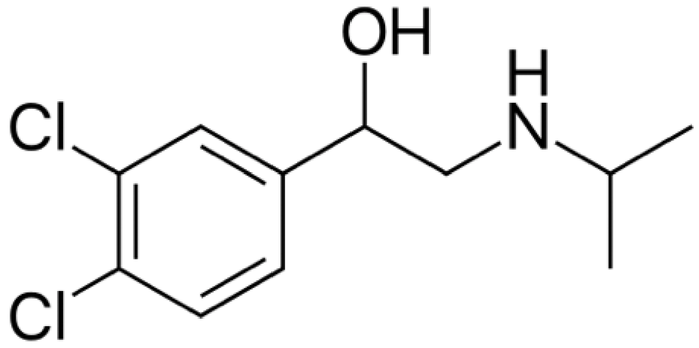
Utilisation des Beta Bloqueurs et de la colchicine en post Infarctus

Quelles sont les données probantes en 2025?



SSVQ
Philippe Gilbert
Novembre 2021

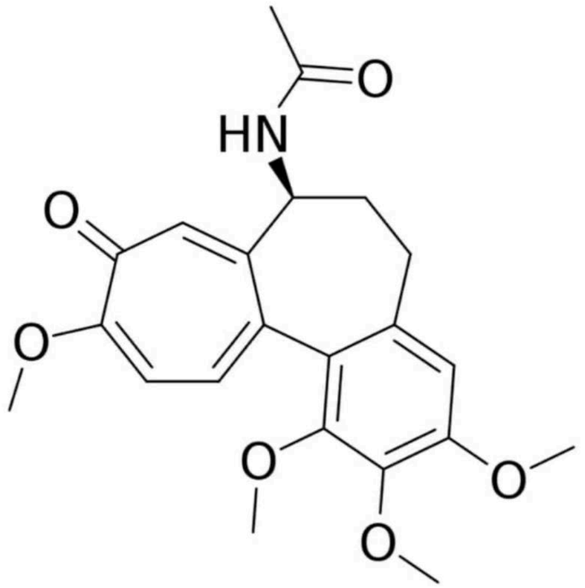
Divulgation: conflit d’intérêt

Aucun

Objectifs de présentation

- Définir la population qui bénéficie d'une utilisation prolongée de BB en post infarctus.

- Définir les bénéfices réels de la colchicine en post infarctus



Retour sur un passé non si lointain

- Patient se présente aux urgence pour DRS depuis plus de 10 heures
  - STEMI antérieur
- Protocole de thrombolyse débuté: rtPA

- Transfert à l'UC avec suivi des signes vitaux
  - Télémétrie: arythmie attendue
  - Echographie cardiaque: FEVG 30%

- Quitte après 1 semaine sans BB
- Maintien Colchicine PRN si goutte

Présent

- Arrivée des ambulanciers avec un STEMI du domicile
  - Moins de 30 minutes du début des symptômes
- Coronaro en moins de 60 minutes
  - Angioplastie de l'IVA proximal avec tuteur
- Transfert à l'UC si lit dispo, sinon étage avec télémétrie
- Echographie: FEVG 50-55%
- Quitte au bout de 48 heures avec … et pour combien de temps?

BB

Propranolol: commercialisé en 1964

Bénéfices d’une médication

- Augmentation
  - Survie
  - Qualité de vie



- Effets secondaires

- Diminution
  - Évènements néfastes

- Jeunes
  - Fatigue
  - Baisse tolérance à l’effort
- Âgés
  - HTO

Littérature

Syndrome coronarien aigu : STEMI

- La très grande majorité des études sur les BB remontent à l'ère Pré-Reperfusion (1980)
  - Utilisation précoce des BB dans le STEMI
    - Diminution de mortalité de 20%

Population non revascularisée avec FEVG meurtrie

Littérature

Syndrome coronarien aigu : STEMI

- Études à l'ère de la reperfusion par thrombolyse (1990-2000)
  - Diminution des arythmies ventriculaires
  - Diminution de la récidive d'infarctus

FeVG variable

- Peu de donnée sur les bénéfices des BB
  - Post-angioplastie et FEVG préservée au départ

Population actuelle

Littérature

Syndrome coronarien aigu : NSTEMI

- Jusqu’à récemment…
    - Aucune étude robuste ne traitant des bénéfices des BB dans le NSTEMI

Lignes directrices

Européennes

2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) FREE

Robert A Byrne ✉, Xavier Rossello, J J Coughlan, Emanuele Barbato, Colin Berry, Alaide Chieffo, Marc J Claeys, Gheorghe-Andrei Dan, Marc R Dweck, Mary Galbraith ...

