

Compte-rendu

Insuffisance rénale terminale dialysée et insuffisance cardiaque : quid des inhibiteurs du système rénine-angiotensine ?

Mots-clés

Dialyse, insuffisance rénale terminale, insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite, système rénine-angiotensine-aldostérone, sacubitril/valsartan

Renin-angiotensin system inhibition in dialysis-dependent patients with chronic heart failure due to reduced ejection fraction: a systematic review and meta-analysis

A. Sritharan et al., Nephrology Dialysis Transplantation, 12.08.2026

DOI: doi.org/10.1093/ndt/gfag184.

Introduction

Chez les patients avec insuffisance cardiaque, la prévalence d'insuffisance rénale chronique est particulièrement élevée. Cette condition, surtout en cas d'insuffisance rénale terminale dialysée, est associée à un risque accru de mortalité cardiovasculaire. Néanmoins, ce profil de patients à haut risque cardiovasculaire avec insuffisance rénale terminale est largement exclu des essais cliniques sur l'insuffisance cardiaque, notamment pour les thérapies ciblant le système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA). Cette revue systématique avec méta-analyse explore l'efficacité et la sécurité des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (ACEi), des inhibiteurs des récepteurs à l'angiotensine II (ARBs) et des inhibiteurs du récepteur de l'angiotensine II/de la néprylisine (ARNi) dans cette population.

Méthode

Revue systématique avec méta-analyse incluant des études allant jusqu'à décembre 2025 de patients avec insuffisance cardiaque à FEVG réduite (HFrEF) sous traitement de dialyse intermittente (hémodialyse et dialyse péritonéale), comparant ceux sous ARNi versus sans, et ceux sous ACEi/ARBs versus sans. Les critères principaux étaient la mortalité toutes causes confondues et la mortalité cardiovasculaire. Les événements indésirables, notamment l'hypotension et l'hyperkaliémie, ont également été étudiés.

Résultats

Six études sur les ARNi, toutes observationnelles, ont inclus 3'818 patients traités et 4'344 patients contrôles. Trois études sur les ACEi/ARBs ont inclus 3'293 patients traités et 1'982 patients contrôles (deux études observationnelles et un essai randomisé contrôlé). Les ARNi étaient associés à une réduction de la mortalité globale de 22%. Les ACEi/ARBs étaient associés à une réduction similaire de la mortalité globale de 24%, ainsi qu'à une diminution de la mortalité cardiovasculaire de 38%. Les ARNi n'étaient pas associés à une augmentation significative du risque d'hypotension et semblaient entraîner moins d'hyperkaliémie que les ACEi/ARBs (HR 0.71).

Discussion

Cette méta-analyse suggère que l'inhibition du SRAA est bénéfique chez les patients avec insuffisance rénale dialysée. Les ARNi et les ACEi/ARBs sont associés à une diminution de la mortalité globale. En revanche, seul le traitement par ACEi/ARBs montre une diminution de la mortalité cardiovasculaire. Néanmoins, ce résultat peut

refléter un manque de puissance statistiques ainsi qu'une hétérogénéité des études sur les ARNIs, les données provenant essentiellement d'études observationnelles. Pour les effets secondaires, les ARNIs ne sont pas davantage associés à une hypotension, et les résultats suggèrent même un risque moindre d'hyperkaliémie par rapport aux ACEi/ARBs. Ceux-ci sont cependant à interpréter avec prudence, car les données de sécurité n'étaient disponibles que pour les études sur les ARNIs. Limitations : études majoritairement observationnelles, nombre d'études limité, hétérogénéité des comparaisons thérapeutiques, des populations et des définitions, données insuffisantes sur la sécurité.

Conclusion

Chez les patients dialysés avec HFref, l'inhibition du SRAA pourrait être associée à une diminution de la mortalité toutes causes confondues. Les ACEi/ARBs semblent être également associés à une diminution de la mortalité cardiovasculaire, contrairement aux ARNIs. Néanmoins, ces résultats doivent être interprétés comme des associations, plutôt que comme des effets directs liés aux traitements, les données provenant principalement d'études observationnelles. Ils ne permettent également pas de conclure à la supériorité d'une classe médicamenteuse par rapport à une autre. Des essais randomisés sont nécessaires avant de pouvoir confirmer le bénéfice de ces traitements dans cette population à haut risque.

Date de publication	Auteurs
10.09.2026	Sophie Charrière