et 29 mm et par rapport à COREVALVE EVOLUT R pour le diamètre 34 mm, sur la base des éléments d'un argumentaire de démonstration d'équivalence technique par rapport aux systèmes de précédentes générations.

4.1.1.2 Nouvelles données non spécifiques

Ont été fournis les éléments de preuve non spécifiques suivants :

- **Comparaison de la gamme CORVALVE / EVOLUT vs la chirurgie de remplacement valvulaire aortique conventionnelle :**
 - Les résultats de l'étude contrôlée randomisée EVOLUT LOW RISK réalisée chez des patients à bas risque :

² Haute Autorité de Santé - EVOLUT PRO+

- Seuls les résultats complets à 5 ans (rapport d'étude disponible et publication³) ont été retenus et sont décrits ci-dessous (les résultats relatifs à la cohorte française portant sur un petit effectif ou relatifs au type de procédure - isolée ou concomitante – ont été exclus).
- Le nombre de jours passés à domicile à 1 et 2 ans⁴ en couplant les résultats de l'étude EVOLUT LOW RISK à Medicare. Cette étude étant une étude *post hoc* à valeur exploratoire et disposant des résultats complets de l'étude EVOLUT LOW RISK à 5 ans, cette publication n'a pas été retenue.
- Les résultats à 10 ans de l'étude contrôlée randomisée NOTION. Cette étude réalisée chez des patients à bas risque a été retenue et est décrite ci-dessous⁵.
- Les résultats à 5 ans de l'étude SURTAVI relatifs à la qualité de vie de patients à risque intermédiaire⁶. Cette publication a été retenue et est décrite ci-dessous.
- Une analyse « poolée » des études contrôlées randomisées COREVALVE US PIVOTAL EXTREME-RISK, HIGH-RISK, SURTAVI, LOW RISK et les études à simple bras financées par MEDTRONIC comparant le taux de réinterventions à 5 ans des deux techniques jusqu'à 5 ans de suivi⁷. Cette étude regroupe des résultats d'études portant sur des populations différentes de patients (risque variable), non contemporaines et sans ajustement. Cette étude à valeur exploratoire n'a donc pas été retenue, analysant par ailleurs les résultats individualisés des études LOW RISK et SURTAVI.
- **Données relatives aux chambres de chasse calcifiées** : deux études avec collecte rétrospective des données analysant l'impact des calcifications de la chambre de chasse sur les performances des bioprothèses implantées^{8,9}. Ces deux publications ayant été rédigées par la même équipe et portant sur des patients similaires (issus du registre EPROMPT), seule la publication rapportant des résultats cliniques et portant sur le nombre le plus élevé de patients a été retenue⁹.
- **Données relatives aux patients avec de petits anneaux aortiques** :
 - L'étude contrôlée randomisée SMART comparant la gamme COREVALVE à la gamme EDWARDS SAPIEN à 12 mois de suivi¹⁰. Cette étude a été retenue et est décrite ci-dessous.
 - Une étude comparant le TAVI avec pose de la gamme COREVALVE / EVOLUT *versus* la chirurgie de remplacement valvulaire aortique conventionnelle chez des femmes à bas risque ou à risque intermédiaire¹¹. Cette étude est une analyse *post hoc* des études EVOLUT LOW RISK et SURTAVI avec une simple mise en parallèle des résultats sans appariement des patients et sans hypothèse formulée *a priori*. En conséquence, cette étude n'a pas été retenue.

³ Forrest J, Yakubov S, Deeb M, Gada H, Mumtaz M, Ramlawi B, *et al.* 5-year outcomes after transcatheter or surgical aortic valve replacement in low-risk patients with aortic stenosis. J Am Coll Cardiol. 2025;85(15):1523-1532.

⁴ Chung M, Almarzooq Z, Xu J, Song Y, Baron S, Kazi D, *et al.* Days at home after transcatheter versus surgical aortic valve replacement in low-risk patients. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2023;16(12):e010034.

⁵ Thyregod H, Jorgensen T, Ihlemann N, Steinbrüchel D, Nissen H, Kjeldsen B, *et al.* Transcatheter or surgical aortic valve implantation: 10-year outcomes of the NOTION trial. Eur Heart J. 2024 ;45(13) :1116-1124.

⁶ Kleiman N, Van Mieghem N, Reardon M, Gada H, Mumtaz M, Olsen P, *et al.* Quality of life 5 years following transfemoral TAVR or SAVR in intermediate risk patients. JACC Cardiovasc Interv. 2024;17(8):979-988.

⁷ Grubb K, Lisko J, O'Hair D, Merhi W, Forrest J, Mahoney P, *et al.* Reinterventions after COREVALVE/EVOLUT transcatheter or surgical aortic valve replacement for treatment of severe aortic stenosis. JACC Cardiovasc Interv. 2024;17(8):1007-1016.

⁸ Medranda G, Rogers T, Fuery M, Case B, Collins E, Ali S, *et al.* Impact of left ventricular outflow tract calcium on valve geometry in self-expanding transcatheter aortic-valve replacement. Catheter Cardiovasc Interv. 2022;100(3):404-412.

⁹ Medranda G, Rogers T, Case B, Ali S, Zhang C, Wang J, *et al.* Impact of left ventricular outflow tract calcium on hemodynamics and outcomes in patients after transcatheter aortic valve implantation with a contemporary self-expanding valve. Am J Cardiol. 2022;168:128-134.

¹⁰ Herrmann H, Mehran R, Blackman D, Bailey S, Möllmann H, Abdel-Wahab M, *et al.* Self-expanding or balloon-expandable TAVR in patients with a small aortic annulus. N Engl J Med. 2024;390(21):1959-1971.

¹¹ Modine T, Forrest J, Van Mieghem N, Deeb M, Yakubov S, Ben ali W, *et al.* Transcatheter or surgical aortic valve replacement in women with small annuli at low or intermediate surgical risk. Am J Cardiol. 2024;223:147-155.

– **Données relatives à la gamme COREVALVE / EVOLUT :**

- Une étude comparant les résultats cliniques des patients ayant reçu la bioprothèse EVOLUT PRO/PRO+ vs une cohorte historique ayant reçu une bioprothèse de précédente génération COREVALVE EVOLUT R (appariement par score de propension)¹² jusqu'à 1 an de suivi. Cette étude a été retenue et est décrite ci-dessous.
- Une étude de type sondage décrivant le retour des opérateurs sur l'utilisation de la bioprothèse de génération ultérieure EVOLUT FX¹³. Cette étude ne décrivant ni l'efficacité, ni la sécurité de la bioprothèse EVOLUT FX, elle n'a pas été retenue.
- Une étude issue des résultats du registre US STS/ACC TVT décrivant le taux d'implantation de stimulateurs cardiaques avec les différentes générations de COREVALVE EVOLUT R, COREVALVE EVOLUT PRO et EVOLUT PRO+¹⁴. Cette étude a été retenue et est décrite ci-dessous.

¹² Bhogal S, Rogers T, Merdler I, Reddy P, Ali S, Shea C, *et al.* EVOLUT PRO/PRO+ versus EVOLUT R system for transcatheter aortic valve replacement. *Int J Cardiol.* 2023 ;389 :131196. doi:10.1016/j.ijcard.2023.131196.

¹³ Bajwa T, Attizzani G, Gada H, Chetcuti S, Williams M, Ahmed M, *et al.* Use and performance of the EVOLUT FX transcatheter aortic valve system. *Cardiovasc Revasc Med.* 2024;67:1-7.

¹⁴ Harvey J, Puri R, Grubb K, Yakubov S, Mahoney P, Gada H, *et al.* Decreasing pacemaker implantation rates with EVOLUT supra-annular transcatheter aortic valves in a large real-world registry. *Cardiovasc Revasc Med.* 2024;69:1-9.

Comparaison de la gamme COREVALVE / EVOLUT vs la chirurgie de remplacement valvulaire aortique conventionnelle :

