

Compte-rendu

Polypill : une pour tous et tous pour une

Polypill Strategy in Secondary Cardiovascular Prevention

Castellano et al., NEJM, 15.09.2022

DOI: [10.1056/NEJMoa2208275](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2208275)

Introduction

20 ans après la première mention du terme *Polypill* (= traitement combiné) dans la littérature scientifique, son utilisation dans la prévention cardiovasculaire secondaire a été démontrée sans danger pour les patients, avec une tendance à mieux contrôler certains facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV). Mais existe-t-il un bénéfice de la *Polypill* sur la survenue d'événements cardiovasculaires ? L'étude SECURE nous donne un premier élément de réponse pour les patients âgés, ayant eu récemment un infarctus du myocarde.

Méthode

Etude de phase 3 randomisée contrôlée, multicentrique, européenne, de non-infériorité, avec recrutement entre 2016 et 2019. **Inclusion** : Infarctus du myocarde de type 1 dans les 6 mois précédents et un critère d'âge, soit ≥ 75 ans ou ≥ 65 ans avec 1 facteur de risque (diabète, insuffisance rénale chronique, antécédent d'infarctus du myocarde, d'AVC ou de revascularisation coronaire). **Exclusion** : Insuffisance rénale (DFG $<$ 30), insuffisance cardiaque congestive NYHA III-IV, anticoagulation orale. **Intervention** : Traitement standard vs *Polypill* (acide acétylsalicylique 100 mg, ramipril 2.5, 5 ou 10 mg et atorvastatine 20 ou 40 mg), suivi sur 3 ans. **Issue primaire** : composite avec mortalité cardiovasculaire, infarctus du myocarde de type 1 non fatal, AVC non fatal ou revascularisation en urgence.

Résultats

2'466 patient.e.s (femmes 31% ; âge moyen 76 ans) dont 1'237 dans le groupe *Polypill*, avec analyse en intention-de-traiter. **Un événement de l'issue primaire a eu lieu chez 118/1'237 patients (9.5%) dans le groupe *Polypill* vs 156/1'229 patients (12.7%) dans le groupe traitement standard (HR 0.76 ; IC 95%, 0.6 à 0.96 ; p<0.001 pour infériorité, p=0.02 pour supériorité).** On ne constate **pas de différences concernant les effets secondaires**, tandis que les différents critères de l'issue primaire ont des impacts similaires sur le composite.

Discussion

Sujet d'intérêt avec une méthodologie correcte (sans *blinding* vu le contexte) et des patients bien choisis, représentatifs de notre patientèle. Il est **surprenant d'objectiver un effet sur la mortalité cardiovasculaire sans pour autant noter de différences dans le contrôle des FRCV**. L'adhérence et le degré de satisfaction sont certes meilleurs dans le groupe *Polypill* ainsi que le taux de patients sous statines à haute dose, mais on peut se demander si d'autres facteurs de risques non mesurés participeraient à la baisse de la mortalité cardiovasculaire (cholestérol non LDL, initiation d'une activité physique, perte de poids, arrêt du tabac).

Conclusion

En conclusion, les *Polypill* étant sans danger pour les patients, avec un bénéfice désormais sur la mortalité cardiovasculaire en plus de l'adhérence et de la satisfaction, plus rien ne devrait retenir leur prescription chez les patients âgés après un infarctus du myocarde. En espérant avoir bientôt un soutien de l'industrie pour des *Polypills* à dose variable.

Date de publication	Auteurs
03.10.2022	