

Points de repère du rédacteur

► Se tenir au fait de l'immense quantité de nouvelles publications scientifiques pertinentes aux soins primaires représente un défi considérable. Les auteurs de cette revue font la synthèse des 10 principaux sujets (et de 5 suivants par ordre d'importance) en 2020 qui, selon eux, pourraient avoir une influence significative sur l'exercice de la médecine familiale complète et globale.

► Au nombre des sujets figurent la prophylaxie par antibiotiques à la suite d'un accouchement vaginal opératoire; les agents de deuxième intention pour les patients diabétiques; la gabapentine pour les troubles liés à la consommation d'alcool; les bas de contention pour la cellulite récurrente; les recommandations des lignes directrices pour la prise en charge de la dyslipidémie; le jeûne intermittent par rapport à des repas à heures régulières pour la perte pondérale; la vitamine C ajoutée aux suppléments de fer; la combinaison d'antiacides et de lidocaïne en comparaison d'antiacides seuls pour la douleur épigastrique; la dapagliflozine pour la néphropathie chronique; et l'empagliflozine chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

► Parmi les sujets additionnels, il y a l'abstinence de l'alcool dans les cas de fibrillation auriculaire, le curcuma pour l'arthrose, la vitamine D pour les enfants et d'autres indications, la physiothérapie au lieu des injections de stéroïdes pour l'arthrose du genou et la colchicine pour la coronaropathie.

Principales études pertinentes aux soins primaires en 2020

De l'équipe du groupe PEER

Betsy Thomas BScPharm Samantha Moe PharmD ACPR Christina S. Korownyk MD CCFP
Adrienne J. Lindblad PharmD ACPR Michael R. Kolber MD CCFP MSc
Jamison Falk PharmD Allison Paige MD CCFP Jennifer Potter MD CCFP
Anthony Train MBChB MSc CCFP Justin Weresch MD CCFP G. Michael Allan MD CCFP FCFP

Résumé

Objectif Faire la synthèse d'études de grande qualité sur 10 sujets, publiées en 2020, qui sont d'une grande pertinence pour la pratique des soins primaires.

Sélection des données probantes La sélection des études s'est faite à la suite d'une surveillance systématique de la littérature scientifique par un groupe de professionnels de la santé en soins primaires. Les résumés de revues à fort impact et les EvidenceAlerts ont été dépouillés, de même que l'American College of Physicians Journal Club.

Message principal Au nombre des articles en 2020 qui influenceront fort probablement la pratique des soins primaires figurent ceux portant sur les questions suivantes: l'antibioprophylaxie réduit-elle les infections maternelles à la suite d'un accouchement vaginal opératoire? Quel agent de deuxième intention après la metformine réduit les risques cardiovasculaires chez les patients diabétiques? La gabapentine est-elle efficace pour les troubles liés à la consommation d'alcool? Les bas de contention préviennent-ils la cellulite récurrente? Le jeûne intermittent est-il supérieur à des repas à heures régulières pour perdre du poids? La vitamine C ajoutée aux suppléments de fer augmente-t-elle plus l'hémoglobine que le fer seul? Les combinaisons d'antiacides et de lidocaïne sont-elles supérieures aux antiacides seuls pour la douleur épigastrique? La dapagliflozine améliore-t-elle les issues rénales et cardiovasculaires dans les cas de néphropathie chronique? L'empagliflozine améliore-t-elle les résultats cardiovasculaires chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque? Cinq sujets d'intérêt additionnels sont aussi passés brièvement en revue.

Conclusion La recherche a produit en 2020 plusieurs études de grande qualité sur le diabète et les maladies cardiovasculaires, de même que sur divers autres problèmes pertinents en soins primaires, comme les accouchements vaginaux opératoires, les troubles liés à la consommation d'alcool, la perte pondérale et l'œdème chronique des jambes.