BB

syndrome coronarien aigue

Beta-blockers		
Beta-blockers are recommended in ACS patients with LVEF ≤40% regardless of HF symptoms.[801,870–872]	I	A
Routine beta-blockers for all ACS patients regardless of LVEF should be considered.[798,873–878]	IIa	B

Lignes directrices

Nord américaine

2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines

Sunil V. Rao, MD, FACC, FSCAI, Michelle L. O'Donoghue, MD, MPH, FACC, FAHA, Marc Ruel, MD, MPH, FACC, FAHA, Tanveer Rab, MD, FACC, MSCAI, Jaqueline E. Tamis-Holland, MD, FACC, FAHA, FSCAI, John H. Alexander, MD, MHS, FACC, FAHA, Usman Baber, MD, MS, FACC, FSCAI,

BB

syndrome coronarien aigue

Recommendation for Beta-Blocker Therapy Referenced studies that support recommendation are summarized in the Evidence Table.		
COR	**LOE**	**Recommendation**
1	A	**1.** In patients with ACS without contraindications, early (<24 hours) initiation of oral beta-blocker therapy is recommended to reduce risk of reinfarction and ventricular arrhythmias.[1–5]

BB et FEVG préservée

REDUCE-AMI

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Beta-Blockers after Myocardial Infarction and Preserved Ejection Fraction

T. Yndigegn, B. Lindahl, K. Mars, J. Alfredsson, J. Benatar, L. Brandin, D. Erlinge, O. Hallen, C. Held, P. Hjalmarsson, P. Johansson, P. Karlström, T. Kellerth, T. Marandi, A. Ravn-Fischer, J. Sundström, O. Östlund, R. Hofmann, and T. Jernberg, for the REDUCE-AMI Investigators*

Avril 2024

REDUCE-AMI

Randomisée - non aveugle

- Population
  - 5020 patients
  - Suivi médian : 3.5 ans
  - Âge médian : 65 ans

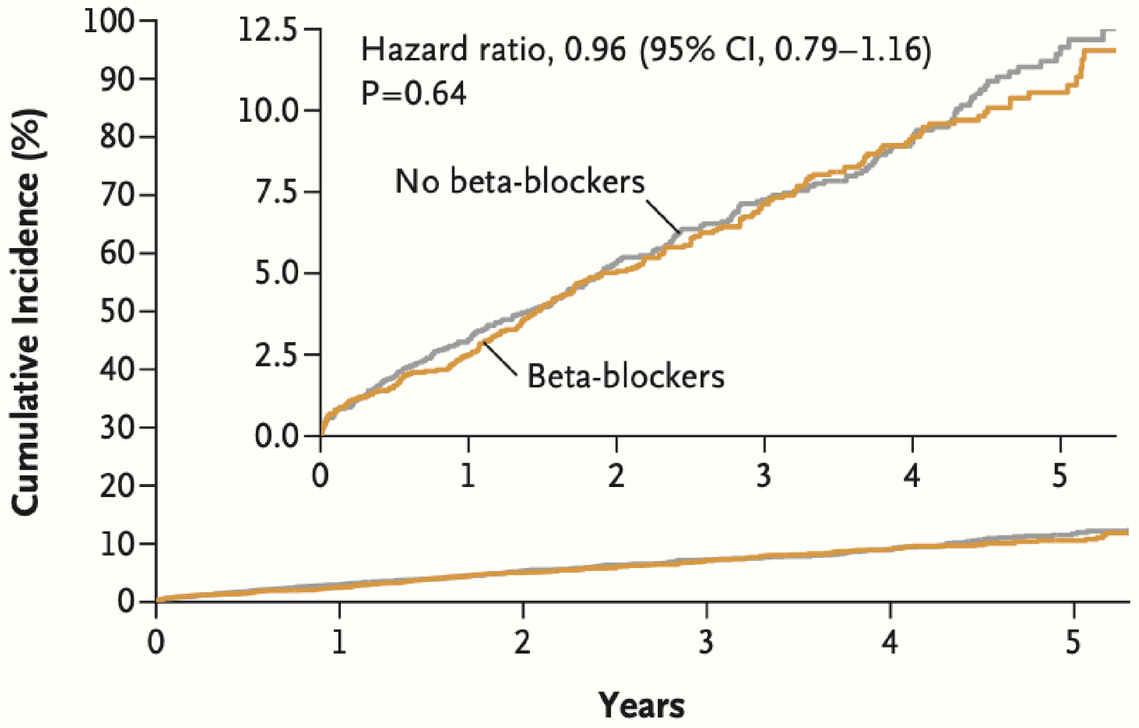
- Population
  - Infarctus du myocarde
    - STEMI - 35%
  - Coronarographie
    - Angioplastie - 95.5%
  - FeVG > 50%

