



---

## De retour à la barre : le point sur la colchicine pour la prévention cardiovasculaire secondaire

### QUESTION CLINIQUE

### La colchicine est-elle efficace pour la prévention cardiovasculaire secondaire?

---

### CONCLUSION

**Pour la prévention cardiovasculaire secondaire, la dose de 0,5 mg de colchicine réduit d'environ 25 % le risque d'événements cardiovasculaires indésirables majeurs, mais n'a pas d'incidence sur la mortalité. Un essai clinique randomisé (ECR) a rapporté un effet neutre, mais, dans l'ensemble, les effets regroupés demeurent favorables à la colchicine pour ses bienfaits cardiovasculaires.**

### DONNÉES PROBANTES

- 17 revues systématiques<sup>1-17</sup> d'ECR publiées en 2025. Accent mis sur une revue systématique incluant des ECR avec des suivis d'au moins 12 mois et rapportant des taux d'événements absolus concernant des résultats importants pour les patients du point de vue de la prévention cardiovasculaire secondaire (6 ECR, 21 800 personnes, suivi de 12 à 34 mois, dose de 0,5 mg de colchicine par jour)<sup>1</sup> :
  - Événements cardiovasculaires indésirables majeurs (ECIM) : Englobent la mort cardiovasculaire, l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral ischémique et la revascularisation coronarienne urgente.

- 8,2 % pour la colchicine par rapport à 10,3 % pour le placebo. Réduction du risque relatif (RRR) = 25 %.
  - Aucune différence sur le plan de la mortalité cardiovasculaire, de la mortalité toutes causes confondues ou des événements indésirables graves (y compris les infections, les hospitalisations à cause d'effets gastro-intestinaux et le cancer).
  - Limites : 47 % des personnes n'ont pas été réparties au hasard en raison de la survenue de symptômes gastro-intestinaux durant le période de rodage, au cours de laquelle il y a eu administration ouverte de la colchicine. Les données sur les personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébral sont limitées.
  - Les résultats étaient cohérents dans tous les ECR, sauf l'ECR CLEAR-SYNERGY<sup>18</sup>, qui a montré l'absence d'un effet de la colchicine sur les ECIM.
  - D'autres revues systématiques ont fait les mêmes constatations<sup>2-17</sup>.
- L'ECR CLEAR-SYNERGY (7 062 personnes) a réparti les gens au hasard pour qu'ils reçoivent 0,5 mg de colchicine ou un placebo environ 27 heures après une intervention coronarienne percutanée. À 3 ans<sup>18</sup> :
  - ECIM : aucune différence.
  - Mortalité cardiovasculaire ou toutes causes confondues : aucune différence.
  - Diarrhée : 10 % par rapport 7 % (placebo). Nombre nécessaire pour nuire = 28.
  - Limites : L'ECR manque peut-être de puissance en raison de la sous-déclaration des résultats liés aux ECIM durant la pandémie de COVID-19<sup>1,18</sup>.

## CONTEXTE

- Santé Canada a approuvé la colchicine à faible dose pour le traitement de la coronaropathie afin de réduire les événements athérotrombotiques<sup>19</sup>.
- Les lignes directrices canadiennes, européennes et états-uniennes suggèrent le recours à la colchicine à faible dose chez les personnes atteintes d'un syndrome coronarien post-aigu<sup>20-22</sup>.
- Coût (3 mois) : 90 \$ (0,5mg), 25 \$ (0,6 mg)<sup>23</sup>.
- Malgré l'effet neutre constaté par l'ECR CLEAR-SYNERGY, la colchicine semble réduire davantage le risque d'événements cardiovasculaires (p. ex., l'ézétimibe [RRR ~ 6]) ou avoir des effets comparables (p. ex., l'acide acétylsalicylique ou les statines [RRR ~ 25 %]) par rapport à d'autres traitements préventifs<sup>24,25</sup>. Parmi les médicaments susmentionnés, seuls l'ASA et les statines diminuent le risque de mortalité.

