



Études sur la prévention cardiovasculaire : La colchicine est appelée à la barre

QUESTION CLINIQUE

La colchicine est-elle efficace en prévention secondaire des maladies cardiovasculaires?

CONCLUSION

Chez les personnes atteintes de maladie coronarienne, de faibles doses quotidiennes de colchicine réduisent de ~1 %/an (réduction du risque relatif 25-30 %) le risque d'événements cardiovasculaires, mais augmentent de ~2 % le risque d'événements gastro-intestinaux (surtout la diarrhée) et n'ont aucun effet sur la mortalité.

DONNÉES PROBANTES

- Au moins 7 revues systématiques ont comparé la colchicine au placebo en plus du traitement standard chez les personnes atteintes de maladie coronarienne (4-11 études avec répartition aléatoire et contrôlées [ERAC], 5820-12 869 participants, durée de 5 jours à 3 ans)¹⁻⁷.
 - Toutes ont montré des résultats comparables :
 - La colchicine a réduit les événements cardiovasculaires (CV; réduction du risque relatif [RRR] ~30 %).
 - Aucune différence sur la mortalité.

- La plupart des méta-analyses ayant évalué les événements gastro-intestinaux ont révélé un risque absolu de ~2 % sous la colchicine (surtout la diarrhée)^{2,3,6}.
- Deux ERAC de la plus grande envergure, de bonne qualité, contrôlées par placebo et non financées par l'industrie :
 - L'étude LoDoCo2⁸ a comparé la colchicine à 0,5 mg/jour au placebo pendant 2,5 ans chez 5522 participants (âge ~66 ans, 15 % de femmes) atteints de maladie coronarienne stable.
 - Événements CV (mortalité d'origine CV, infarctus du myocarde, AVC ischémiques, revascularisation urgente) : colchicine 6,8 c. 9,6 % placebo, RRR = 29 %, nombre de sujets à traiter (NST) = 36.
 - Pas de différence significative sur la mortalité (2,6 c. 2,2 %).
 - Pas de différence des effets indésirables, sauf myalgie (NNN = 38).
 - L'étude COLCOT⁹ a comparé la colchicine à 0,5 mg/jour au placebo pendant 23 mois chez 4745 participants (âge ~61 ans, 19 % de femmes) moins de 1 mois après un infarctus du myocarde.
 - Événements CV (mortalité d'origine CV, infarctus du myocarde, AVC, revascularisation urgente) : colchicine 5,5 c. 7,1 % placebo, RRR = 24 %, NST = 63.
 - Pas de différence sur la mortalité (1,8 % dans les deux groupes).
 - Pas de différence des effets indésirables ou des EI graves.
- Limites : Les personnes qui présentaient divers facteurs de risque de toxicité par la colchicine ont été exclues (p. ex. maladie rénale ou musculaire) et une étude⁸ comportait une phase préliminaire en mode ouvert avec la colchicine ayant exclu 15 % des patients avant la répartition aléatoire, surtout en raison d'effets indésirables.

CONTEXTE

- Les récentes lignes directrices sur la prévention secondaire dans les cas de maladie coronarienne ou après un infarctus du myocarde n'ont pas émis de recommandation sur la colchicine^{10,11}.
- La nouvelle dose de 0,5 mg coûte ~45 \$ pour un approvisionnement de 3 mois (par rapport à 25 \$ pour la dose de 0,6 mg)^{12,13}.
- L'efficacité de la colchicine sur les événements CV est meilleure (p. ex. ézétimibe [RRR ~6 %]) ou comparable (p. ex. aspirine ou statines [RRR ~25 %]) aux autres traitements préventifs, mais sans les bienfaits sur la mortalité de l'aspirine et des statines^{14,15}.

RÉFÉRENCES

1. Xia M, Yang X, Qian C. Am J Cardio. 2021; 140 : 33-38.
2. Ullah W, Gowda SN, Fischman D. Cardiovasc Revasc Med. 2021; 23:1-6.
3. Xiang Z, Yang J, Yang J et coll. Intern Emerg Med. 2021; 16(2):487-496.
4. Samuel M, Tardif JC, Bouabdallaoui N et coll. Can J Cardiol. 2021; 37(5):776-785.
5. Fiolet AT, Opstal TS, Mosterd A et coll. Eur Heart J. 2021; ehab115.

AUTEURS

Nicolas Dugré, Pharm.D. M.Sc.
BCACP, **Stéphane Vanier**, M.D.
CCMF, **Ricky D Turgeon**, B.Sc.
(pharmacie) ACPR Pharm.D.

6. Andreis A, Imazio M, Piroli F et coll. Eur J Prev Cardiol. 2021; zwab045.
7. Al-Abdoun A, Barbarawi M, Khan SU et coll. Coron Artery Dis. 2020 Jul 23. doi : 10.1097/MCA.0000000000000931. Online ahead of print.
8. Nidorf SM, Fiolet AT, Mosterd A et coll. N Engl J Med. 2020; 383:1838-1847.
9. Tardif JC, Kouz S, Waters DD et coll. N Engl J Med. 2019; 381:2497-2505.
10. Knuuti J, Wijns W, Saraste A et coll. Eur Heart J. 2020; 41:407-77.
11. Collet JP, Thiele H, Barbato E et coll. Eur Heart J. 2021; 42:1289-367.
12. Interactive Drug Benefit List [site Web]. Edmonton, AB : Gouvernement de l'Alberta; 2021. Accessible à : <https://idbl.ab.bluecross.ca/idbl/load.do>. Réf. du 8 juill. 2021.
13. PharmaClik. McKesson Canada. 2021. <https://clients.mckesson.ca/> Réf. du 27 sept. 2021.
14. Koskinas KC, Siontis GC, Piccolo R et coll. Eur Heart J. 2018; 39(14):1172-80.
15. Antithrombotic Trialists' Collaboration. BMJ. 2002; 324(7329):71.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

OUTIL DE LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils de la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les **D^{rs} G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (*Patients, Experience, Evidence, Research*), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles archivés se trouvent à www.toolsforpractice.ca.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.