Nom de l'étude / Auteur	Objectif et méthode	Principales caractéristiques des patients	Résultats	Commentaires																																																												
EVOLUT LOW RISK (bas risque) Rapport d'étude + publication (Forrest <i>et al.</i> 2025³) Identifiant Clinical-Trials.gov NCT02701283	Etude prospective, multicentrique, contrôlée randomisée réalisée chez des patients à bas risque. Méthode et objectif de l'étude décrits dans les avis de la CNEDIMTS du 02/02/2021 (COREVALVE EVOLUT R) et 30/01/2024 (EVOLUT FX)	<table><thead><tr><th></th><th>TAVI (n=730)</th><th>Chir. (n=684)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Age moyen</td><td>74,1 ans ± 5,8</td><td>73,7 ans ± 5,9</td></tr><tr><td>Sexe féminin</td><td>36,4%</td><td>34,1%</td></tr><tr><td>Score STS</td><td>2,0 ± 0,7</td><td>1,9 ± 0,7</td></tr><tr><td>NYHA III</td><td>24,8%</td><td>27,8%</td></tr><tr><td>NYHA IV</td><td>0,1%</td><td>0,4%</td></tr><tr><td>Stim. cardiaque pré-existant</td><td>3,3%</td><td>4%</td></tr></tbody></table> TAVI utilisés : COREVALVE (3,6%) ; COREVALVE EVOLUT R (73%), EVOLUT PRO (23,4%)		TAVI (n=730)	Chir. (n=684)	Age moyen	74,1 ans ± 5,8	73,7 ans ± 5,9	Sexe féminin	36,4%	34,1%	Score STS	2,0 ± 0,7	1,9 ± 0,7	NYHA III	24,8%	27,8%	NYHA IV	0,1%	0,4%	Stim. cardiaque pré-existant	3,3%	4%	Suivi de la population traitée : 91,9% pour le TAVI 87,4% pour la chirurgie Classification NYHA à 5 ans <table><thead><tr><th></th><th>TAVI (n=615)</th><th>Chir. (n=528)</th></tr></thead><tbody><tr><td>NYHA I</td><td>64,4%</td><td>63,1%</td></tr><tr><td>NYHA II</td><td>17,7%</td><td>16,7%</td></tr><tr><td>NYHA III</td><td>2,0%</td><td>2,3%</td></tr><tr><td>NYHA IV</td><td>0%</td><td>0</td></tr><tr><td>Décédé avant la visite</td><td>15,9%</td><td>18%</td></tr></tbody></table> Performances hémodynamiques à 5 ans <table><thead><tr><th></th><th>TAVI</th><th>Chir.</th></tr></thead><tbody><tr><td>Gradient moyen (mmHg)</td><td>10,7 ± 6,6 (n=467)</td><td>12,8 ± 6,9 (n=387)</td></tr><tr><td>Surf. valv. aort. effective (cm²)</td><td>2,1 ± 0,6 (n=399)</td><td>1,9 ± 0,6 (n=313)</td></tr><tr><td>Régurgitation totale ≥ légère</td><td>14,7% (67/457)</td><td>0,5% (2/379)</td></tr><tr><td></td><td colspan="2">Diff. de risque 14,1% IC_{95%} [10,8 ; 17,5]</td></tr><tr><td>Score KCCQ</td><td>88,3 ± 15,8</td><td>88,5 ± 15,8</td></tr><tr><td></td><td colspan="2">Diff. -0,2% IC_{95%} [-2,2 ; 1,8]</td></tr></tbody></table>		TAVI (n=615)	Chir. (n=528)	NYHA I	64,4%	63,1%	NYHA II	17,7%	16,7%	NYHA III	2,0%	2,3%	NYHA IV	0%	0	Décédé avant la visite	15,9%	18%		TAVI	Chir.	Gradient moyen (mmHg)	10,7 ± 6,6 (n=467)	12,8 ± 6,9 (n=387)	Surf. valv. aort. effective (cm²)	2,1 ± 0,6 (n=399)	1,9 ± 0,6 (n=313)	Régurgitation totale ≥ légère	14,7% (67/457)	0,5% (2/379)		Diff. de risque 14,1% IC _{95%} [10,8 ; 17,5]		Score KCCQ	88,3 ± 15,8	88,5 ± 15,8		Diff. -0,2% IC _{95%} [-2,2 ; 1,8]		Analyse sur la population traitée. Nombreuses données manquantes en ce qui concerne les résultats hémodynamiques. Résultats à lire avec prudence. A noter : le suivi initial de cette étude était de 5 ans, un amendement au protocole prévoit dorénavant le suivi de ces patients à 10 ans.
	TAVI (n=730)	Chir. (n=684)																																																														
Age moyen	74,1 ans ± 5,8	73,7 ans ± 5,9																																																														
Sexe féminin	36,4%	34,1%																																																														
Score STS	2,0 ± 0,7	1,9 ± 0,7																																																														
NYHA III	24,8%	27,8%																																																														
NYHA IV	0,1%	0,4%																																																														
Stim. cardiaque pré-existant	3,3%	4%																																																														
	TAVI (n=615)	Chir. (n=528)																																																														
NYHA I	64,4%	63,1%																																																														
NYHA II	17,7%	16,7%																																																														
NYHA III	2,0%	2,3%																																																														
NYHA IV	0%	0																																																														
Décédé avant la visite	15,9%	18%																																																														
	TAVI	Chir.																																																														
Gradient moyen (mmHg)	10,7 ± 6,6 (n=467)	12,8 ± 6,9 (n=387)																																																														
Surf. valv. aort. effective (cm²)	2,1 ± 0,6 (n=399)	1,9 ± 0,6 (n=313)																																																														
Régurgitation totale ≥ légère	14,7% (67/457)	0,5% (2/379)																																																														
	Diff. de risque 14,1% IC _{95%} [10,8 ; 17,5]																																																															
Score KCCQ	88,3 ± 15,8	88,5 ± 15,8																																																														
	Diff. -0,2% IC _{95%} [-2,2 ; 1,8]																																																															
NOTION (bas risque) Thyregod <i>et al.</i> 2024⁵ Identifiant Clinical-Trials.gov NCT01057173	Etude prospective, multicentrique, contrôlée, randomisée réalisée chez des patients à bas risque. Méthode et objectif de l'étude décrits dans l'avis de la CNEDIMTS du 02/02/2021 (EVOLUT FX)	<table><thead><tr><th></th><th>TAVI (n=145)</th><th>Chir. (n=135)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Age moyen</td><td>79,2 ans ± 4,9</td><td>79,0 ans ± 4,7</td></tr><tr><td>Sexe masculin</td><td>53,8%</td><td>52,6%</td></tr><tr><td>Score STS</td><td>2,9 ± 1,6</td><td>3,1 ± 1,7</td></tr><tr><td>NYHA III</td><td>46,5%</td><td>42,5%</td></tr><tr><td>NYHA IV</td><td>2,1%</td><td>3,0%</td></tr><tr><td>Stim. cardiaque pré-existant</td><td>3,4%</td><td>4,4%</td></tr></tbody></table>		TAVI (n=145)	Chir. (n=135)	Age moyen	79,2 ans ± 4,9	79,0 ans ± 4,7	Sexe masculin	53,8%	52,6%	Score STS	2,9 ± 1,6	3,1 ± 1,7	NYHA III	46,5%	42,5%	NYHA IV	2,1%	3,0%	Stim. cardiaque pré-existant	3,4%	4,4%	Fuites paravalvulaires à 10 ans <table><thead><tr><th></th><th>TAVI</th><th>Chir.</th></tr></thead><tbody><tr><td>Décédé</td><td>62,6%</td><td>63,7%</td></tr><tr><td>Statut inconnu</td><td>5,0%</td><td>7,4%</td></tr><tr><td>Aucune</td><td>14,4%</td><td>23,7%</td></tr><tr><td>Légère</td><td>13,7%</td><td>5,2%</td></tr><tr><td>Importante</td><td>3,6%</td><td>0%</td></tr><tr><td>Sévère</td><td>0,7%</td><td>0%</td></tr></tbody></table>		TAVI	Chir.	Décédé	62,6%	63,7%	Statut inconnu	5,0%	7,4%	Aucune	14,4%	23,7%	Légère	13,7%	5,2%	Importante	3,6%	0%	Sévère	0,7%	0%	Plus de retraits de consentements dans le groupe chirurgie (biais d'attrition possible). Patients avec bicuspidie ou pathologie cardiaque																		
	TAVI (n=145)	Chir. (n=135)																																																														
Age moyen	79,2 ans ± 4,9	79,0 ans ± 4,7																																																														
Sexe masculin	53,8%	52,6%																																																														
Score STS	2,9 ± 1,6	3,1 ± 1,7																																																														
NYHA III	46,5%	42,5%																																																														
NYHA IV	2,1%	3,0%																																																														
Stim. cardiaque pré-existant	3,4%	4,4%																																																														
	TAVI	Chir.																																																														
Décédé	62,6%	63,7%																																																														
Statut inconnu	5,0%	7,4%																																																														
Aucune	14,4%	23,7%																																																														
Légère	13,7%	5,2%																																																														
Importante	3,6%	0%																																																														
Sévère	0,7%	0%																																																														

Nom de l'étude / Auteur	Objectif et méthode	Principales caractéristiques des patients	Résultats	Commentaires																																																
		TAVI utilisés : COREVALVE	Fuites totales à 10 ans<table><tr><th></th><th>TAVI</th><th>Chir.</th></tr><tr><td>Décédé</td><td>62,6%</td><td>63,7%</td></tr><tr><td>Statut inconnu</td><td>6,5%</td><td>7,4%</td></tr><tr><td>Aucune</td><td>12,9%</td><td>23,7%</td></tr><tr><td>Légère</td><td>11,5%</td><td>4,4%</td></tr><tr><td>Importante</td><td>5,8%</td><td>0,7%</td></tr><tr><td>Sévère</td><td>0,7%</td><td>0%</td></tr></table> Données sur la durabilité à 10 ans (incidences cumulatives, index de vélocité exclu)<table><tr><th></th><th>TAVI</th><th>Chir.</th></tr><tr><td colspan="3">Détériorations structurelles de la bioprothèse</td></tr><tr><td>≥ Modérée¹⁵</td><td>13,9%</td><td>12,5%</td></tr><tr><td>Sévère¹⁶</td><td>1,5%</td><td>5,9%</td></tr><tr><td>Dysfonction valvulaire sévère¹⁷</td><td>20,5%</td><td>43%</td></tr><tr><td>Echec de la bioprothèse¹⁸</td><td>9,7%</td><td>10,5%</td></tr></table>		TAVI	Chir.	Décédé	62,6%	63,7%	Statut inconnu	6,5%	7,4%	Aucune	12,9%	23,7%	Légère	11,5%	4,4%	Importante	5,8%	0,7%	Sévère	0,7%	0%		TAVI	Chir.	Détériorations structurelles de la bioprothèse			≥ Modérée ¹⁵	13,9%	12,5%	Sévère ¹⁶	1,5%	5,9%	Dysfonction valvulaire sévère ¹⁷	20,5%	43%	Echec de la bioprothèse ¹⁸	9,7%	10,5%	concomitante exclus. Notion de durabilité des valves chirurgicales dépendante du type de valve utilisé.									
	TAVI	Chir.																																																		
Décédé	62,6%	63,7%																																																		
Statut inconnu	6,5%	7,4%																																																		
Aucune	12,9%	23,7%																																																		
Légère	11,5%	4,4%																																																		
Importante	5,8%	0,7%																																																		
Sévère	0,7%	0%																																																		
	TAVI	Chir.																																																		
Détériorations structurelles de la bioprothèse																																																				
≥ Modérée ¹⁵	13,9%	12,5%																																																		
Sévère ¹⁶	1,5%	5,9%																																																		
Dysfonction valvulaire sévère ¹⁷	20,5%	43%																																																		
Echec de la bioprothèse ¹⁸	9,7%	10,5%																																																		
SURTAVI (risque intermédiaire) Kleiman <i>et al.</i> 2024 ⁶ Identifiant Clinical-Trials.gov : NCT01586910	Etude prospective, multicentrique, contrôlée, randomisée réalisée chez des patients à bas risque. Méthode et objectif de l'étude décrits dans l'avis de la CNEDIMTS du 10/07/2018	<table><tr><th></th><th>TAVI (n=805)</th><th>Chir. (n=779)</th></tr><tr><td>Age moyen</td><td>80,0 ans ± 6,2</td><td>79,7 ans ± 6,1</td></tr><tr><td>Sexe masculin</td><td>58,8%</td><td>55,2%</td></tr><tr><td>Score STS</td><td>4,4 ± 1,5</td><td>4,5 ±1,6</td></tr><tr><td>NYHA III</td><td>54,4%</td><td>51,7%</td></tr><tr><td>NYHA IV</td><td>5,3%</td><td>6,5%</td></tr></table>		TAVI (n=805)	Chir. (n=779)	Age moyen	80,0 ans ± 6,2	79,7 ans ± 6,1	Sexe masculin	58,8%	55,2%	Score STS	4,4 ± 1,5	4,5 ±1,6	NYHA III	54,4%	51,7%	NYHA IV	5,3%	6,5%	Différence sur le score KCCQ<table><tr><th></th><th colspan="2">TAVI</th><th colspan="2">Chir.</th></tr><tr><th></th><th>n</th><th>Différence</th><th>n</th><th>Différence</th></tr><tr><td>J30</td><td>766</td><td>19,0 ± 22,8</td><td>700</td><td>5,9 ± 27,0</td></tr><tr><td>6M</td><td>735</td><td>21,9 ± 22,5</td><td>663</td><td>21,3 ± 22,3</td></tr><tr><td>1 an</td><td>685</td><td>20,5 ± 22,4</td><td>619</td><td>20,5 ± 22,2</td></tr><tr><td>2 ans</td><td>617</td><td>18,9 ± 21,3</td><td>563</td><td>18,6 ± 22,9</td></tr></table>		TAVI		Chir.			n	Différence	n	Différence	J30	766	19,0 ± 22,8	700	5,9 ± 27,0	6M	735	21,9 ± 22,5	663	21,3 ± 22,3	1 an	685	20,5 ± 22,4	619	20,5 ± 22,2	2 ans	617	18,9 ± 21,3	563	18,6 ± 22,9	Résultats à lire au regard du nombre de données manquantes.
	TAVI (n=805)	Chir. (n=779)																																																		
Age moyen	80,0 ans ± 6,2	79,7 ans ± 6,1																																																		
Sexe masculin	58,8%	55,2%																																																		
Score STS	4,4 ± 1,5	4,5 ±1,6																																																		
NYHA III	54,4%	51,7%																																																		
NYHA IV	5,3%	6,5%																																																		
	TAVI		Chir.																																																	
	n	Différence	n	Différence																																																
J30	766	19,0 ± 22,8	700	5,9 ± 27,0																																																
6M	735	21,9 ± 22,5	663	21,3 ± 22,3																																																
1 an	685	20,5 ± 22,4	619	20,5 ± 22,2																																																
2 ans	617	18,9 ± 21,3	563	18,6 ± 22,9																																																