REDUCE-AMI

- Évènements primaires
  - Mortalité toute cause ou récidive infarctus
  - BB
    - 60% Metoprolol
    - 40% Bisoprolol

Résultats

A **Death from Any Cause or New Myocardial Infarction (primary end point)**

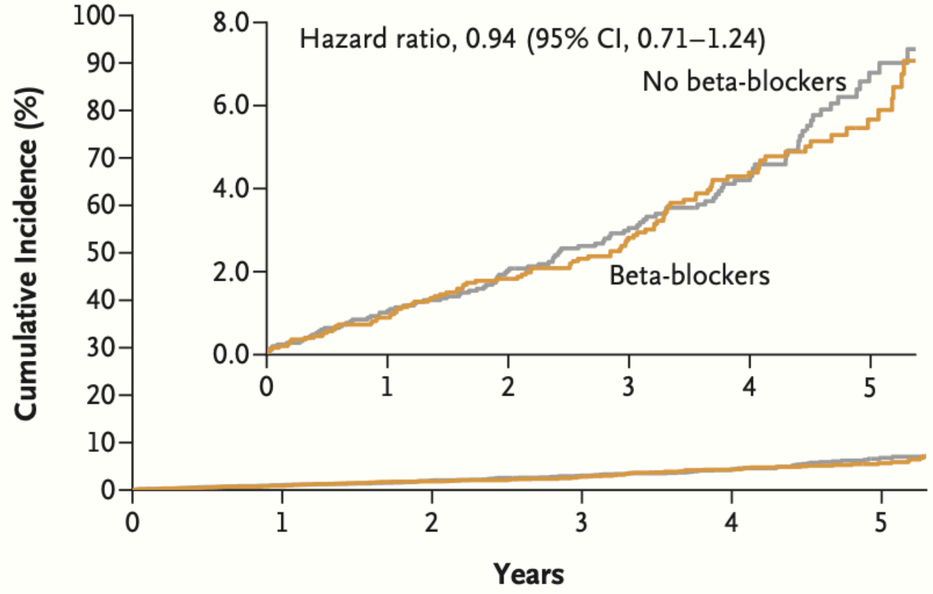


No. at Risk

No beta-blockers	2512	2299	1898	1417	963	416
Beta-blockers	2508	2311	1911	1422	975	422

