

Place des diurétiques dans le traitement de l'insuffisance cardiaque

Avec les digitaliques, les diurétiques sont les plus anciens traitements de l'insuffisance cardiaque (IC). Leur effet symptomatique est évident et facile à voir. La grande majorité des études d'évaluation des nouveaux médicaments de l'IC a été effectuée chez des patients sous diurétiques. Mais ils n'ont pas fait eux-mêmes l'objet d'essais avec les méthodes modernes d'évaluation, et en particulier on ne connaît pas leur action sur la mortalité. Par contre on dispose d'essais de sevrage du traitement diurétique chez des patients avec IC stabilisée^{1,2}. De plus une importante étude a évalué l'efficacité de l'adjonction d'un antialdostérone au traitement de l'IC, comprenant en particulier un diurétique de l'anse³. Quelle est alors la place des diurétiques dans la stratégie de traitement en fonction des données en notre possession ?

L'action des diurétiques sur la dyspnée, les oedèmes et la rétention hydrosodée est bien connue. Mais ils n'ont pas fait l'objet d'études à long terme. Par contre 75 à 100% des patients des études sur les autres médicaments les utilisaient déjà.

Est-il nécessaire de poursuivre les diurétiques une fois le patient stabilisé, et la rétention hydrosodée contrôlée ? Le sevrage a été suivi de la réapparition d'oedèmes et de dyspnée pour 1/3 à 2/3 des cas dans cinq essais, le plus souvent dans le premier mois de l'arrêt. Les aggravations ont été plus fréquentes en cas d'antécédents d'oedème aigu du poumon, d'HTA, de dyspnée persistante, d'abaissement important de la fraction d'éjection ventriculaire gauche à l'échographie. Elles ont été plus rares dans un essai chez des patients de plus de 70 ans avec IC, mais sans signe de rétention sodée ni abaissement de la fraction d'éjection ventriculaire gauche¹.

Quel diurétique utiliser ? Les diurétiques de l'anse et les thiazides peuvent être employés. Les premiers, particulièrement le furosémide ont été les plus utilisés dans les essais. Ils ont l'avantage d'un effet diurétique plus rapide en cas de situation menaçante, et de pouvoir être utilisés en cas d'insuffisance rénale, contrairement aux thiazides. En cas d'oedèmes persistants (après élimination d'un traitement AINS associé qui peut réduire l'efficacité) il est possible d'augmenter fortement les doses de diurétique de l'anse (120, 250 mg/j voire plus pour le furosémide,

10mg/j pour le bumétanide)

Les effets secondaires, en dehors des crises de goutte sont essentiellement des troubles hydroélectrolytiques: hypokaliémie, hyponatrémie et déshydratation. L'hyponatrémie est plus fréquente avec les thiazides, les grosses doses de diurétiques de l'anse et les IC sévères. La déshydratation se voit surtout chez les gens âgés. L'hypokaliémie est l'effet secondaire le plus fréquent, avec le risque de troubles du rythme, surtout avec les thiazides. L'association avec un IEC et/ou la spironolactone diminue le risque d'hypokaliémie.

La spironolactone a longtemps été contre-indiquée en association avec les IEC. Mais une grande étude randomisée internationale³ permet de revenir sur cette contre-indication. 1663 patients en IC sévère (stade III et IV de la NHYA) mal contrôlée malgré diurétique, IEC, digitalique, ont reçu en appoint du traitement antérieur soit spironolactone (25 mg/j), soit placebo. Sur 24 mois, la mortalité a été réduite de 30% (5 à 6 décès annuels évités sur 100 patients traités), ainsi que la gêne fonctionnelle et les hospitalisations. Le risque d'hyperkaliémie n'a pas été constaté, mais avec une surveillance stricte et un traitement réfuté si la créatinine s'élève >25mg.

Les autres épargnants potassiques sont déconseillés en cas d'association avec les IEC, sauf hypokaliémie persistante. Contrairement à la spironolactone, il n'y a pas d'étude montrant leur bénéfice sur la survie.

Les diurétiques gardent ainsi toute leur place dans le traitement de l'IC, à partir du moment où il existe des signes de rétention hydrosodée. Il semble alors justifié de les poursuivre au long cours dans la plupart des cas. Les diurétiques de l'anse sont les plus maniabiles et gardent leur efficacité même dans les IC sévères, parfois alors à fortes doses. Aujourd'hui, en raison de l'effet prouvé des IEC sur la mortalité, ceux-ci doivent être associés, sauf contre-indication, aux diurétiques.

Le risque de troubles hydroélectrolytiques et d'insuffisance rénale doit toujours être présent dans l'esprit du prescripteur, surtout chez les personnes âgées et dans les IC sévères. Le risque de dyskaliémie nécessite une surveillance régulière. L'association aux IEC réduit le risque d'hypokaliémie, l'usage d'épargne potassique autre que la spironolactone est alors déconseillé. L'adjonction de celle-ci au furosémide et aux IEC est possible et bénéfique sur la mortalité. Elle nécessite une surveillance stricte de la kaliémie et de la créatinine.

1 - Collectif. Les médicaments de l'insuffisance cardiaque. Rev Prescr. 2001;21(214):126-137

2 - Walma EP et al. Withdeawal of long term diuretic medications in elderly patients: a double blind randomised trial/ Br Med J 1997;315:464-8

3 - Collectif. insuffisance cardiaque et spironolactone. Bibliomed 1999;154

Mots-clé: insuffisance cardiaque, diurétique, antialdostérone, IEC.

Numéro 221 du 12 avril 2001