

Compte-rendu

Arrêt du traitement inhibiteur du système rénine-angiotensine-aldostérone lors d'insuffisance rénale aiguë : confirmation d'une bonne pratique

Mots-clés

IEC, sartan, insuffisance rénale aiguë

Discontinuation of Renin-Angiotensin System Inhibitors during Acute Kidney Injury Episode and All-Cause Mortality

Nie S, et al., Journal of the American Society of Nephrology, 18.06.2025

[10.1681/ASN.0000000775](https://doi.org/10.1681/ASN.0000000775)

Introduction

Les inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone (ISRAA) sont largement utilisés au quotidien. Toutefois, leur gestion optimale lors d'insuffisance rénale aiguë (IRA) reste peu étudiée, bien qu'il soit habituel de les suspendre en raison de leur mécanisme d'action qui entraîne une vasodilatation de l'artériole efférente, diminuant la pression intraglomérulaire et le débit de filtration glomérulaire. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la mise en suspens d'ISRAA lors d'IRA sur la mortalité à 30 et 180 jours.

Méthode

Étude observationnelle multicentrique par émulation d'essai cible séquentiel (*target trial emulation*), à partir de 2 bases de données (chinoise – China Renal Data System (CRDS), et américaine – MIMIC-IV v2.0), avec analyse principale en *intention-to-treat*. **Inclusion** : adultes hospitalisé-e-s présentant une IRA acquise à l'hôpital, traitement ≥ 3 mois par ISRAA avant la survenue de l'IRA à l'hôpital. **Exclusion** : utilisation concomitante d'IEC/ARAI, eGFR baseline < 30 ml/min/1.73m² ou nécessité de vasopresseurs avant l'IRA. **Exposition (stratégies comparées)** : mise en suspens vs poursuite des ISRAA dans les 48 heures suivant la détection de l'IRA, selon une émulation quotidienne par intervalles de 24 h (jusqu'à deux personnes-essai par patient). **Issue primaire** : mortalité (toute cause) à 30 et 180 jours. **Issues secondaires** : récupération et résolution de l'IRA.

Résultats

Population analysée : 21'680 personnes-essai et 5'323 respectivement dans les cohortes CRDS et MIMIC-IV. Majorité d'IRA de stade KDIGO 1 (75 – 87 % ; 10 – 17 % de stade 2, 6 – 8 % stade 3). Incidence de la mortalité à 30 jours de 4.36 % pour le groupe ISRAA suspendu vs 5.91 % pour le groupe ISRAA poursuivi dans la cohorte CRDS, soit une différence de risque de -1.55 % (- 2.4 à -0.55 %, IC 95 %). Bénéfice retrouvé à 180 jours, ainsi que dans la cohorte MIMIC-IV, bien qu'atténué [différence de risque - 0.79 % (-1.61 % à -0.12 %, IC 95 %)]. La récupération rénale est également plus importante dans le groupe ISRAA suspendu.

Discussion

Le design de l'étude limite l'interprétation sur le lien de causalité entre la mise en suspens des ISRAA et la mortalité. Le *design* simulant un essai clinique, l'analyse en *intention-to-treat*, ainsi que les multiples analyses de sensibilité apportent de la robustesse aux résultats mais n'éliminent pas complètement le risque de facteurs

confondants résiduels. La faible réduction absolue du risque de mortalité doit être interprétée au regard d'un taux de mortalité de base bas à 30 jours (5 – 6 %). Le taux relativement faible de mise en suspens d'ISRAA (14 – 28 % des personnes-essai) s'explique probablement par la prédominance d'IRA stade KDIGO 1.

Conclusion

Chez les patients présentant une IRA acquise à l'hôpital, la mise en suspens transitoire des ISRAA est associée à une légère réduction de mortalité à court et moyen terme. La reprise des ISRAA après résolution de l'IRA reste cardinale compte tenu de leur bénéfice de néphroprotection au long terme.

Date de publication	Auteurs
28.01.2026	Cominetti Fabrizio