Résultats

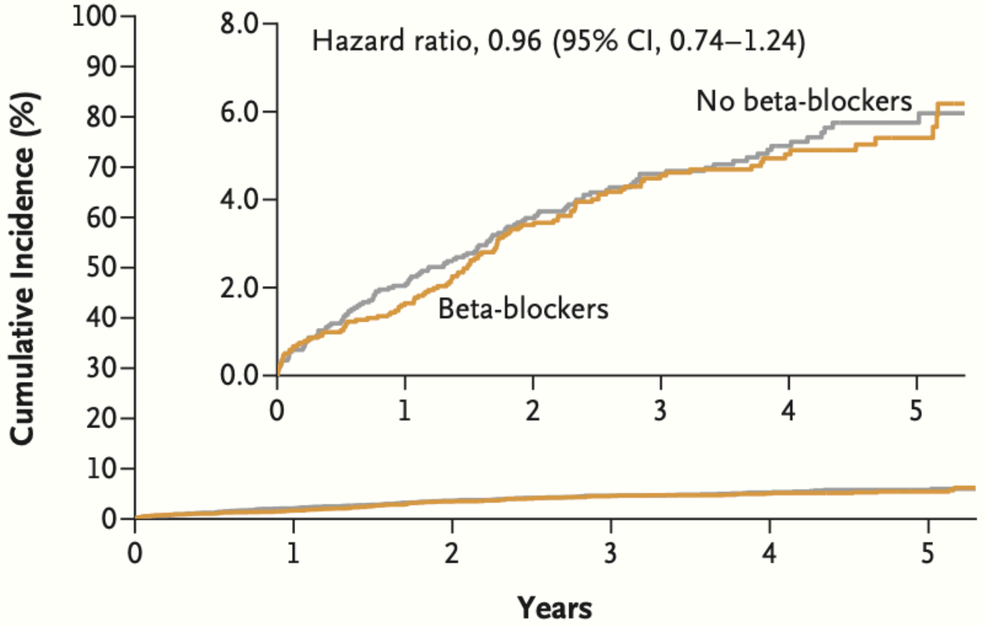
B **Death from Any Cause**



No. at Risk

No beta-blockers	2512	2342	1965	1482	1017	437
Beta-blockers	2508	2351	1976	1495	1026	444

C **New Myocardial Infarction**



No. at Risk

No beta-blockers	2512	2320	1932	1465	1008	452
Beta-blockers	2508	2331	1945	1468	1023	456

Durée de traitement BB

Post-IDM

- Étude suédoise : 43618 patients
  - Cohorte observationnelle rétrospective
  - Établi en lien d’association et non de causalité
  - Utilisation des BB post-IDM au delà d’un 1 an n’améliore pas les évènements cardiaques
    - FeVG > 50% - sans insuffisance cardiaque - sans diurétique de l’anse

Heart. 2023 May 2;109(15):1159–1165

Le degré d’association





Durée de traitement BB

ABYSS

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 OCTOBER 10, 2024 VOL. 391 NO. 14

Beta-Blocker Interruption or Continuation after Myocardial Infarction

J. Silvain, G. Cayla, E. Ferrari, G. Range, E. Puymirat, N. Delarche, P. Guedeney, T. Cuisset, F. Ivanes, T. Lhermusier, T. Petroni, G. Lemesle, F. Bresoles, J.-N. Labeque, T. Pommier, J.-G. Dillinger, F. Leclercq, F. Boccara, P. Lim, T. Besseyre des Horts, T. Fourme, F. Jourda, A. Furber, B. Lattuca, N. Redjimi, C. Thuaire, P. Deharo, N. Procopi, R. Dumaine, M. Slama, L. Payot, M. El Kasty, K. Aacha, A. Diallo, E. Vicaut, and G. Montalescot, for the ABYSS Investigators of the ACTION Study Group*

ABYSS

Randomisée non aveugle - non infériorité

- Population
  - 3698 patients
  - Suivi médian : 3 ans
  - Temps médian arrêt post-IDM 2.9 ans