¹⁵ Critère composite associant : les régurgitations aortiques intraprothèse importantes à sévères, un gradient moyen ≥ 20 mmHg et une augmentation de gradient ≥ 10 mmHg et une diminution de la surface valvulaire effective ≥ 0,3 cm² ou ≥ 25%

¹⁶ Critère composite associant : les régurgitations aortiques intraprothèse sévères, un gradient moyen ≥ 30 mmHg et une augmentation de gradient ≥ 20 mmHg et une diminution de la surface valvulaire effective ≥ 0,6 cm² ou ≥ 50%

¹⁷ Critère composite associant les détériorations structurelles sévères de la bioprothèse, les dégradations non structurelles sévères de la bioprothèse (fuites paravalvulaires sévères, mismatch patient-prothèse sévère), les thromboses de valve cliniques et les endocardites

¹⁸ Critère composite associant : les décès liés à la valve, les détériorations structurelles sévères de la bioprothèse, les réinterventions liées à la valve aortique

Nom de l'étude / Auteur	Objectif et méthode	Principales caractéristiques des patients	Résultats					Commentaires																																						
	(COREVALVE EVOLUT R)	<table><tr><td colspan="3">Score KCCQ à l'état basal</td></tr><tr><td>Statut général</td><td>60,0 ± 22,1</td><td>59,9 ± 22,3</td></tr><tr><td>Limitation physique</td><td>62,8 ± 23,8</td><td>62,6 ± 23,8</td></tr><tr><td>Ensemble des symptômes</td><td>65,7 ± 23,3</td><td>66,6 ± 23,1</td></tr><tr><td>Qualité de vie</td><td>52,3 ± 24,9</td><td>50,7 ± 24,9</td></tr><tr><td>Limitation sociale</td><td>58,5 ± 29,0</td><td>59,3 ± 29,4</td></tr></table> TAVI utilisés : COREVALVE, COREVALVE EVOLUT, COREVALVE EVOLUT R	Score KCCQ à l'état basal			Statut général	60,0 ± 22,1	59,9 ± 22,3	Limitation physique	62,8 ± 23,8	62,6 ± 23,8	Ensemble des symptômes	65,7 ± 23,3	66,6 ± 23,1	Qualité de vie	52,3 ± 24,9	50,7 ± 24,9	Limitation sociale	58,5 ± 29,0	59,3 ± 29,4	<table><tr><td>3 ans</td><td>560</td><td>17,3 ± 22,9</td><td>510</td><td>17,7 ± 22,1</td></tr><tr><td>4 ans</td><td>509</td><td>16,1 ± 25,2</td><td>441</td><td>16,1 ± 23,4</td></tr><tr><td>5 ans</td><td>441</td><td>15,4 ± 25,1</td><td>375</td><td>14,3 ± 24,2</td></tr></table> Nombre de jours en vie passés à domicile à 5 ans de suivi (moyenne) : <table><tr><td></td><td>TAVI</td><td>Chir.</td></tr><tr><td>Total</td><td>1459 ± 558</td><td>1384 ± 599</td></tr><tr><td>Après la sortie de l'hôpital</td><td>1479 ± 534</td><td>1410 ± 575</td></tr></table> Ratio (Nb de j en vie passés à domicile / nb totaux de jours après la sortie de l'hôpital) Pas de différence entre les deux groupes de traitement	3 ans	560	17,3 ± 22,9	510	17,7 ± 22,1	4 ans	509	16,1 ± 25,2	441	16,1 ± 23,4	5 ans	441	15,4 ± 25,1	375	14,3 ± 24,2		TAVI	Chir.	Total	1459 ± 558	1384 ± 599	Après la sortie de l'hôpital	1479 ± 534	1410 ± 575	
Score KCCQ à l'état basal																																														
Statut général	60,0 ± 22,1	59,9 ± 22,3																																												
Limitation physique	62,8 ± 23,8	62,6 ± 23,8																																												
Ensemble des symptômes	65,7 ± 23,3	66,6 ± 23,1																																												
Qualité de vie	52,3 ± 24,9	50,7 ± 24,9																																												
Limitation sociale	58,5 ± 29,0	59,3 ± 29,4																																												
3 ans	560	17,3 ± 22,9	510	17,7 ± 22,1																																										
4 ans	509	16,1 ± 25,2	441	16,1 ± 23,4																																										
5 ans	441	15,4 ± 25,1	375	14,3 ± 24,2																																										
	TAVI	Chir.																																												
Total	1459 ± 558	1384 ± 599																																												
Après la sortie de l'hôpital	1479 ± 534	1410 ± 575																																												

Données relatives aux chambres de chasse calcifiées :

Nom de l'étude / Auteur	Objectif et méthode	Principales caractéristiques des patients			Résultats	Commentaires																																																				
Registre EPROMPT Medranda <i>et al.</i> 2022 ⁹ Identifiant Clinical-Trials.gov : NCT03423459	Etude observationnelle, multicentrique. Evaluer les performances d'EVOLUT PRO/PRO+ en fonction de la sévérité de la calcification dans le tractus de sortie ventriculaire gauche. Principaux critères d'inclusion : patients avec sténose aortique sévère symptomatique quel que soit le niveau de risque.	<table><thead><tr><th></th><th>Calcification absente à légère (n=177)</th><th>Calcification modérée à sévère (n=100)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Age moyen</td><td>83,2 ans ± 6,1</td><td>78,5 ans ± 8,6</td></tr><tr><td>Sexe masculin</td><td>77/177 (43,5%)</td><td>40/100 (40%)</td></tr><tr><td>Score STS</td><td>4,8 ± 4,2</td><td>4,0 ± 3,4</td></tr><tr><td>NYHA III / IV</td><td>104/177 (58,8%)</td><td>53/100 (53%)</td></tr><tr><td>Stim. cardiaque pré-existant</td><td>18/177 (10,2%)</td><td>6/100 (6%)</td></tr></tbody></table>		Calcification absente à légère (n=177)	Calcification modérée à sévère (n=100)	Age moyen	83,2 ans ± 6,1	78,5 ans ± 8,6	Sexe masculin	77/177 (43,5%)	40/100 (40%)	Score STS	4,8 ± 4,2	4,0 ± 3,4	NYHA III / IV	104/177 (58,8%)	53/100 (53%)	Stim. cardiaque pré-existant	18/177 (10,2%)	6/100 (6%)	Données procédurales : <table><thead><tr><th></th><th>Calcification absente à légère (n=177)</th><th>Calcification modérée à sévère (n=100)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Sédation modérée</td><td>98,3%</td><td>92%</td></tr><tr><td>Accès transfémoral</td><td>98,3%</td><td>98%</td></tr><tr><td>Valvuloplastie pré-TAVI</td><td>22,6%</td><td>34%</td></tr><tr><td>Succès du DM (VARC-2)</td><td>97,7%</td><td>95%</td></tr><tr><td>2 valves implantées</td><td>2,3%</td><td>5%</td></tr><tr><td>Durée de la procédure (min)</td><td>73,3 ± 40,2</td><td>77,8 ± 38</td></tr><tr><td>Volume de produit de contraste (mL)</td><td>109,1 ± 43,3</td><td>125,6 ± 58,8</td></tr><tr><td>Valvuloplastie post-TAVI</td><td>15,8%</td><td>25%</td></tr></tbody></table> A 30 jours : <table><thead><tr><th></th><th>Calcification absente à légère (n=177)</th><th>Calcification modérée à sévère (n=100)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Fuites paravalvulaires importantes</td><td>1,7%</td><td>4%</td></tr><tr><td>Gradient moyen</td><td>7,5 mmHg (SD ND)</td><td>7,6 mmHg (SD ND)</td></tr></tbody></table>		Calcification absente à légère (n=177)	Calcification modérée à sévère (n=100)	Sédation modérée	98,3%	92%	Accès transfémoral	98,3%	98%	Valvuloplastie pré-TAVI	22,6%	34%	Succès du DM (VARC-2)	97,7%	95%	2 valves implantées	2,3%	5%	Durée de la procédure (min)	73,3 ± 40,2	77,8 ± 38	Volume de produit de contraste (mL)	109,1 ± 43,3	125,6 ± 58,8	Valvuloplastie post-TAVI	15,8%	25%		Calcification absente à légère (n=177)	Calcification modérée à sévère (n=100)	Fuites paravalvulaires importantes	1,7%	4%	Gradient moyen	7,5 mmHg (SD ND)	7,6 mmHg (SD ND)	Etude observationnelle sans hypothèse formulée a priori ni calcul du nombre de sujets nécessaires. Etude à valeur exploratoire. Effectifs non disponibles pour les critères de jugement évalués à 30 jours.
	Calcification absente à légère (n=177)	Calcification modérée à sévère (n=100)																																																								
Age moyen	83,2 ans ± 6,1	78,5 ans ± 8,6																																																								
Sexe masculin	77/177 (43,5%)	40/100 (40%)																																																								
Score STS	4,8 ± 4,2	4,0 ± 3,4																																																								
NYHA III / IV	104/177 (58,8%)	53/100 (53%)																																																								
Stim. cardiaque pré-existant	18/177 (10,2%)	6/100 (6%)																																																								
	Calcification absente à légère (n=177)	Calcification modérée à sévère (n=100)																																																								
Sédation modérée	98,3%	92%																																																								
Accès transfémoral	98,3%	98%																																																								
Valvuloplastie pré-TAVI	22,6%	34%																																																								
Succès du DM (VARC-2)	97,7%	95%																																																								
2 valves implantées	2,3%	5%																																																								
Durée de la procédure (min)	73,3 ± 40,2	77,8 ± 38																																																								
Volume de produit de contraste (mL)	109,1 ± 43,3	125,6 ± 58,8																																																								
Valvuloplastie post-TAVI	15,8%	25%																																																								
	Calcification absente à légère (n=177)	Calcification modérée à sévère (n=100)																																																								
Fuites paravalvulaires importantes	1,7%	4%																																																								
Gradient moyen	7,5 mmHg (SD ND)	7,6 mmHg (SD ND)																																																								

