

PAUSE CARDIO

Nouveautés de la semaine du 24 octobre 2026

2 nouveautés cette semaine — aucune ne modifie la pratique dans l'immédiat.

INTERVENTIONNEL & STRUCTUREL À connaître Méta-analyse en réseau

Coronary artery disease management in patients with severe aortic stenosis undergoing transcatheter aortic valve implantation: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.

EuroIntervention · 19 octobre 2026 · Méta-analyse de 5 essais randomisés, 1 644 patients

Cette méta-analyse a regroupé cinq essais randomisés (1 644 patients) qui comparaient la revascularisation coronaire systématique au traitement conservateur chez des patients atteints de sténose aortique serrée adressés pour un TAVI. Dans l'analyse principale, qui portait sur quatre essais et 1 476 patients, l'angioplastie systématique a été associée à moins d'événements cardiovasculaires majeurs (RR 0,80 ; IC95 % 0,65–0,98) et à moins de revascularisations non programmées, au prix d'un excès de saignements majeurs (RR 1,57 ; IC95 % 1,07–2,32). Dans la comparaison en réseau, l'angioplastie guidée par la physiologie s'est classée première sur l'ensemble des critères ischémiques parmi les stratégies de revascularisation.

En pratique : chez le patient adressé pour un TAVI qui présente une coronaropathie, ces essais randomisés plaident pour la revascularisation plutôt que pour l'abstention, au prix d'un surcroît de saignements majeurs à mettre en balance avec le risque hémorragique de chaque patient. L'angioplastie guidée par la physiologie semble la stratégie la plus favorable, mais ce classement repose en partie sur des comparaisons indirectes et demande confirmation.

[Article original](#)**INTERVENTIONNEL & STRUCTUREL** Veille Essai randomisé en grappes · ICare-FASTER

ICare-FASTER (Improving Care by Faster Risk Stratification Through Use of High-Sensitivity Point-of-Care Troponin in Patients Presenting With Possible Acute Coronary Syndrome in the Emergency Department): A Stepped-Wedge Cluster-Randomized Trial.

Circulation · 19 octobre 2026 · Essai pragmatique randomisé en grappes, 6 services d'urgences, 59 980 passages

Cet essai pragmatique randomisé en grappes a comparé le dosage délocalisé de la troponine I hypersensible sur sang total et le dosage au laboratoire central, au sein du même parcours diagnostique accéléré à prélèvement unique, dans six services d'urgences. Sur 59 980 passages pour suspicion d'infarctus, le dosage délocalisé a réduit la durée de passage de 13 % (IC95 % 9–16 %), soit 47 minutes de moins (IC95 % 33–61) pour une durée moyenne de 376 minutes dans le bras témoin. Le taux d'infarctus ou de décès cardiaque à 30 jours était comparable dans les deux bras, 0,39 % dans chacun.

En pratique : le bénéfice ne vient pas d'un nouveau marqueur mais de la disponibilité immédiate du résultat dans un parcours déjà accéléré : 47 minutes gagnées en moyenne par passage, sans signal de sécurité à 30 jours. Pour un service d'urgences qui applique déjà un parcours accéléré à prélèvement unique, c'est un argument en faveur de la troponine I hypersensible délocalisée ; le gain dépendra toutefois des délais du laboratoire de chaque établissement et ne se retrouvera pas partout à l'identique.

[Article original](#)Tableau de bord complet — toutes les sorties, recherche FR/EN, fiches de lecture : pausecardio.fr

Fiches rédigées à l'aide de l'IA — résumés à valider par le lecteur avant toute application clinique, se reporter aux articles originaux.