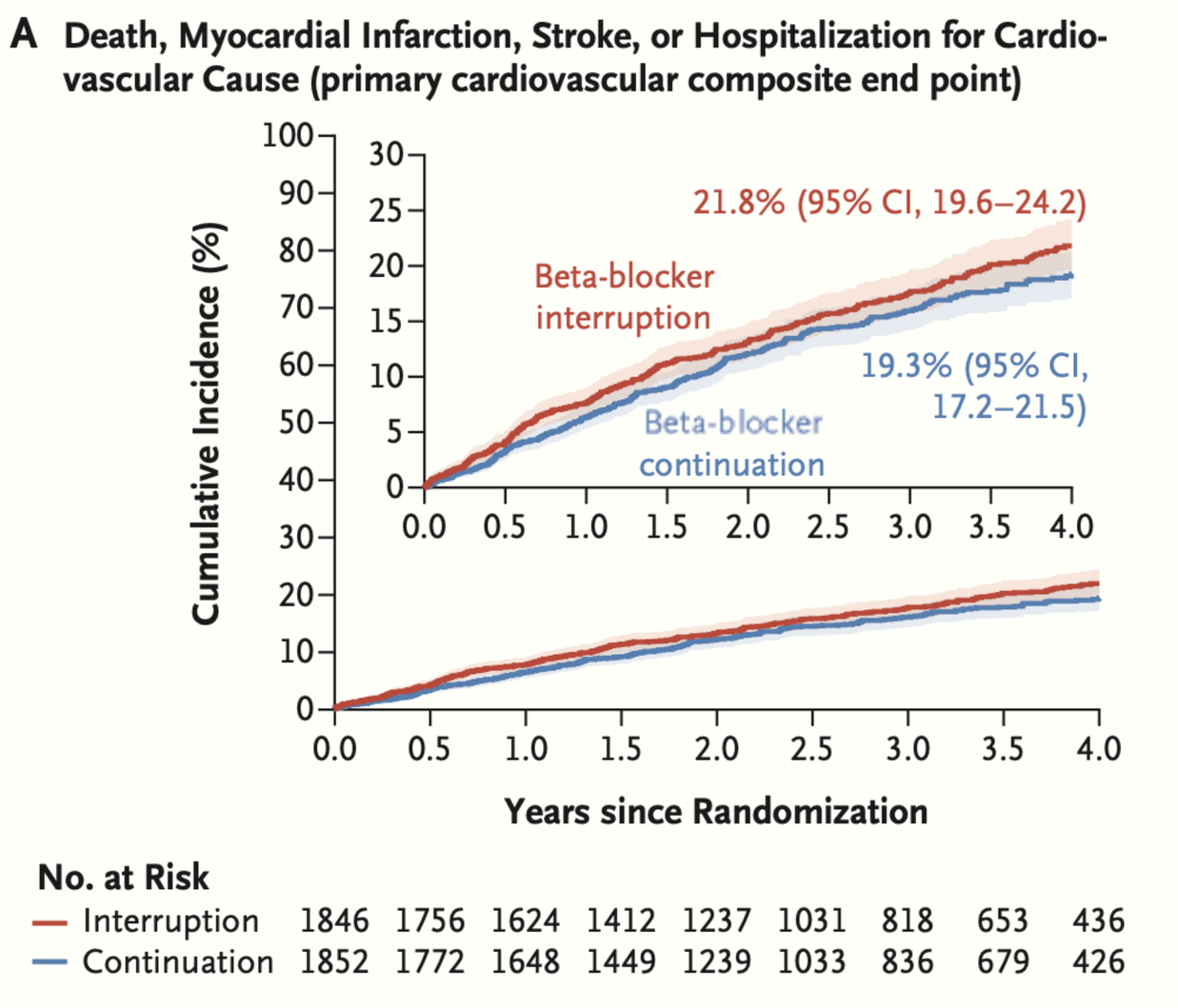
- Population
  - Infarctus du myocarde
    - STEMI - 67%
  - Coronarographie
    - Angioplastie - > 96%
    - Revasc complète - > 91%

ABYSS

- Évènements primaires: COMPOSÉ
  - Mortalité toute cause
  - Infarctus non fatal
  - AVC non fatal
  - Hospitalisation pour toute cause cardiaque

- BB
  - 71% Bisoprolol

ABYSS


A Death, Myocardial Infarction, Stroke, or Hospitalization for Cardiovascular Cause (primary cardiovascular composite end point)
Cumulative Incidence (%)
21.8% (95% CI, 19.6–24.2)
Beta-blocker interruption
19.3% (95% CI, 17.2–21.5)
Beta-blocker continuation
Years since Randomization
No. at Risk
Interruption 1846 1756 1624 1412 1237 1031 818 653 436
Continuation 1852 1772 1648 1449 1239 1033 836 679 426

Conclusion

BB post infarctus

- ATTENDU avec FEVG 40% et moins
  - Augmente la survie



Conclusion

BB post infarctus

- RECOMMANDÉ précocement chez ceux sans contre-indication
  - Diminue les arythmies ventriculaires
  - Diminue les récidives d'infarctus



  - Non revascularisé
    - FeVG limite (40-50%) avec revascularisation (études en cours)
      - FeVG > 50% avec revascularisation complète



