

Compte-rendu

Faut-il corriger agressivement la natrémie ? Une étude qui ne manque pas de sel

Mots-clés

hyponatrémie, correction, mortalité

A Randomized Trial of Targeted Hyponatremia Correction in Hospitalized Patients

J. Refardt et al, NEJM Evidence, 24.02.2026

[10.1056/EVIDoa2500086](https://doi.org/10.1056/EVIDoa2500086)

Introduction

L'hyponatrémie est fréquente chez les personnes hospitalisées et s'associe avec un risque augmenté de morbi-mortalité. Si les recommandations préconisent une correction progressive, il n'est pas clair si cibler activement la normonatrémie (135–145 mmol/l) est bénéfique. Cette étude multicentrique européenne comprenant la Suisse (HIT study) a évalué si un protocole de correction standardisée réduit le taux de décès ou de réhospitalisation à 1 mois chez les personnes présentant une hyponatrémie hypotonique chronique.

Méthode

Essai pragmatique randomisé, contrôlé, multicentrique, de supériorité avec évaluation aveugle des issues (9 centres européens, universitaires ou régionaux, 2018–2024). **Population** : 2'173 adultes hospitalisés avec une hyponatrémie hypotonique (< 130 mmol/l) présente depuis > 48h. **Exclusion** : symptômes sévères (vomissements, coma, convulsions), fin de vie, ou insuffisance rénale nécessitant une dialyse. **Intervention** : randomisation 1:1 entre « intervention » (traitement protocolisé par paliers selon l'étiologie [p. ex. restriction hydrique > urée > tolvaptan pour le SIADH], réévaluation quotidienne avec objectif de correction + 2 à 12 mmol/l) et « contrôle » (soins usuels).

Issue primaire (composite) : décès (toute cause) ou réhospitalisation à 30 jours.

Résultats

Âge médian de 73 ans, 52.2 % de femmes. Comorbidités principales : cancers (34.4 %), maladies rénales (25.8 %), insuffisance cardiaque (14.2 %) et diabète (16.6 %). Environ 50 % des cas étaient considérés comme des hyponatrémies euvolémiques. Natrémie initiale médiane de 127 mmol/l. Aucune différence significative concernant l'**issue primaire** : 20.5 % dans le groupe intervention contre 21.8 % dans le groupe contrôle (p=0.45). Le groupe intervention a atteint plus souvent la normonatrémie (60.4 % vs 46.2 %). Le taux de décès était identique (8.0 % dans chaque groupe). Surcorrection (> 12 mmol/l/24h) plus fréquente dans groupe intervention (2.3 % vs 1.4 %). Aucun cas de démyélinisation osmotique. Persistance/récidive hyponatrémie à 30 jours : 42 % vs 41 %. Pas de différence pour la durée d'hospitalisation, la qualité de vie, la cognition, ni les taux de chutes ou fractures à 30 jours. Les analyses en sous-groupes (étiologie, âge, sexe, sévérité) ne montraient pas de franc effet différentiel.

Discussion

Une correction active et ciblée de la natrémie est efficace mais ne se traduit par aucun bénéfice clinique. Cela renforce l'idée que l'hyponatrémie modérée est souvent un marqueur de la sévérité des comorbidités plutôt qu'une cause directe de décès.

Points forts : large échantillon représentatif, design et analyses rigoureux.

Limitations : peu d'escalade du protocole en pratique (urée et tolvaptan rarement utilisés). La différence de correction maximale de la natrémie entre les deux groupes était modeste (10 mmol/l vs. 8.7 mmol/l), pouvant expliquer l'absence de différence observée sur l'issue primaire.

Conclusion

Chez les patientes hospitalisées avec hyponatrémie modérée pauci-symptomatique présente depuis > 48h, viser activement la normonatrémie par un protocole rigoureux n'améliore pas le pronostic à 30 jours. La gestion prudente centrée sur la pathologie sous-jacente reste la règle.

Date de publication	Auteurs
14.04.2026	