## RÉFÉRENCES

1. Samuel M, Berry C, Dubé MP et al. Eur Heart J. 2025 Jul 7;46(26):2552-2563.
2. Ebrahimi F, Ebrahimi R, Beer M et al. Cochrane Database Syst Rev. 2025 Nov 13;11(11):CD014808.
3. Ahmed M, Fahim MAA, Humayun M et al. Catheter Cardiovasc Interv. 2025 Dec;106(7): 3675-3689.
4. Fallahtafti P, Farooqi M, Looha MA et al. BMC Cardiovasc Disord. 2025 Sep 29;25(1):700.
5. Nazmy A, Sobhy A, Elshahat A et al. Curr Probl Cardiol. 2025 Nov;50(11):103169.

## AUTEURS

**Nicolas Dugré**, Pharm. D.,  
M. Sc.  
**Amélie Gravel**, M.D.  
**Danielle Perry**, inf. aut.,  
M. Sc.

*Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.*

6. Hagag AM, Ghanem OA, Khalaf MM et al. *Atherosclerosis*. 2025 Sep;408:120448.
  7. Quishpe M, Sanunga M, Ochoa J et al. *Cureus*. 2025 Jun 20;17(6):e86424.
  8. Naeem F, Tabassum S, Burhan M et al. *Eur J Clin Pharmacol*. 2025 Sep;81(9):1257-1274.
  9. Ballacci F, Giordano F, Conte C et al. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2025 Jul 1;26(7):359-368.
  10. Abdelaziz A, Sobhy A, Nazmy A et al. *Eur J Prev Cardiol*. 2025 Jun 12:zwaf332. doi : 10.1093/eurjpc/zwaf332.
  11. Boracchi P, Marano G, Luconi E et al. *Eur J Intern Med*. 2025 Oct;140:106317.
  12. Huntermann R, Peres de Oliveira J, Barbosa LM, et al. *Heart*. 2025 May 16:heartjnl-2025-325826. doi : 10.1136/heartjnl-2025-325826.
  13. d'Entremont MA, Poorthuis MHF, Fiolet ATL et al. *Eur Heart J*. 2025 Jul 7;46(26):2564-2575.
  14. Tucker B, Tucker WJ, Chung JS et al. *Eur J Prev Cardiol*. 2025 May 16:zwaf302.
  15. Shaikh S, Hamza M, Neppala S et al. *Int J Cardiol*. 2025 Apr 15;425:133045.
  16. Jaiswal V, Deb N, Hanif M et al. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2025 Jan;25(1):83-93.
  17. Younas A, Awan Z, Khan T et al. *Curr Probl Cardiol*. 2025 Jan; 50(1):102878.
  18. Jolly SS, d'Entremont MA, Lee SF et al. *N Engl J Med*. 2025 Feb 13;392(7):633-642.
  19. Pendopharm. Monographie de produit : Myinfla. Montréal, Canada. Août 2021. Lien : <https://pendopharm.com/wp-content/uploads/2022/06/MYINFLA-MP-FR.pdf?x61174>
  20. Société cardiovasculaire du Canada. Post-acute coronary syndrome: Secondary prevention pathway. Octobre 2025. Lien : [CCS-ACS Prevention Pathway Oct-2025.pdf](#). Consulté le 15 janvier 2026.
  21. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ et al. *Eur Heart J*. 2023 Oct 12;44(38):3720-3826.
  22. Rao SV, O'Donoghue ML, Ruel M et al. *Circulation*. 2025 Apr; 151(13):e771-e862.
  23. *PharmaClik [site Web]*. Montréal (Québec): McKesson Canada; 2025. Lien : <https://clients.mckesson.ca/>. Consulté le 19 novembre 2025.
  24. Dugré N, Lindblad AJ, Perry D et al. *Can Fam Physician*. 2023 Oct;69(10):701-711.
  25. Antithrombotic Trialists' Collaboration. *BMJ* 2002; 324(7329):71.
-

## OUTILS POUR LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR



### EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont 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](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). Les articles archivés se trouvent à l'adresse <https://cfpclearn.ca/tools-for-practice-library/?lang=fr>.

*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.*

***Le présent numéro d'Outils pour la pratique a été rédigé par des êtres humains. L'intelligence artificielle peut avoir aidé à la révision ou au formatage, mais rien de plus.***