Données relatives aux patients avec de petits anneaux aortiques :

Nom de l'étude / Auteur	Objectif et méthode	Principales caractéristiques des patients	Résultats	Commentaires																																																																	
SMART Herrmann <i>et al.</i> 2024 ¹⁰ Identifiant ClinicalTrials.gov : NCT04722250	Etude prospective, multicentrique (83 centres dans 13 pays), contrôlée, randomisée (1:1). Comparer les performances des bioprothèses auto-expansibles ou expansibles par ballonnet chez des patients avec sténose aortique sévère et un petit anneau aortique. Principal critère d'inclusion : surface de l'anneau de la valve aortique ≤ 430 mm² TAVIs utilisés : EVOLUT PRO/PRO+/FX et SAPIEN 3/3 ULTRA 2 cocritères de jugement principaux : - sécurité (mortalité, AVC ou réhospitalisation à 12 mois) testé en non infériorité → NNT : 350 patients par groupe (événement : 16%, perte d'efficacité consentie de 8%, alpha 5% en unilatéral puissance de 85%), analyse en ITT - performance (dysfonctionnement de la valve à 12 mois associant les dysfonctions structurelles, non structurelles, les thromboses de valve, les endocardites et les réinterventions) → NNT : 60 patients par groupe (14% groupe EVOLUT / 36% groupe SAPIEN, alpha unilatéral de 2,5%, puissance 80%), analyse sur la population implantée. Analyse de sensibilité (imputation multiple des données manquantes). Critère secondaires testés de façon hiérarchique.	737 patients randomisés <table><thead><tr><th></th><th>Gamme EVOLUT (n=355)</th><th>Gamme SAPIEN (n=361)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Age moyen</td><td>80,1 ans ± 6,3</td><td>80,3 ans ± 6,1</td></tr><tr><td>Sexe féminin</td><td>312 (87,9%)</td><td>309 (85,6%)</td></tr><tr><td>Score STS</td><td>3,3 ± 1,9</td><td>3,2 ± 1,7</td></tr><tr><td>NYHA III</td><td>150 (42,3)</td><td>144 (39,9%)</td></tr><tr><td>NYHA IV</td><td>4 (1,1%)</td><td>0</td></tr><tr><td>Stim. cardiaque pré-existant</td><td>30 (8,5%)</td><td>25 (6,9%)</td></tr></tbody></table>		Gamme EVOLUT (n=355)	Gamme SAPIEN (n=361)	Age moyen	80,1 ans ± 6,3	80,3 ans ± 6,1	Sexe féminin	312 (87,9%)	309 (85,6%)	Score STS	3,3 ± 1,9	3,2 ± 1,7	NYHA III	150 (42,3)	144 (39,9%)	NYHA IV	4 (1,1%)	0	Stim. cardiaque pré-existant	30 (8,5%)	25 (6,9%)	A 12 mois (sauf mismatch patient-prothèse) : <table><thead><tr><th></th><th>Gamme EVOLUT</th><th>Gamme SAPIEN</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="3">Critères principaux</td></tr><tr><td rowspan="2">Critère de sécurité</td><td>9,4%</td><td>10,6%</td></tr><tr><td colspan="2">Diff. -1,2 IC_{90%} [-4,9 ; 2,5] p_{non inf} < 0,001</td></tr><tr><td rowspan="2">Critère de performance</td><td>9,4%</td><td>41,6%</td></tr><tr><td colspan="2">Diff. -32,2 IC_{95%} [-38,7 ; -25,6] p < 0,001</td></tr><tr><td colspan="3">Critères secondaires</td></tr><tr><td rowspan="2">Gradient moyen (mmHg)</td><td>7,7 ± 4,0</td><td>15,7 ± 6,7</td></tr><tr><td colspan="2">Diff. -7,9 IC_{95%} [-8,8 ; -7,0] p < 0,001</td></tr><tr><td rowspan="2">Surf. valv.. moy. effective (cm²)</td><td>1,98 ± 0,47</td><td>1,50 ± 0,35</td></tr><tr><td colspan="2">Diff. 0,48 IC_{95%} [0,40 ; 0,56] p < 0,001</td></tr><tr><td rowspan="2">Dysfonction structurelle hémodynamique</td><td>3,2%</td><td>32,2%</td></tr><tr><td colspan="2">Diff. -29,1 IC_{95%} [-34,6 ; -23,5] p < 0,001</td></tr><tr><td rowspan="2">Crit. performance chez les femmes</td><td>8,4%</td><td>41,8%</td></tr><tr><td colspan="2">Diff. -33,4 IC_{95%} [-40,4 ; -26,4] p < 0,001</td></tr><tr><td rowspan="2">Mismatch patient-prothèse à 30 jours</td><td>10,3%</td><td>35,1%</td></tr><tr><td colspan="2">Diff. -24,9 IC_{95%} [-31,4 ; -18,4] p < 0,001</td></tr></tbody></table>		Gamme EVOLUT	Gamme SAPIEN	Critères principaux			Critère de sécurité	9,4%	10,6%	Diff. -1,2 IC _{90%} [-4,9 ; 2,5] p _{non inf} < 0,001		Critère de performance	9,4%	41,6%	Diff. -32,2 IC _{95%} [-38,7 ; -25,6] p < 0,001		Critères secondaires			Gradient moyen (mmHg)	7,7 ± 4,0	15,7 ± 6,7	Diff. -7,9 IC _{95%} [-8,8 ; -7,0] p < 0,001		Surf. valv.. moy. effective (cm²)	1,98 ± 0,47	1,50 ± 0,35	Diff. 0,48 IC _{95%} [0,40 ; 0,56] p < 0,001		Dysfonction structurelle hémodynamique	3,2%	32,2%	Diff. -29,1 IC _{95%} [-34,6 ; -23,5] p < 0,001		Crit. performance chez les femmes	8,4%	41,8%	Diff. -33,4 IC _{95%} [-40,4 ; -26,4] p < 0,001		Mismatch patient-prothèse à 30 jours	10,3%	35,1%	Diff. -24,9 IC _{95%} [-31,4 ; -18,4] p < 0,001		Etude financée par Medtronic. La non infériorité sur le critère clinique peut être discutée : analyse en ITT alors qu'il devrait s'agir d'une analyse en PP et il existe un risque de conclure à tort deux fois plus élevé (alpha de 10% au lieu de 5%). Supériorité de la gamme EVOLUT sur la gamme SAPIEN sur un critère composite de performance. Cependant, cette supériorité à 12 mois ne se traduit pas en termes cliniques et il convient de disposer d'un suivi à plus long terme pour en mesurer l'impact.
	Gamme EVOLUT (n=355)	Gamme SAPIEN (n=361)																																																																			
Age moyen	80,1 ans ± 6,3	80,3 ans ± 6,1																																																																			
Sexe féminin	312 (87,9%)	309 (85,6%)																																																																			
Score STS	3,3 ± 1,9	3,2 ± 1,7																																																																			
NYHA III	150 (42,3)	144 (39,9%)																																																																			
NYHA IV	4 (1,1%)	0																																																																			
Stim. cardiaque pré-existant	30 (8,5%)	25 (6,9%)																																																																			
	Gamme EVOLUT	Gamme SAPIEN																																																																			
Critères principaux																																																																					
Critère de sécurité	9,4%	10,6%																																																																			
	Diff. -1,2 IC _{90%} [-4,9 ; 2,5] p _{non inf} < 0,001																																																																				
Critère de performance	9,4%	41,6%																																																																			
	Diff. -32,2 IC _{95%} [-38,7 ; -25,6] p < 0,001																																																																				
Critères secondaires																																																																					
Gradient moyen (mmHg)	7,7 ± 4,0	15,7 ± 6,7																																																																			
	Diff. -7,9 IC _{95%} [-8,8 ; -7,0] p < 0,001																																																																				
Surf. valv.. moy. effective (cm²)	1,98 ± 0,47	1,50 ± 0,35																																																																			
	Diff. 0,48 IC _{95%} [0,40 ; 0,56] p < 0,001																																																																				
Dysfonction structurelle hémodynamique	3,2%	32,2%																																																																			
	Diff. -29,1 IC _{95%} [-34,6 ; -23,5] p < 0,001																																																																				
Crit. performance chez les femmes	8,4%	41,8%																																																																			
	Diff. -33,4 IC _{95%} [-40,4 ; -26,4] p < 0,001																																																																				
Mismatch patient-prothèse à 30 jours	10,3%	35,1%																																																																			
	Diff. -24,9 IC _{95%} [-31,4 ; -18,4] p < 0,001																																																																				

Données relatives à la gamme COREVALVE / EVOLUT :