Conclusion

Durée d’utilisation

- Long Terme
  - FEVG 40% et moins
  - Non revascularisé

- Revascularisation complète
  - Et FeVG > 50%: sécuritaire de le cesser même à *court terme*
  - FeVG 40-50%: pas de données actuellement

Colchicine

Historique

Effect of colchicine (0.5 mg twice daily) on high-sensitivity C-reactive protein independent of aspirin and atorvastatin in patients with stable coronary artery disease

Mark Nidorf [1], Peter L Thompson

Am J Cardi.ol. 2007 Mar 15;99(6):805-7

Colchicine use is associated with decreased prevalence of myocardial infarction in patients with gout

Daria B Crittenden [1], R Aaron Lehmann, Laura Schneck, Robert T Keenan, Binita Shah, Jeffrey D Greenberg, Bruce N Cronstein, Steven P Sedlis, Michael H Pillinger

J Rheumatol. 2012;39:1458–1464.

Colchicine

syndrome coronarien aigue

Anti-inflammatory drugs		
Low-dose colchicine (0.5 mg once daily) may be considered, particularly if other risk factors are insufficiently controlled or if recurrent cardiovascular disease events occur under optimal therapy.[850,851]	IIb	A

2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) FREE

Robert A Byrne ✉, Xavier Rossello, J J Coughlan, Emanuele Barbato, Colin Berry, Alaide Chieffo, Marc J Claeys, Gheorghe-Andrei Dan, Marc R Dweck, Mary Galbraith ...

Colchine post-IDM

COLCOT

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 DECEMBER 26, 2019 VOL. 381 NO. 26

Efficacy and Safety of Low-Dose Colchicine after Myocardial Infarction

Jean-Claude Tardif, M.D., Simon Kouz, M.D., David D. Waters, M.D., Olivier F. Bertrand, M.D., Ph.D., Rafael Diaz, M.D., Aldo P. Maggioni, M.D., Fausto J. Pinto, M.D., Ph.D., Reda Ibrahim, M.D., Habib Gamra, M.D., Ghassan S. Kiwan, M.D., Colin Berry, M.D., Ph.D., José López-Sendón, M.D., Petr Ostadal, M.D., Ph.D., Wolfgang Koenig, M.D., Denis Angoulvant, M.D., Jean C. Grégoire, M.D., Marc-André Lavoie, M.D., Marie-Pierre Dubé, Ph.D., David Rhainds, Ph.D., Mylène Provencher, Ph.D., Lucie Blondeau, M.Sc., Andreas Orfanos, M.B., B.Ch., Philippe L. L'Allier, M.D., Marie-Claude Guertin, Ph.D., and François Roubille, M.D., Ph.D.

COLCOT

Randomisée - Double Insu

- Population
  - 4745 patients
  - Infarctus du myocarde
    - < 30 jours
    - 93% revascularisation PCI
- Placébo vs Colchcine 0.5 mg die

