Compte-rendu

Être à jeun pour une coronarographie : la fin d'un dogme ?

Mots-clés

coronarographie, jeûne, bronchoaspiration, SCOFF
Fasting vs no fasting prior to catheterisation laboratory procedures: the SCOFF trial

Ferreira D. et al., European Heart Journal, 01.09.2024

DOI: 10.1093/eurheartj/ehae573

Introduction

Les guidelines actuelles recommandent un jeûne de 6h pour la nourriture et de 2h pour les liquides clairs avant les procédures cardiaques sous sédation, en vue de limiter le risque de bronchoaspiration. Il n'existe pas, en fait, de données scientifiques pour justifier une telle pratique. Le jeûne peut en revanche générer l'inconfort du patient, compliquer le contrôle glycémique et limiter l'hydratation avec risque d'hypotension et de néphropathie au produit de contraste. De plus, le respect du jeûne peut engendrer des délais, voire des annulations de procédure. Le but de cette étude est donc de déterminer la non-infériorité de la suppression de l'exigence du jeûne avant un cathétérisme cardiaque ou l'implantation d'un dispositif cardiaque électronique sous sédation.

Méthode

Etude de non-infériorité, multicentrique, réalisée en Australie (recrutement entre 2022 et 2023). **Inclusion** : patient·es >18 ans, référé·es pour coronarographie, intervention coronarienne percutanée ou implantation de dispositif cardiaque électronique. **Exclusion** : anesthésie générale, procédure urgente. Pas de limitation selon le BMI ou la présence d'apnées du sommeil. Randomisation 1 :1, soit pour un jeûne habituel (6h pour les aliments solides et 2h pour les liquides clairs), soit sans exigence du jeûne. Choix de la sédation à la discrétion du médecin en charge, idéalement sous fentanyl et midazolam, titrée selon besoins. **Outcome primaire** : critère composite comprenant pneumonie par aspiration, hypotension, hyperglycémie et hypoglycémie. **Outcomes secondaires** : score de satisfaction des patients, nécessité d'une nouvelle ventilation (non invasive et invasive), nouvelle admission en unité de soins intensifs, réadmission à 30 jours, mortalité à 30 jours et survenue d'une pneumonie à 30 jours.

Résultats

716 patients inclus (358 dans chaque groupe). Ceux du groupe « à jeun » ont eu un jeûne significativement plus long (13.2h contre 3.0h pour la nourriture, et 7.0h contre 2.4h pour les liquides clairs). **Survenue de l'outcome primaire** chez 19.1% des patients dans le groupe « à jeun » et chez 12.0% des patients dans le groupe « sans jeûne » (estimation de la différence moyenne à postériori de -5.2% avec IC à 95% : -9.6 à -0.9 en faveur du groupe « sans jeûne »). **Ce résultat confirme la non-infériorité** (probabilité à postériori de >99,5%) **et la supériorité** (probabilité à postériori de 99,1%) **du « non-jeûne » pour l'outcome primaire.** Aucun événement de bronchoaspiration n'a été observé pendant l'étude. Deux patients ont eu une pneumonie dans les 30 jours, tous deux dans le groupe « à jeun ». La différence dans l'outcome composite primaire était principalement due à l'hypotension et à l'hyperglycémie (hypothèse : réduction de l'insuline chez les patients diabétiques, effet rebond après une hypoglycémie). **Le groupe « sans jeûne » a obtenu de meilleurs scores de satisfaction des patients** (différence moyenne à posteriori de 4.02 points, IC à 95% : 3.36 à 4.67). L'évaluation de la fonction rénale n'a pas été réalisée dans cette étude.

Conclusion

Même si la recommandation de garder le patient à jeun avant une procédure sous sédation part d'une bonne intention pour garantir sa sécurité, les preuves soutenant cette pratique sont faibles. Bien qu'il existe des avantages théoriques au jeûne, ce dernier peut aussi générer des dommages. **Cette étude démontre ainsi la sécurité de la suppression des exigences de jeûne avant les procédures de cathétérisme cardiaque** (coronarographie et intervention coronarienne percutanée) ou **d'implantation de dispositif cardiaque électronique**. Il est parfois bon de remettre certains dogmes en question...

Date de publication	Auteurs
04.11.2024	