Nom de l'étude / Auteur	Objectif et méthode	Principales caractéristiques des patients	Résultats	Commentaires																																																																					
Registre EPROMPT Bhagal <i>et al.</i> 2023 ¹² Identifiant Clinical-Trials.gov : NCT03423459	Etude observationnelle, multicentrique, avec collecte rétrospective des données. Comparer EVOLUT PRO / PRO+ à COREVALVE EVOLUT R (contrôle historique). Appariement des patients sur le score STS. Principaux critères d'inclusion : patients avec sténose aortique sévère symptomatique.	542 patients inclus et 440 patients appariés. <table><tr><th></th><th>EVOLUT PRO/PRO+ (n=220)</th><th>EVOLUT R (n=220)</th></tr><tr><td>Age moyen</td><td>80,74 ans ± 12,93</td><td>79,21 ans ± 8,47</td></tr><tr><td>Sexe masculin</td><td>40%</td><td>57,3%</td></tr><tr><td>Score STS</td><td>5,19 ± 3,81</td><td>5,83 ± 4,23</td></tr></table>		EVOLUT PRO/PRO+ (n=220)	EVOLUT R (n=220)	Age moyen	80,74 ans ± 12,93	79,21 ans ± 8,47	Sexe masculin	40%	57,3%	Score STS	5,19 ± 3,81	5,83 ± 4,23	<table><tr><th></th><th>EVOLUT PRO/PRO+</th><th>EVOLUT R</th></tr><tr><td colspan="3">Per procédural</td></tr><tr><td>Accès transfémoral</td><td>213/219 (97,3%)</td><td>203/220 (92,3%)</td></tr><tr><td>Sédation consciente</td><td>206/212 (97,2%)</td><td>197/218 (90,4%)</td></tr><tr><td>Durée de procédure (min)</td><td>64,48 ± 31,79</td><td>73,1 ± 62,03</td></tr><tr><td>Ø 23 mm</td><td>10/220 (4,5%)</td><td>37/220 (16,8%)</td></tr><tr><td>Ø 26 mm</td><td>73/220 (33,2%)</td><td>51/220 (23,2%)</td></tr><tr><td>Ø 29 mm</td><td>103/220 (46,4%)</td><td>71/220 (32,3%)</td></tr><tr><td>Ø 34 mm</td><td>8/220 (3,6%)</td><td>61/220 (27,7%)</td></tr><tr><td colspan="3">Post-procédural</td></tr><tr><td>Gradient moyen (mmHg)</td><td>8,6 ± 4,58</td><td>10,23 ± 7,35</td></tr><tr><td colspan="3">Fuites paravalvulaires</td></tr><tr><td>Aucune</td><td>36,2%</td><td>31,5%</td></tr><tr><td>Faible</td><td>56,9%</td><td>60,5%</td></tr><tr><td>Faible à importante</td><td>2,1%</td><td>4,5%</td></tr><tr><td>Importante</td><td>0,5%</td><td>2,5%</td></tr><tr><td>Sévère</td><td>0%</td><td>0%</td></tr><tr><td>Durée de séjour (j)</td><td>3,31 ± 2,6</td><td>4,98 ± 5,76</td></tr><tr><td>Durée de séjour aux soins intensifs (j)</td><td>1,74 ± 1,85</td><td>3,69 ± 10,7</td></tr></table>		EVOLUT PRO/PRO+	EVOLUT R	Per procédural			Accès transfémoral	213/219 (97,3%)	203/220 (92,3%)	Sédation consciente	206/212 (97,2%)	197/218 (90,4%)	Durée de procédure (min)	64,48 ± 31,79	73,1 ± 62,03	Ø 23 mm	10/220 (4,5%)	37/220 (16,8%)	Ø 26 mm	73/220 (33,2%)	51/220 (23,2%)	Ø 29 mm	103/220 (46,4%)	71/220 (32,3%)	Ø 34 mm	8/220 (3,6%)	61/220 (27,7%)	Post-procédural			Gradient moyen (mmHg)	8,6 ± 4,58	10,23 ± 7,35	Fuites paravalvulaires			Aucune	36,2%	31,5%	Faible	56,9%	60,5%	Faible à importante	2,1%	4,5%	Importante	0,5%	2,5%	Sévère	0%	0%	Durée de séjour (j)	3,31 ± 2,6	4,98 ± 5,76	Durée de séjour aux soins intensifs (j)	1,74 ± 1,85	3,69 ± 10,7	Les patients ont été appariés sur le seul score STS. La comparabilité des groupes n'est pas assurée sur certains critères (sexe, BPCO, traitements médicamenteux pris concomitamment) mais également possiblement sur d'autres comorbidités non rapportées à l'inclusion et non captées par le score STS ou même l'évolution des pratiques. Il s'agit d'une étude à valeur exploratoire ne permettant pas de conclure sur la comparaison des différents types de bioprothèses. Seuls les résultats d'efficacité post procéduraux sont rapportés au regard du grand nombre de données manquantes à J30 et 1 an.
	EVOLUT PRO/PRO+ (n=220)	EVOLUT R (n=220)																																																																							
Age moyen	80,74 ans ± 12,93	79,21 ans ± 8,47																																																																							
Sexe masculin	40%	57,3%																																																																							
Score STS	5,19 ± 3,81	5,83 ± 4,23																																																																							
	EVOLUT PRO/PRO+	EVOLUT R																																																																							
Per procédural																																																																									
Accès transfémoral	213/219 (97,3%)	203/220 (92,3%)																																																																							
Sédation consciente	206/212 (97,2%)	197/218 (90,4%)																																																																							
Durée de procédure (min)	64,48 ± 31,79	73,1 ± 62,03																																																																							
Ø 23 mm	10/220 (4,5%)	37/220 (16,8%)																																																																							
Ø 26 mm	73/220 (33,2%)	51/220 (23,2%)																																																																							
Ø 29 mm	103/220 (46,4%)	71/220 (32,3%)																																																																							
Ø 34 mm	8/220 (3,6%)	61/220 (27,7%)																																																																							
Post-procédural																																																																									
Gradient moyen (mmHg)	8,6 ± 4,58	10,23 ± 7,35																																																																							
Fuites paravalvulaires																																																																									
Aucune	36,2%	31,5%																																																																							
Faible	56,9%	60,5%																																																																							
Faible à importante	2,1%	4,5%																																																																							
Importante	0,5%	2,5%																																																																							
Sévère	0%	0%																																																																							
Durée de séjour (j)	3,31 ± 2,6	4,98 ± 5,76																																																																							
Durée de séjour aux soins intensifs (j)	1,74 ± 1,85	3,69 ± 10,7																																																																							

Nom de l'étude / Auteur	Objectif et méthode	Principales caractéristiques des patients	Résultats	Commentaires																																																																									
Harvey <i>et al.</i> 2024 ¹⁴	Evaluer le taux d'implantation de stimulateur cardiaque au cours du temps avec les bioprothèses EVOLUT implantées en position supra-annulaire à partir du registre US STS/ACC TVT. Etude multicentrique avec collecte rétrospective des données. Analyse par trimestre.	54 014 TAVIs réalisés avec : EVOLUT R, EVOLUT PRO et EVOLUT PRO+ entre juillet 2018 et juin 2021. <table><tr><th></th><th>Cohorte totale (n=54014)</th></tr><tr><td>Age moyen</td><td>79,3 ans ± 8,8</td></tr><tr><td>Sexe masculin</td><td>49,2%</td></tr><tr><td>NYHA III/IV</td><td>66,8%</td></tr></table>		Cohorte totale (n=54014)	Age moyen	79,3 ans ± 8,8	Sexe masculin	49,2%	NYHA III/IV	66,8%	Taux d'implantation de stimulateur cardiaque au cours du temps (excluant les patients porteurs d'un tel système à l'inclusion) : <table><tr><th></th><th>n</th><th>%</th></tr><tr><td>Q3 2018</td><td>4012</td><td>14,7%</td></tr><tr><td>Q4 2018</td><td>4071</td><td>13,6%</td></tr><tr><td>Q1 2019</td><td>4075</td><td>14,2%</td></tr><tr><td>Q2 2019</td><td>4425</td><td>12,9%</td></tr><tr><td>Q3 2019</td><td>4366</td><td>11,8%</td></tr><tr><td>Q4 2019</td><td>4810</td><td>12,0%</td></tr><tr><td>Q1 2020</td><td>4554</td><td>11,0%</td></tr><tr><td>Q2 2020</td><td>3482</td><td>11,4%</td></tr><tr><td>Q3 2020</td><td>4429</td><td>10,0%</td></tr><tr><td>Q4 2020</td><td>4595</td><td>9,9%</td></tr><tr><td>Q1 2021</td><td>4941</td><td>10,3%</td></tr><tr><td>Q2 2021</td><td>6254</td><td>8,8%</td></tr></table> Facteurs prédictifs d'implantation de stimulateur cardiaque : <table><tr><th></th><th>HR IC_{95%}</th></tr><tr><td>Trimestre considéré</td><td>0,97 [0,96 ; 0,98]</td></tr><tr><td>Défaut de conduction</td><td>2,20 [2,08 ; 2,32]</td></tr><tr><td>Oxygénothérapie</td><td>1,14 [1,04 ; 1,26]</td></tr><tr><td>Diabète</td><td>1,13 [1,07 ; 1,19]</td></tr><tr><td>Fibrillation / flutter auriculaire</td><td>1,11 [1,05 ; 1,17]</td></tr><tr><td>Durée totale dans la salle d'intervention</td><td>1,06 [1,05 ; 1,07]</td></tr><tr><td>Taille de bioprothèse</td><td></td></tr><tr><td>23 mm vs 34mm</td><td>0,74 [0,64 ; 0,85]</td></tr><tr><td>26 mm vs 34 mm</td><td>0,64 [0,59 ; 0,69]</td></tr><tr><td>29 mm vs 34 mm</td><td>0,82 [0,77 ; 0,88]</td></tr><tr><td>Antécédent de TAVI</td><td>0,44 [0,24 ; 0,80]</td></tr><tr><td>Antécédent de chir. aortique</td><td>0,25 [0,21 ; 0,30]</td></tr></table>		n	%	Q3 2018	4012	14,7%	Q4 2018	4071	13,6%	Q1 2019	4075	14,2%	Q2 2019	4425	12,9%	Q3 2019	4366	11,8%	Q4 2019	4810	12,0%	Q1 2020	4554	11,0%	Q2 2020	3482	11,4%	Q3 2020	4429	10,0%	Q4 2020	4595	9,9%	Q1 2021	4941	10,3%	Q2 2021	6254	8,8%		HR IC _{95%}	Trimestre considéré	0,97 [0,96 ; 0,98]	Défaut de conduction	2,20 [2,08 ; 2,32]	Oxygénothérapie	1,14 [1,04 ; 1,26]	Diabète	1,13 [1,07 ; 1,19]	Fibrillation / flutter auriculaire	1,11 [1,05 ; 1,17]	Durée totale dans la salle d'intervention	1,06 [1,05 ; 1,07]	Taille de bioprothèse		23 mm vs 34mm	0,74 [0,64 ; 0,85]	26 mm vs 34 mm	0,64 [0,59 ; 0,69]	29 mm vs 34 mm	0,82 [0,77 ; 0,88]	Antécédent de TAVI	0,44 [0,24 ; 0,80]	Antécédent de chir. aortique	0,25 [0,21 ; 0,30]	Etude reflétant les pratiques outre-Atlantique.
	Cohorte totale (n=54014)																																																																												
Age moyen	79,3 ans ± 8,8																																																																												
Sexe masculin	49,2%																																																																												
NYHA III/IV	66,8%																																																																												
	n	%																																																																											
Q3 2018	4012	14,7%																																																																											
Q4 2018	4071	13,6%																																																																											
Q1 2019	4075	14,2%																																																																											
Q2 2019	4425	12,9%																																																																											
Q3 2019	4366	11,8%																																																																											
Q4 2019	4810	12,0%																																																																											
Q1 2020	4554	11,0%																																																																											
Q2 2020	3482	11,4%																																																																											
Q3 2020	4429	10,0%																																																																											
Q4 2020	4595	9,9%																																																																											
Q1 2021	4941	10,3%																																																																											
Q2 2021	6254	8,8%																																																																											
	HR IC _{95%}																																																																												
Trimestre considéré	0,97 [0,96 ; 0,98]																																																																												
Défaut de conduction	2,20 [2,08 ; 2,32]																																																																												
Oxygénothérapie	1,14 [1,04 ; 1,26]																																																																												
Diabète	1,13 [1,07 ; 1,19]																																																																												
Fibrillation / flutter auriculaire	1,11 [1,05 ; 1,17]																																																																												
Durée totale dans la salle d'intervention	1,06 [1,05 ; 1,07]																																																																												
Taille de bioprothèse																																																																													
23 mm vs 34mm	0,74 [0,64 ; 0,85]																																																																												
26 mm vs 34 mm	0,64 [0,59 ; 0,69]																																																																												
29 mm vs 34 mm	0,82 [0,77 ; 0,88]																																																																												
Antécédent de TAVI	0,44 [0,24 ; 0,80]																																																																												
Antécédent de chir. aortique	0,25 [0,21 ; 0,30]																																																																												

4.1.1.3 Nouvelles données spécifiques

Aucune donnée clinique spécifique à la bioprothèse EVOLUT PRO+ n'est fournie.