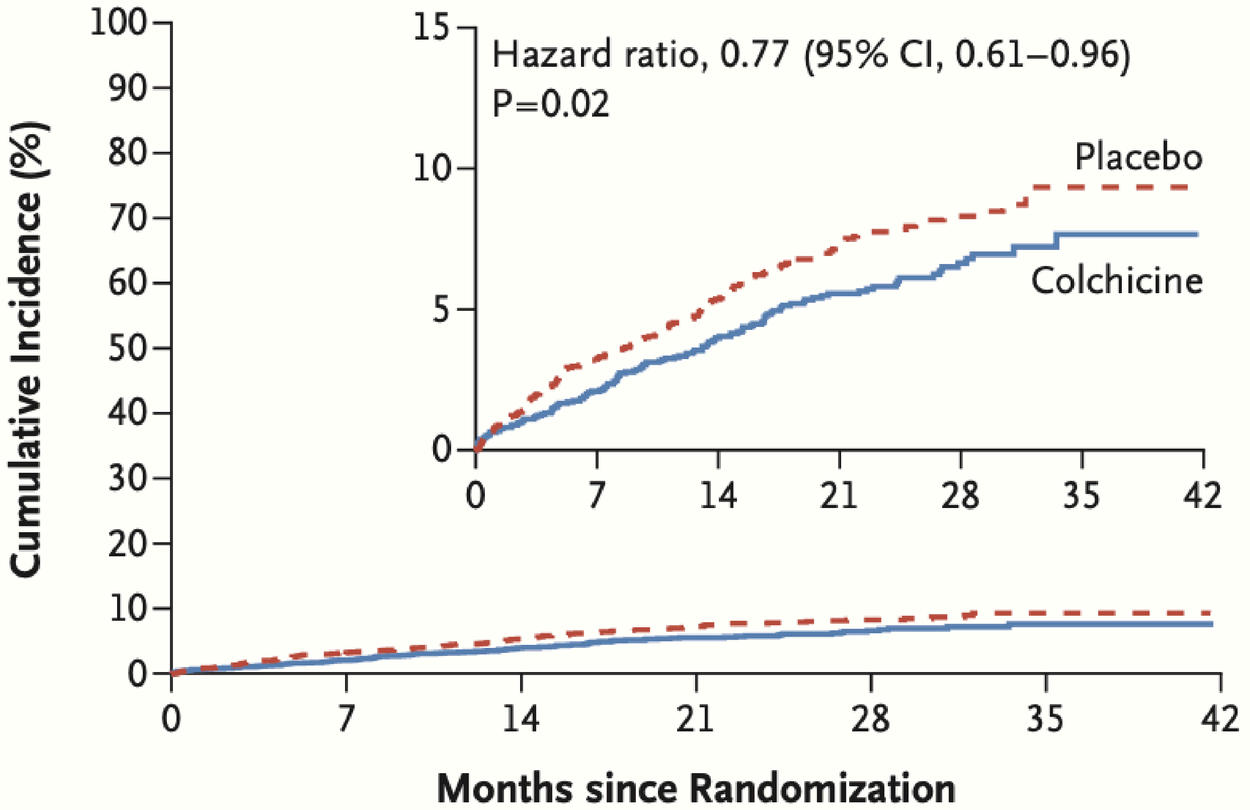
- Population
  - Suivi médian : 22.6 MOIS
  - Âge médian : 60 ans

COLCOT

- Évènements primaires: COMPOSÉ
  - Mortalité cardiaque
  - Infarctus
  - Mort subite réanimé
  - AVC
  - Hospitalisation pour angine - revascularisation

- BB
  - 89%

COLCOT



No. at Risk							
Placebo	2379	2261	1854	1224	622	144	0
Colchicine	2366	2284	1868	1230	628	153	0

AVC

Hospitalisation

Colchicine

syndrome coronarien aigue

Recommendation for Use of Chronic Colchicine
Referenced studies that support recommendation are summarized in the Evidence Table.

COR	LOE	Recommendation
2b	B-R	1. In patients after ACS, low-dose colchicine may be reasonable to reduce risk of MACE.[1–5]

CLEAR non cité

2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines

Sunil V. Rao, MD, FACC, FSCAI, Michelle L. O'Donoghue, MD, MPH, FACC, FAHA, Marc Ruel, MD, MPH, FACC, FAHA, Tanveer Rab, MD, FACC, MSCAI, Jaqueline E. Tamis-Holland, MD, FACC, FAHA, FSCAI, John H. Alexander, MD, MHS, FACC, FAHA, Usman Baber, MD, MS, FACC, FSCAI,

Colchine IDM aigu

CLEAR

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 FEBRUARY 13, 2025 VOL. 392 NO. 7

Colchicine in Acute Myocardial Infarction

S.S. Jolly,[1,2] M.-A. d'Entremont,[1,2,3] S.F. Lee,[1,2] R. Mian,[1,2] J. Tyrwhitt,[1] S. Kedev,[4] G. Montalescot,[5] J.H. Cornel,[6,7,8] G. Stanković,[9] R. Moreno,[10] R.F. Storey,[11,12] T.D. Henry,[13] S.R. Mehta,[1,2] M. Bossard,[14] P. Kala,[15] J. Layland,[16,17] B. Zafirovska,[4] P.J. Devereaux,[1,2] J. Eikelboom,[1,2] J.A. Cairns,[18] B. Shah,[19,20] T. Sheth,[1,2] S.K. Sharma,[21] W. Tarhuni,[22] D. Conen,[1,2] S. Tawadros,[1] S. Lavi,[23] and S. Yusuf,[1] for the CLEAR Investigators*