Un nombre impressionnant d'études pertinentes aux soins primaires sont publiées chaque année, ce qui rend difficile la tâche des médecins de famille qui veulent se tenir au fait des plus récentes publications. Nous avons résumé les 10 principaux sujets d'articles publiés en 2020, de même que 5 autres par ordre d'importance, susceptibles d'être utiles aux médecins qui ont une pratique de médecine familiale complète et globale.

Sélection des données probantes

L'équipe PEER (Patients, Expérience, Évidence, Recherche) a recensé des études à la suite d'un dépouillement systématique de la table des matières de revues médicales influentes (p. ex., *New England Journal of Medicine* et *Lancet*).

Nous avons aussi passé en revue périodiquement EvidenceAlerts¹ et l'American College of Physicians Journal Club, qui mettent tous 2 en évidence des articles bien cotés en rapport avec les soins primaires. Notre équipe a ensuite classé les études par ordre de priorité. Tous les résultats sont statistiquement significatifs, à moins d'indications contraires.

Message principal

L'antibioprophylaxie réduit-elle les infections maternelles à la suite d'un accouchement vaginal opératoire?

Réponse: Une dose unique par voie intraveineuse d'amoxicilline et d'acide clavulanique, administrée dans les 6 heures suivant un accouchement opératoire (assisté par ventouses ou forceps), a réduit les infections maternelles, les problèmes périnéaux, les visites en soins de santé et les coûts².

Méthodes: Une étude randomisée contrôlée (ERC), financée par le secteur public, multicentrique et en aveugle, portait sur 3427 femmes (âge moyen de 30 ans) qui ont donné naissance à 36 semaines ou plus tard par accouchement assisté par forceps ou ventouses. Les femmes ont été choisies aléatoirement pour recevoir une seule dose d'amoxicilline et d'acide clavulanique (1 g et 200 mg) par intraveineuse (IV) ou une solution saline par IV dans les 6 heures suivant l'accouchement. Le principal paramètre était une infection maternelle confirmée ou suspectée dans les 6 semaines après l'accouchement.

Résultats: L'administration d'une antibioprophylaxie dans les 6 heures suivant l'accouchement a réduit significativement le taux d'infections maternelles, se situant à 11% contre 19% dans le groupe avec placebo, lors du suivi après 6 semaines (risque relatif de 0,58; IC à 95% de 0,49 à 0,69; nombre de sujets à traiter [NST] de 13). Moins de femmes traitées aux antibiotiques ont ressenti des douleurs périnéales (46 c. 55%), ont connu une détérioration de la plaie (11 c. 21%) ou ont consulté en soins primaires en raison de problèmes périnéaux (28 c. 38%). Des économies de 53 £ (environ 93 \$) ont été réalisées par patiente du groupe traité aux antibiotiques.

Quel agent de deuxième intention après la metformine réduit les risques cardiovasculaires chez les patients diabétiques?

Réponse: Après la metformine, les agonistes du glucagonlike peptide 1 (GLP1) ou les inhibiteurs du cotransporteur du sodium-glucose de type 2 (SGLT2) devraient être envisagés comme agents de deuxième intention pour réduire les risques cardiovasculaires. Les 2 classes réduisent les résultats cardiovasculaires défavorables, surtout chez les patients à risque plus élevé.

Méthodes: Deux nouvelles revues ont examiné les effets de médicaments pour le diabète sur les issues cardiovasculaires: une revue d'ensemble portant sur 36 revues systématiques et 31 nouvelles ERC³, et une

revue systématique de 453 ERC sur 21 médicaments de 9 classes différentes avec une méta-analyse en réseau⁴.

Résultats: Chez les patients à faible risque cardiovasculaire, les agonistes du GLP1 et les inhibiteurs du SGLT2 ont réduit les infarctus du myocarde, et les agonistes du GLP1 ont aussi diminué les décès⁴. Cependant, la confiance envers ces constatations a été cotée comme étant faible. Les sulfonylurées ont aggravé la rétinopathie diabétique⁴.