4.1.1.4 Événements indésirables

EVOLUT LOW RISK (population à bas risque, rapport d'étude et publication Forrest *et al.* 2025³) – TAVI avec la gamme EVOLUT vs chirurgie à 5 ans de suivi

Les événements indésirables adjudiqués par un comité indépendant sont les suivants (estimation de Kaplan Meier) :

A 5 ans	TAVI	Chir.	HR IC _{95%}
Décès toutes causes ou AVC invalidant	15,5%	16,4%	0,90 [0,69 ; 1,18]
Décès toutes causes	13,5%	14,9%	0,88 [0,66 ; 1,17]
Décès cardiovasculaires	7,2%	9,3%	0,75 [0,51 ; 1,11]
Décès non cardiovasculaires	6,8%	6,2%	1,08 [0,70 ; 1,67]
Réintervention	3,3%	2,5%	1,30 [0,66 ; 2,56]
AVC	9,5%	8,6%	1,11 [0,77 ; 1,59]
AVC invalidant	3,6%	4,0%	0,85 [0,49 ; 1,49]
Infarctus du myocarde	6,0%	3,6%	1,63 [0,97 ; 2,75]
Hospitalisation liée à la valve aortique	13,9%	15,1%	-
Nouvelle implantation de stimulateur cardiaque	27,0%	11,3%	2,70 [2,04 ; 3,55]
Fibrillation atriale	16,3%	41,2%	0,32 [0,25 ; 0,39]
Décès toutes causes, AVC invalidant ou hospitalisation liée à la valve aortique	25,3%	26,4%	-
Endocardite infectieuse	1,4%	2,5%	1,30 [0,66 ; 2,56]
Thrombose de valve	0,9%	0,6%	1,36 [0,38 ; 4,82]
Thrombose de valve clinique	0,3%	0,2%	1,84 [0,17 ; 20,24]
Thrombose de valve infraclinique	0,6%	0,5%	1,20 [0,27 ; 5,37]

NOTION (population à bas risque, Thyregod *et al.* 2024⁵) – TAVI avec la gamme EVOLUT vs chirurgie à 10 ans de suivi

Les événements indésirables recensés sont les suivants :

A 10 ans	TAVI	Chir.	HR IC _{95%}
Décès toutes causes	62,7%	64%	1,0 [0,7 ; 1,3]
Décès cardiovasculaire	49,5%	51,2%	-
Décès toutes cause, infarctus du myocarde ou AVC	65,5%	65,5%	1,0 [0,7 ; 1,3]
AVC	9,7%	16,4%	-
AVC avec séquelles	6,9%	10,4%	-
Accident ischémique transitoire	9,7%	6,7%	-
Infarctus du myocarde	11,0%	8,2%	-
Fibrillation atriale	52,0%	74,1%	-
Nouvelle implantation de stimulateur cardiaque	44,7%	14%	-

Medranda *et al.* 2022⁹ – Chambre de chasse calcifiées, suivi à 30 jours

Les événements indésirables recensés sont les suivants :

	Calcification absente ou légère	Calcification modérée à sévère
Décès toutes causes	0/177 (0%)	1/100 (1,0%)
AVC	3/177 (1,7%)	4/100 (4,0%)
Complications vasculaires majeures (VARC-2)	11/177 (6,2%)	8/100 (8,0%)
Complications vasculaires mineures (VARC-2)	23/177 (13,0%)	18/100 (18%)
Rupture de l'anneau aortique	1/177 (0,6%)	1/100 (1,0%)
Obstruction coronaire	0/177 (0%)	0/100 (0%)
Infarctus du myocarde	0/177 (0%)	0/100 (0%)
Nouveau stimulateur cardiaque	39/177 (22%)	12/100 (12,0%)
Insuffisance rénale aiguë	3/177 (1,7%)	1/100 (1,0%)
Réadmission	14/177 (7,9%)	5/100 (5,0%)

Herrmann *et al.* 2024 – Petits anneaux aortiques, suivi à 12 mois

Les événements indésirables recensés sont les suivants :

	Gamme EVOLUT	Gamme SAPIEN	Différence IC _{95%}
Mortalité	5,1%	5,9%	-0,7 [-3,5 ; 2,1]
AVC invalidant	3,1%	2,6%	0,6 [-1,5 ; 2,7]
Réhospitalisation pour insuffisance cardiaque	3,8%	3,5%	0,4 [-2,0 ; 2,7]
Sténose valvulaire de haut grade	3,2%	32,2%	-29,1 [-34,6 ; -23,5]
Maladie valvulaire non sténosante	5,9%	18,2%	-12,3 [-17,6 ; -7,0]
Thrombose	0,3%	0,3%	0 [-0,8 ; 0,8]
Endocardite	0,6%	2,3%	-1,7 [-3,5 ; 0,1]
Réintervention sur la valve aortique	0,9%	0,6%	0,3 [-1,0 ; 1,6]

Bhogal *et al.* 2023¹² – Comparaison EVOLUT PRO/PRO+ versus COREVALVE EVOLUT R (score de propension) :

Les événements indésirables recensés sont les suivants :

	EVOLUT PRO/PRO+	EVOLUT R
Post-procédural		
Intubation post-procédurale	2/186 (1,1%)	9/208 (4,3%)
Décès d'origine cardiaque	1/220 (0,5%)	1/218 (0,5%)
Complications vasculaires majeures (VARC-2)	1/183 (0,5%)	2/213 (0,9%)
Accident vasculaire cérébral	3/189 (1,6%)	6/214 (2,8%)
Saignement engageant le pronostic vital (VARC-2)	2/183 (1,1%)	7/210 (3,3%)
Saignement mineur (VARC-2)	9/183 (4,9%)	8/209 (4,3%)

	EVOLUT PRO/PRO+	EVOLUT R
Transfusion	18/177 (10,2%)	36/214 (16,8%)
Implantation de stimulateur cardiaque	32/189 (16,9%)	29/214 (13,6%)
Bloc auriculo-ventriculaire de premier degré	18/179 (10,1%)	16/187 (8,6%)
Bloc auriculo-ventriculaire de second degré	1/179 (0,6%)	2/187 (1,1%)
Bloc auriculo-ventriculaire de troisième degré	19/179 (10,6%)	16/187 (8,6%)
Nouveau bloc de branche gauche	36/179 (20,1%)	51/187 (27,3%)
Nouveau bloc de branche droite	8/179 (4,5%)	8/187 (4,3%)
Tamponnade	1/218 (0,5%)	0
A 30 jours		
Décès	1/220 (0,5%)	3/220 (1,4%)
A 1 an		
Décès	4/220 (1,8%)	9/220 (4,1%)

Matérovigilance

EVOLUT PRO+

Les données de matériovigilance rapportées à la fois au niveau français, européen et mondial pour la bioprothèse EVOLUT PRO+ concernent la période 2019 – 2024 (jusqu'à fin septembre) :

- France : incidence : 0,3%.
 - Les principales occurrences techniques observées concernent : des invaginations de matériau (n=32).
 - Les principales conséquences cliniques liées concernent : des événements n'ayant eu aucune conséquence ou impact sur la santé (n=16) et des retards de traitement ou de thérapie (n=14). Quatre décès ont été recensés.
- Europe (hors France) : incidence : 0,67%.
 - Les principales occurrences techniques observées concernent : des invaginations du matériaux (n=158), des dispositifs délogés ou disloqués (n=35), des fuites paravalvulaires (n=28), des matériaux d'emballage difficile à ouvrir ou à retirer (n=18), des problèmes d'interaction patient-dispositif (n=17), des échecs d'activation (n=14) et des événements indésirables sans problème identifié au dispositif ou à son utilisation (n=11).
 - Les principales conséquences cliniques liées concernent : des événements n'ayant eu aucune conséquence ou impact sur la santé (n=119), des retards de traitement ou de thérapie (n=69) et des blessures / maladies / invalidités graves (n=47). Dix-huit décès ont été recensés.
- Monde (hors Europe) : incidence 2,84%.
 - Les principales occurrences techniques observées concernent : des informations insuffisantes (n=166), des dispositifs délogés ou disloqués (n=50), des invaginations de matériau (n=35), des problèmes d'interaction patient-dispositif (n=26), des événements indésirables sans dispositif identifié ou problème d'utilisation (n=20) et des fuites paravalvulaires (n=14).
 - Les principales conséquences cliniques liées concernent : des blessures / maladies / invalidités graves (n=96), des décès (n=80) et des interventions médicales inattendues (n=45).

Système de chargement EVOLUT PRO+

Les données de matériovigilance rapportées à la fois au niveau français, européen et mondial pour le système de chargement EVOLUT PRO+ concernent la période 2019 – 2024 (jusqu'à fin septembre) :

- France : aucun cas de matériovigilance n'a été recensé.
- Europe (hors France) : aucun cas de matériovigilance n'a été recensé.
- Monde (hors Europe) : aucun cas de matériovigilance n'a été recensé.