CLEAR

Randomisée - Double Insu

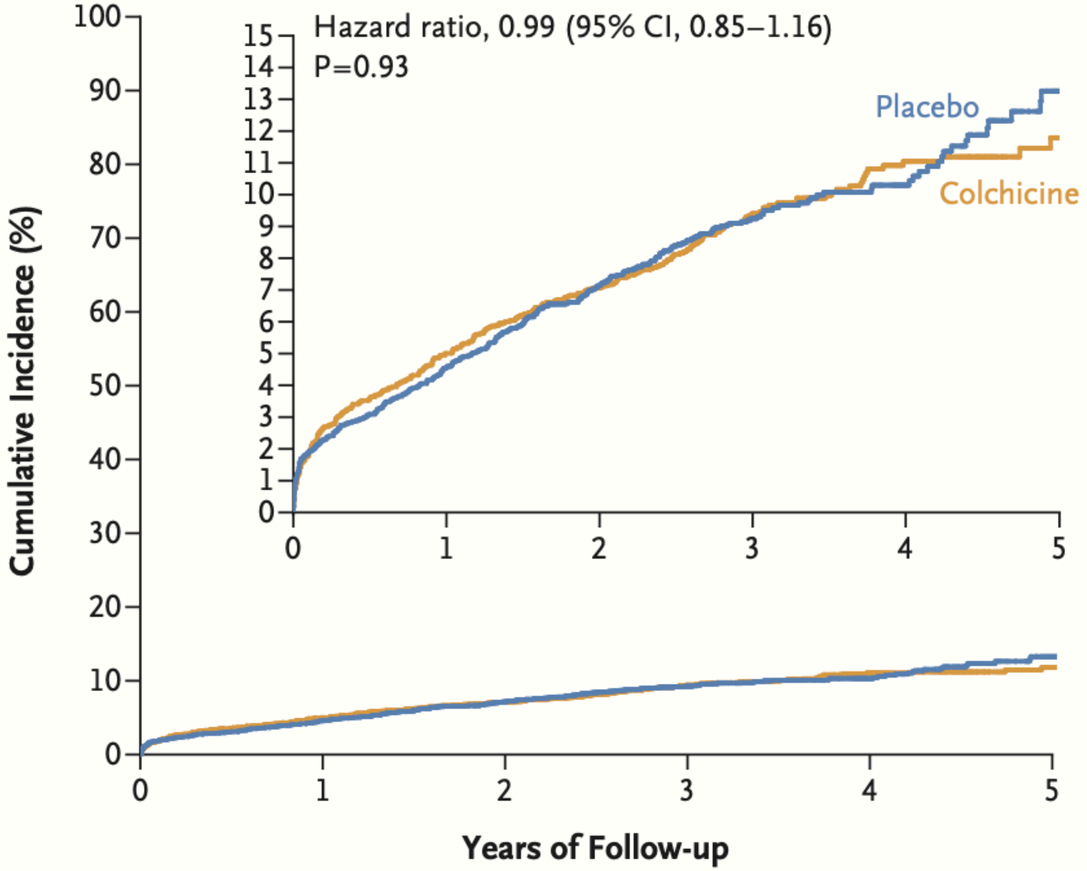
- Population
  - 7062 patients
  - Infarctus du myocarde
    - STEMI 95%
    - 96% revascularisation PCI
- Placébo vs Colchcine 0.5 mg die

- Population
  - Randomisation médiane: 26.8 hres
  - Suivi médian : 2.98 ans
  - Âge médian : 60 ans

CLEAR

- Évènements primaires: COMPOSÉ
  - Mortalité cardiovasculaire
  - Infarctus
  - AVC
  - Récidive d’angine - revascularisation

CLEAR



No. at Risk

Colchicine	3528	3329	2688	1686	697	183
Placebo	3534	3349	2683	1674	659	163

Conclusion

Colchine post-IDM

- Peu de bénéfices cardiovasculaires à débuter la colchicine post-IDM chez une population revascularisée

11.4. Use of Chronic Colchicine e831
11.5. Immunization e832
12. Evidence Gaps and Future Directions e832
References e834
Appendix 1 e857