

Compte-rendu

Déplétion volémique guidée par la natriurèse dans l'insuffisance cardiaque aiguë congestive : une efficacité confirmée

Mots-clés

insuffisance cardiaque aiguë ; diurèse ; diurétique ; déplétion volémique ; natriurèse ; décongestion ; PUSH-AHF
Natriuresis-guided diuretic therapy in acute heart failure: a pragmatic randomized trial

J.M. ter Maaten et al., Nature Medicine, 29.10.2023

DOI: [10.1038/s41591-023-02532-z](https://doi.org/10.1038/s41591-023-02532-z)

Introduction

L'insuffisance cardiaque aiguë congestive (IC) est l'une des principales causes d'hospitalisation dans le monde et est associée à une importante morbi-mortalité. Les diurétiques de l'anse (DA) sont essentiels pour traiter la congestion, mais leur utilisation n'est pas standardisée, laissant de nombreux patients symptomatiques et exposés à un risque accru de ré-hospitalisation pour IC. L'étude PUSH-AHF est un essai pragmatique visant à évaluer si l'ajustement standardisé des doses de DA en fonction de la natriurèse (NaU) pourrait être bénéfique dans la prise en charge des patients hospitalisés pour une IC.

Méthode

Étude randomisée, pragmatique, ouverte, monocentrique (Groningen, Pays-Bas) **Inclusion** : Patient·es de >18 ans souffrant d'IC nécessitant un traitement par DA en i.v. **Exclusion** : insuffisance rénale sévère nécessitant une ultrafiltration ou une dialyse, dyspnée due à d'autres causes que l'IC. **Intervention** : randomisation en deux groupes avec un groupe intervention « guidé par la natriurèse » dans lequel la posologie des DA était adaptée selon la NaU sur spot (majoration des DA si $\text{NaU} < 70 \text{ mmol/l}$ ou débit urinaire $< 150 \text{ ml/h}$ à 2h, 6h, 12h, 18h, 24h et 36h du début du traitement) et un groupe « traitement standard » dont le traitement par DA était administré deux fois par jour, à une posologie fixée et déterminée (selon fonction rénale et selon statut naïf en diurétique ou non). **Issues primaires** : natriurèse sur 24 heures et mortalité toutes causes confondues ou première ré-hospitalisation pour IC dans les 6 mois. **Issues secondaires** : natriurèse à 48h, durée d'hospitalisation et taux de NT-proBNP.

Résultats

310 patients randomisés (150 dans le groupe intervention et 160 dans le groupe traitement standard). L'âge médian était de 74 ans et les deux groupes étaient homogènes en termes de signes et symptômes d'IC. Dans le groupe intervention, la NaU augmentait significativement (409 ± 178 vs. $345 \pm 202 \text{ mmol}$ dans le groupe traitement standard, $p = 0,0061$). Pas de différence significative retrouvée pour la mortalité de toutes causes et le nombre de ré-hospitalisations pour IC à 180 jours (HR 0,92 ; IC à 95% : 0,62–1,38 ; $p = 0,6980$). La mortalité intra-hospitalière était toutefois significativement plus faible dans le groupe intervention (1,4% vs. 7,5%). Concernant les issues secondaires, on note une augmentation significative de la NaU à 48h ($p = 0,0241$) et de la diurèse à 24h ($p = 0,0053$) et à 48h ($p = 0,0140$). Aucune différence significative n'a été observée concernant la durée d'hospitalisation ou les taux de NTproBNP. Il n'y a pas de différence significative concernant les effets indésirables majeurs et la toxicité rénale.

Discussion

L'étude PUSH-AHF montre que le traitement guidé par la NaU améliore la déplétion volémique chez les patients atteints d'IC, **mais n'affecte pas la mortalité ou le risque de ré-hospitalisation pour IC à 180 jours**. **Limitations** : étude monocentrique et ouverte avec un échantillon de petite taille. Les auteurs n'ont pas évalué si l'augmentation de la NaU était associée à une amélioration significative des symptômes d'IC.

Conclusion

L'étude PUSH-AHF démontre qu'une adaptation personnalisée, facile et peu coûteuse du traitement de la congestion chez les patients souffrant d'IC est **efficace**. Cette approche nécessite toutefois des études supplémentaires et de plus grande ampleur pour évaluer son impact clinique à long terme.

Date de publication	Auteurs
07.11.2023	