Cathéter de pose EVOLUT PRO+

Les données de matériovigilance rapportées à la fois au niveau français, européen et mondial pour le cathéter de pose EVOLUT PRO+ concernent la période 2019 – 2024 (jusqu'à fin septembre) :

- France : incidence 0,06%.
 - Les principales occurrences techniques observées concernent : des échecs d'activation (n=2), des dispositifs délogés ou disloqués (n=2) et des séparations de matériaux (n=2).
 - Les principales occurrences cliniques liées concernent : des événements n'ayant eu aucune conséquence ou impact sur la santé (n=6). Un décès a été recensé.
- Europe (hors France) : incidence 0,12%.
 - Les principales occurrences techniques observées concernent : des dispositifs délogés ou disloqués (n=15).
 - Les principales conséquences cliniques liées concernent : des événements n'ayant eu aucune conséquence ou impact sur la santé (n=18), des décès (n=14) et des blessures / maladies / invalidités graves (n=11).
- Monde (hors Europe) : incidence 0,52%.
 - Les principales occurrences observées concernent : des événements indésirables sans dispositif identifié ou problème d'utilisation (n=17), des dispositifs délogés ou disloqués (n=14) et des problèmes d'interaction patient-dispositif (n=13).
 - Les principales conséquences cliniques liées concernent : des blessures / maladies / invalidités graves (n=25), des événements n'ayant eu aucun impact (n=18). Sept décès ont été recensés.

Une information de sécurité a été transmise à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) par le demandeur, sur la présence potentielle de particules au niveau des couvercles des ports¹⁹. Cette information de sécurité a mené à une mise à jour de la notice d'utilisation.

4.1.1.5 Bilan des données

Par rapport à la dernière évaluation, sept nouvelles études non spécifiques portant sur des générations successives de la gamme EVOLUT ont été analysées. Au regard des évolutions techniques incrémentales apportées, il n'y a pas d'objection à extrapoler ces données à la génération faisant l'objet de la demande.

En ce qui concerne la comparaison du TAVI en utilisant une bioprothèse de la gamme EVOLUT par rapport à la chirurgie de remplacement valvulaire aortique conventionnelle, les données disponibles ne mettent pas en évidence de différence entre les deux techniques jusqu'à 10 ans

¹⁹ [Information de sécurité - Valve biologique percutanée Evolut PR - ANSM](#)

de suivi (pour certaines études) et ce, quel que soit le niveau de risque des patients en matière de sécurité, particulièrement en ce qui concerne la mortalité ou les réinterventions. Le TAVI présente l'avantage d'être moins invasif avec une récupération plus rapide des patients et un séjour hospitalier initial raccourci. Au cours du temps, la qualité de vie entre les deux groupes de patients s'équilibre ainsi que leur statut fonctionnel ou encore le nombre de jours en vie passés à domicile. Enfin, bien qu'il soit constaté moins de dysfonctions valvulaires avec la gamme EVOLUT par rapport à la chirurgie, cette différence ne se traduit pas sur des critères cliniques durs.

Les autres données fournies mettent en évidence :

- la faisabilité d'implantation de la gamme EVOLUT au sein de chambres de chasse calcifiées. A noter que les dernières recommandations européennes (voir infra) privilégient la chirurgie dans cette indication ;
- l'absence de différence de résultats cliniques entre les gammes EVOLUT et SAPIEN lorsque ces bioprothèses sont implantées dans de petits anneaux aortiques mais une supériorité de la gamme EVOLUT sur des paramètres hémodynamiques à 12 mois de suivi. Il conviendra de voir si cette supériorité se traduit sur des critères cliniques durs à plus long terme ;
- la diminution du taux d'implantation de stimulateurs cardiaques au cours du temps aux Etats-Unis avec l'évolution des pratiques et les évolutions techniques des bioprothèses. Il conviendrait de fournir des données nationales pour évaluer si la tendance est la même en France.

4.1.2 Place dans la stratégie thérapeutique

Lorsque le remplacement de la valve aortique est jugé indispensable, celui-ci est effectué par implantation chirurgicale avec sternotomie, d'une prothèse valvulaire mécanique ou d'une bioprothèse.

Les prothèses mécaniques sont très résistantes mais nécessitent un traitement anticoagulant à vie^{20, 21, 22}. Les bioprothèses valvulaires sont bien tolérées et favorisent beaucoup moins la formation de thrombus mais leur longévité est inférieure à celle des prothèses mécaniques²².

Les bioprothèses sont implantées préférentiellement chez les sujets de plus de 65 ans ou pour lesquels un traitement anticoagulant est contre-indiqué^{20,21,22}.

Lorsqu'une intervention chirurgicale conventionnelle de remplacement d'une valve aortique native ou d'une bioprothèse dégénérée ne peut être envisagée à cause d'un risque opératoire trop élevé, il n'existe pas d'alternative ; seul le traitement médical est maintenu. Pour les patients opérables mais ayant un haut risque opératoire compte tenu de l'existence de comorbidités associées, tous les facteurs de risque doivent être considérés par une équipe multidisciplinaire associant cardiologues et chirurgiens cardiovasculaires afin d'orienter le patient vers la technique la plus adaptée.

²⁰ Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F, Antunes MJ, Barón-Esquivias G, Baumgartner H, et al. Guideline on the management of valvular heart disease (version 2012): the Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur J Cardiothorac Surg 2012;42(4):S1-44.

²¹ Svensson LG, Adams DH, Bonow RO, Kouchoukos NT, Miller DC, O'Gara PT, et al. Aortic valve and ascending aorta guidelines for management and quality measures. Ann Thorac Surg 2013;95(6 Suppl):S1-66.

²² Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP 3rd, Guyton RA, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Thorac Cardiovasc Surg 2014;148(1):e1-132.

Les dernières recommandations européennes de 2025²³ établissent plus précisément la place de la chirurgie et du TAVI dans la prise en charge de la sténose aortique sévère, symptomatique ou non :

	Privilégier la chirurgie	Privilégier le TAVI
Age	< 70 ans si le risque chirurgical est bas (Classe I-B)	≥ 70 ans sur valve tricuspidale avec anatomie favorable (Classe I-A)
Considérations anatomiques	— Anneau hostile, calcification de la chambre de chasse — Valve bicuspidale — Dimension de l'anneau incompatible avec le TAVI — Risque d'obstruction coronaire	— Accès transfémoral adéquat — Aorte porcelaine — Pontages coronariens intacts — Déformation thoracique ou scoliose
Etat concomitant	— Autres valvulopathies primaires — Coronaropathie complexe — Anévrisme de la racine aortique ou de l'aorte ascendante — Hypertrophie septale nécessitant une myectomie	— Comorbidités ou autres conditions cardiaques augmentant le risque chirurgical — Fragilité — Séquelle de radiation thoracique

Enfin ces recommandations placent le TAVI non-transfémoral chez les patients non éligibles à la chirurgie de remplacement valvulaire aortique conventionnel et pour lesquels l'abord transfémoral ne peut être envisagé.

Conclusion sur l'intérêt du produit

Au vu des données disponibles, la Commission a trouvé un intérêt thérapeutique à la bioprothèse EVOLUT PRO+.

4.2 Intérêt de santé publique

4.2.1 Gravité de la pathologie

Les patients atteints de sténose aortique peuvent rester asymptomatiques pendant une longue période. L'évolution de la pathologie est variable en fonction des individus : âge, lésions associées, fonction ventriculaire gauche, comorbidités... À l'apparition des symptômes fonctionnels, le pronostic devient sévère à court ou moyen terme avec une survie moyenne de 15 à 50 % à 5 ans.

L'insuffisance aortique se manifeste par une régurgitation du sang dans le cœur gauche. La surcharge hémodynamique qui en résulte se traduit par une insuffisance cardiaque et un angor. En l'absence d'un traitement chirurgical adapté, une insuffisance aortique symptomatique se traduit par une mortalité de 10 à 20 % par an²⁴.

L'absence de traitement adapté des sténoses valvulaires aortiques serrées engage le pronostic vital des patients.

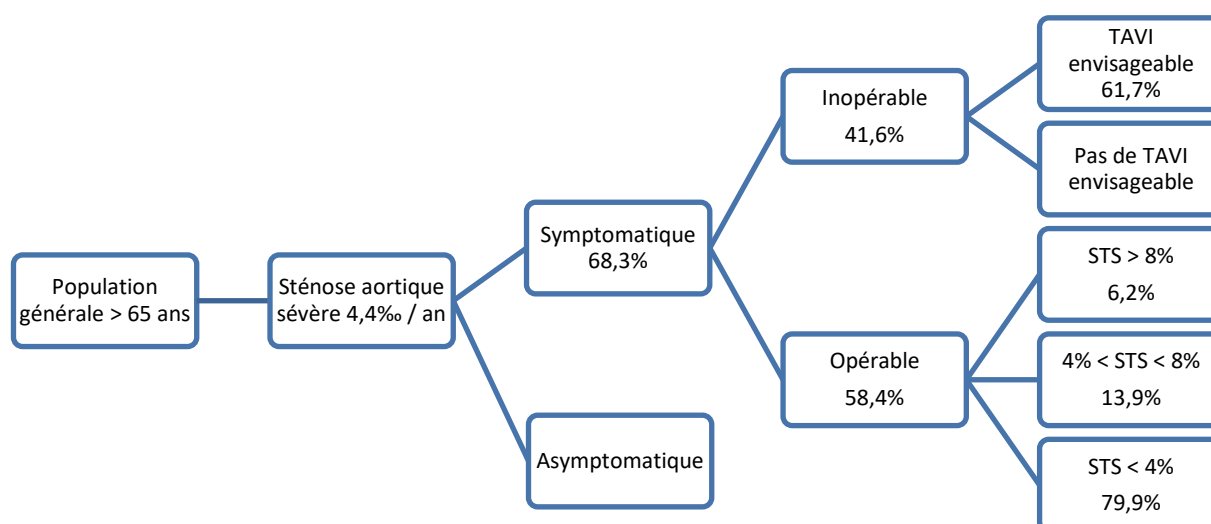
²³ Praz F, Borger M, Lanza J, Marin-Cuartas M, Abreu A, Adame M, *et al.* 2025 ECS-EACTS guidelines for the management of valvular heart disease. Eur Heart J. 2025;ehaf194. doi :10.1093/eurheartj/ehaf194.

²⁴ Bonow RO, Lakatos E, Maron BJ, Epstein SE. Serial long-term assessment of the natural history of asymptomatic patients with chronic aortic regurgitation and normal left ventricular systolic function. Circulation 1991;84:1625–1635.

4.2.2 Épidémiologie de la pathologie

Le profil étiologique de la sténose valvulaire aortique s'est modifié au cours des dernières années. Les atteintes dégénératives sont actuellement les plus fréquentes alors que l'origine rhumatismale est en déclin. Le diagnostic de cette pathologie a souvent lieu au cours de la sixième décennie. Une enquête épidémiologique réalisée sur la population américaine met en évidence une augmentation de la prévalence de la sténose aortique avec l'âge avec des taux compris entre 1,3 et 1,4% pour la classe d'âge 64-74 ans et des taux compris entre 2,8 et 4,6% pour les patients de plus de 75 ans²⁵.

