

Compte-rendu

Remplissage ou vasopresseur : quelle stratégie adopter dans le choc septique ?

Mots-clés

Sepsis, remplissage, vasopresseur, ARISE FLUIDS
Vasopressors or Fluids in Early Septic Shock

The ARISE FLUIDS Investigators, NEJM, 11.06.2026

DOI : [10.1056/NEJMoa2516225](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2516225)

Introduction

Dans le choc septique, l'équilibre entre remplissage et vasopresseurs reste encore débattu. Les recommandations de la Surviving Sepsis Campaign (SSC) de 2026 proposent un remplissage initial d'au moins 30ml/kg de cristalloïdes en 3 heures. Elles introduisent la notion d'individualisation selon les comorbidités du patient ainsi que sur l'ajustement en fonction du poids idéal pour les patient-e-s ayant un BMI > 30 kg/m². De plus chez les patients de > 65 ans une cible de tension artérielle moyenne (TAM) 60-65 mmHg est suggérée. Pour les patient-e-s présentant une hypotension réfractaire la SSC ne propose pas de recommandations entre l'initiation de vasopresseurs précoce et un remplissage plus libéral. L'étude ARISE fluids évalue les deux stratégies.

Méthode

Etude multicentrique, open-label, randomisée dans 51 centres. **Inclusion** : adultes avec une infection suspectée, tension systolique < 90 mmHg ou une TAM < à 65 mmHg malgré un remplissage initial de 1000 ml, avec un lactate mesuré > 2 mmol/l et un traitement antibiotique initié. **Exclusion** : patient-e-s ayant reçu plus de 2000ml de remplissage, délais de prise en charge de > 6 h depuis l'admission, barrière à l'application de l'intervention (limitation des soins, chirurgie immédiate, jugement du clinicien). **Intervention** : initiation d'un vasopresseur et restriction de fluide, bolus de 250 ml en réserve. **Groupe contrôle** : bolus de 1000 ml sur 1h et bolus de 500 ml en réserve. **Issue primaire** : jour en vie et en dehors de l'hôpital à J90. **Issues secondaires** : Mortalité à J28 et J90, temps de survie entre J0 et J90, jour en vie et à domicile à J90, jour en vie et sans support d'organe à J28. Critères de sécurité : complications associées aux vasopresseurs en périphérique, œdème pulmonaire et ischémie d'organe.

Résultats

Avec 1'000 patients randomisés (60% hommes), 963 ont été inclus dans l'analyse en intention de traiter, (481 vasopresseurs ; 482 fluides). Les caractéristiques des deux groupes étaient comparables ; âge médian 68 et 69 ans, score médian de SOFA à 4. La stratégie vasopresseur a engendré une diminution de 1100 ml d'apport liquidien à 24h. Issue primaire : pas de différence avec une médiane de 76 jours vivants et hors de l'hôpital. Issues secondaires : similaire dans les deux groupes. Sécurité : même taux de complication sauf pour les œdèmes pulmonaires étant reporté dans 5% des cas du groupes fluides et 0.6 % des cas du groupes vasopresseurs.

Discussion

L'étude confirme qu'une stratégie de restriction des apports hydriques ne procure pas de bénéfice clinique. L'étude est pragmatique et présente une bonne séparation entre les interventions. Ses principales limites sont son caractère ouvert, une intervention limitée sur 24h, l'absence de standardisation des objectifs hémodynamiques et des méthodes d'évaluation de la réponse au remplissage. La généralisation est également limitée par l'exclusion des

patients présentant des comorbidités imposant une restriction hydrique, notamment l'insuffisance cardiaque. Enfin, la différence d'œdème pulmonaire pourrait avoir été partiellement influencée par un biais de déclaration lié au caractère ouvert de l'étude.

Conclusion

Chez des adultes présentant un choc septique précoce aux urgences, une stratégie systématique de vasopresseur précoce associée à une restriction du remplissage n'est pas supérieure à une stratégie privilégiant initialement davantage de fluides. Tous ces éléments soutiennent ainsi davantage une individualisation de la réanimation hémodynamique qu'une opposition systématique entre « fluides » et « vasopresseurs ».

Date de publication	Auteurs
10.09.2026	Zélie Dennebouy