La dernière étude disponible sur la prévalence de la sténose aortique a permis l'élaboration d'un modèle permettant d'évaluer le nombre de patients potentiellement éligibles au remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée²⁶. Cette étude s'est basée sur une revue systématique de la littérature associée à la réalisation d'une méta-analyse. Au total, le modèle proposé est résumé dans le schéma suivant :



4.2.3 Impact

La pose de bioprothèse valvulaire aortique par voie artérielle transcutanée a fait la preuve de son efficacité, avec une amélioration de la qualité de vie plus rapide que pour l'implantation d'une prothèse valvulaire par voie chirurgicale. Quelle que soit la voie d'implantation (transcutanée ou chirurgicale), les tissus biologiques utilisés subissent une dégénérescence faisant intervenir plusieurs facteurs. Certains dépendent de la valve elle-même (architecture de la valve, traitement chimique du tissu biologique...). D'autres facteurs dépendent du malade lui-même. La détérioration d'une bioprothèse est considérée comme un inconvénient majeur des valves biologiques du fait des risques périopératoires associés à une nécessaire réintervention chez des patients souvent âgés, ce d'autant que les données de durabilité à long terme sur les bioprothèses transcathéter restent manquantes.

²⁵ Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN, Gottdiener JS, Scott CG, Enriquez-Sarano M. Burden of valvular heart diseases: a population-based study. Lancet 2006;368(9540):1005-11.

²⁶ Durko AP, Osnabrugge RL, Van Mieghem NM, Milojevic M, Mylotte D, Nkomo VT, *et al.* Annual number of candidates for transcatheter aortic valve implantation per country: current estimates and future projections. Eur Heart J. 2018;39(28):2635-2642.

La bioprothèse valvulaire aortique EVOLUT PRO+ répond à un besoin déjà couvert.

Conclusion sur l'intérêt de santé publique

Du fait de son mode d'action, la bioprothèse EVOLUT PRO+ implantée par voie transartérielle a un intérêt de santé publique compte tenu de la fréquence et du caractère de gravité de la pathologie concernée.

4.3 Conclusion sur le Service Rendu (SR)

La Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé estime que le Service Rendu (SR) est suffisant pour le renouvellement d'inscription et la modification des conditions d'inscription d'EVOLUT PRO+ sur la liste des Produits et Prestations et prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.

La Commission recommande le maintien d'une inscription sous nom de marque dans les indications suivantes :

- Patients avec sténose aortique native sévère symptomatique ($SVAoi < 0,5 \text{ cm}^2/\text{m}^2$). L'indication doit être posée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque et les comorbidités associées. Pour les patients opérables avec un score EuroSCORE II ou STS $< 4\%$, l'indication est limitée aux patients d'au moins 70 ans, avec un orifice tricuspide, ne pas avoir d'indication de chirurgie valvulaire mitrale ou coronaire (tronc commun et/ou SYNTAX > 32) associée et avec une anatomie favorable à la voie transfémorale.
- Patients non opérables avec sténose et/ou insuffisance aortique par dégénérescence d'une bioprothèse valvulaire aortique préalablement implantée.

Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non-indication). Il est rappelé la nécessité du respect des contre-indications figurant au marquage CE du système EVOLUT PRO+.

5. Éléments conditionnant le Service Rendu (SR)

5.1 Spécifications techniques minimales

Aucune exigence supplémentaire par rapport aux spécifications techniques proposées par le fabricant.

5.2 Modalités de prescription et d'utilisation

L'implantation de la bioprothèse valvulaire aortique EVOLUT PRO+ doit être réalisée conformément aux dispositions prévues dans l'arrêté du 24 décembre 2024 modifiant l'arrêté du 30 mai 2024 limitant la pratique de l'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transcathéter à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique.

IRM compatibilité

Selon la notice du marquage CE, le dispositif implantable EVOLUT PRO+ est IRM compatible sous conditions. Les conditions de sécurité émises par le fabricant sont les suivantes :

- Champ magnétique statique de 1,5 T et 3 T ;

- Gradient de champ spatial maximum de 2500 gauss/cm (25 T/m) ;
- Taux d'absorption spécifique (TAS) maximum moyenné sur l'ensemble du corps rapporté par le système de RM de 2,0 W/kg (mode de fonctionnement normal).

Sur la base de tests non cliniques et de modélisations, dans les conditions d'examen définies ci-dessus, la bioprothèse EVOLUT PRO+ devrait entraîner une élévation maximum de la température *in vivo* de moins de 4,0°C après 15 minutes de balayage continu. Sur la base des données non cliniques, l'artéfact d'image provoqué par le dispositif ne s'étendra pas au-delà de 7 mm de la bioprothèse EVOLUT PRO+ lorsque l'imagerie est effectuée avec une séquence d'impulsions d'écho de gradient et un système d'IRM de 3,0 T.

La Commission souligne l'importance des informations données au patient selon la réglementation en vigueur pour les dispositifs médicaux implantables (règlement européen 2017/745, articles R.1112-1-2, R.5212-38 et R.5212-40 du code de la santé publique)²⁷.

6. Amélioration du Service Rendu (ASR)

6.1 Comparateurs retenus

Au regard de la stratégie thérapeutique actuelle, du comparateur des études EVOLUT LOW RISK et NOTION spécifiques aux patients à bas risque, le comparateur retenu est **la chirurgie de remplacement valvulaire aortique**.

Pour les autres catégories de risque, au regard des conclusions des recommandations internationales (européennes et américaines) qui placent le TAVI comme stratégie de référence, les comparateurs retenus sont **les autres bioprothèses valvulaires aortiques implantées par voie transcathéter inscrites sur la LPPR dans les indications retenues**.

6.2 Niveaux d'ASR

Au regard de l'absence :

- de différence sur les données de morbi-mortalité jusqu'à 10 ans de suivi pour les patients à bas risque chirurgical mais considérant que ces derniers récupèrent leur qualité de vie plus rapidement avec le TAVI par rapport à la chirurgie de remplacement valvulaire aortique conventionnelle ;
- d'argument pour recommander l'utilisation d'un TAVI par rapport à l'autre dans les autres indications :

La Commission s'est prononcée pour :

- **Pour les patients à bas risque chirurgical : une amélioration mineure du Service Rendu (ASR IV) d'EVOLUT PRO+ par rapport à la chirurgie de remplacement valvulaire aortique.**
- **Pour les autres indications : une absence d'amélioration du Service Rendu (ASR V) d'EVOLUT PRO+ par rapport aux autres bioprothèses valvulaires aortiques implantées par voie transcathéter inscrites sur la LPPR dans les indications retenues.**

²⁷ Évaluation de la compatibilité IRM des dispositifs médicaux par la CNEDiMTS. HAS. 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3264825/fr/evaluation-de-la-compatibilite-irm-des-dispositifs-medicaux-implantables-par-la-cnedimts [consulté le jj/mm/aaaa]

7. Études complémentaires devant être présentées à l'occasion du renouvellement de l'inscription

Aucune étude post-inscription spécifique n'est attendue pour le renouvellement d'inscription. Toutefois, la demande de renouvellement devra apporter les données disponibles actualisées conformément aux recommandations du guide pratique pour l'inscription au remboursement des produits et prestations. La Commission prendra également connaissance des données à long terme (10 ans) du registre France-TAVI.

8. Durée d'inscription proposée

5 ans

9. Population cible

La méta-analyse de Durko *et al.*²⁶ sur la prévalence de la sténose aortique a permis l'élaboration d'un modèle permettant d'évaluer le nombre de patients potentiellement éligibles au remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée. Le modèle met en évidence que parmi les patients de plus de 65 ans :

- par an, 4,4 ‰ nouveaux patients ont une sténose aortique sévère parmi lesquels 68,3% sont symptomatiques,
- parmi ces patients :
 - 41,6% sont inopérables mais le TAVI est envisageable pour 61,7% d'entre eux, soit rapporté à la population française sur les données démographiques de l'année 2021 : 10 028 patients inopérables éligibles au TAVI,
 - 58,4% sont opérables avec :
 - 6,2% des patients ayant un score de risque STS > 8%, soit rapporté à la population française : 1 414 patients opérables à haut risque éligibles au TAVI,
 - 13,9% des patients ayant un score de risque STS compris entre 4 et 8%, soit rapporté à la population française : 3 171 patients opérables à risque intermédiaire éligibles au TAVI,
 - 79,9% des patients ayant un score STS < 4%, soit rapporté à la population française : 18 230 patients opérables à bas risque éligibles au TAVI.

A titre informatif, les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) ont été exploitées à partir du programme national DIAMANT²⁸ piloté par l'ARS Ile de France. La sélection a porté sur les cinq dernières années pour évaluer le nombre de patients distincts ayant eu la pose d'un TAVI et le nombre d'actes de pose de ce type de bioprothèses :

– Nombre de patients distincts :

Code	Libellé	2020	2021	2022	2023	2024
DBLF001	Pose d'une bioprothèse de la valve aortique par voie artérielle transcutanée	13 447	16 439	18 017	19 618	20 780

²⁸ DIAMANT : Décisionnel Inter-ARS pour la Maîtrise et l'ANT est un outil d'analyse de l'offre de soins, selon trois axes : activité hospitalière, finances et ressources humaines. Il s'appuie sur différentes bases de données dont celle du PMSI.

DBLA004	Pose d'une bioprothèse de la valve aortique par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans CEC	184	173	171	162	190
TOTAL		13 619	16 587	18 174	19 763	20 952

– **Nombre d'actes par intervenant principal :**

Code	Libellé	2020	2021	2022	2023	2024
DBLF001	Pose d'une bioprothèse de la valve aortique par voie artérielle transcutanée	13 971	17 099	18 814	20 322	21 443
DBLA004	Pose d'une bioprothèse de la valve aortique par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans CEC	185	177	174	165	198
TOTAL		14 156	17 276	18 988	20 487	21 641

Compte tenu de la crise sanitaire liée à la COVID-19, les données portant sur la population rejointe au titre de l'année 2020 sont à prendre en compte avec précaution. Elles sont donc données uniquement à titre informatif.

Chaque année, de l'ordre de 33 000 nouveaux patients âgés de plus de 65 ans ayant un rétrécissement aortique calcifié sévère symptomatique opérable ou non sont éligibles à une implantation de bioprothèse valvulaire aortique par voie transcathéter. Cependant, cette estimation est une estimation haute de la population cible notamment au regard de patients pouvant avoir des chirurgies cardiaques combinées pour lesquels les données épidémiologies sont manquantes.