Chez les patients à risque cardiovasculaire élevé, les agonistes du GLP1 et les inhibiteurs du SGLT2 ont réduit la mortalité et les décès de causes cardiovasculaires; les agonistes du GLP1 ont aussi réduit les AVC, et les inhibiteurs du SGLT2 ont fait baisser les hospitalisations pour insuffisance cardiaque⁴.

Par rapport au placebo, les inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase 4 (DDP4), les sulfonylurées, l'acarbose et l'insuline n'avaient pas d'effets sur les issues cardiovasculaires³. La pioglitazone a réduit les incidents cardiovasculaires, les infarctus du myocarde et les AVC combinés, mais a augmenté le risque d'insuffisance cardiaque³. La metformine a probablement réduit le risque d'incidents cardiovasculaires indésirables majeurs³. Chez les patients qui prenaient de la metformine, on a observé un risque accru d'hypoglycémie sévère avec l'insuline et les sulfonylurées⁴.

La gabapentine est-elle efficace pour les troubles liés à la consommation d'alcool?

Réponse: La gabapentine peut prévenir une récurrence de la consommation chez les patients souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool, surtout chez ceux qui ont de graves symptômes de sevrage⁵.

Méthodes: Une ERC à double insu de 16 semaines (N=90) a comparé les effets de la gabapentine (jusqu'à 1200 mg/j) et d'un placebo sur le nombre de jours de forte consommation (>5 consommations standards/j) et la relation entre les symptômes de sevrage de l'alcool et la réponse au médicament. Les patients étaient des adultes (âge moyen de 50 ans, 77% d'hommes, moyenne de 11 consommations/j) ayant des troubles liés à la consommation d'alcool, qui avaient signalé des symptômes de sevrage de l'alcool actuels ou antérieurs.

Résultats: Après 16 semaines, 27% des participants qui prenaient de la gabapentine n'ont pas eu de jours de forte consommation par rapport à 9% dans le groupe avec placebo (NST=5). L'abstinence totale était aussi plus élevée dans le groupe avec la gabapentine (18 c. 4%, NST=7). Les patients qui avaient signalé des symptômes de sevrage plus graves ont bénéficié davantage du traitement (moins de récurrences à une forte consommation, NST=3; et plus d'abstinence complète, NST=3) que ceux qui avaient des symptômes de sevrage moins sévères. Des étourdissements de légers à modérés étaient plus fréquents dans le groupe prenant de la gabapentine que dans celui avec le placebo (57 c. 33%, nombre nécessaire pour nuire de 5).

Les bas de contention préviennent-ils la cellulite?

Réponse: Chez les patients ayant des antécédents de cellulite récurrente et d'œdème chronique des jambes, les bas de contention ont réduit les épisodes de cellulite récurrente (15 c. 40% après 6 mois)⁶.

Méthodes: Une étude randomisée sans insu (N=84) comparait le port de bas de contention et une éducation sur la prévention de la cellulite (p. ex., soins de la peau, exercice) avec une intervention éducative seulement. Les participants avaient un œdème chronique des jambes, à raison de 2 épisodes de cellulite en moyenne durant les 2 années précédentes (âge moyen de 64 ans, indice de masse corporelle moyen de 41 kg/m²). Pour la plupart, les bas étaient à la hauteur du genou et semblaient de classe 2 (23 à 32 mm Hg) ou plus élevée.

Résultats: L'étude a été arrêtée précocement en raison de l'efficacité de l'intervention. Après 6 mois, 15% des participants dans le groupe de l'intervention avaient souffert du principal paramètre de l'étude, soit une cellulite récurrente, par rapport à 40% dans le groupe témoin (NNT=4). Les porteurs de bas ont signalé une augmentation de 8 points (sur une échelle de 100) dans leur qualité de vie, probablement une différence cliniquement significative. Le volume des jambes était réduit avec les bas, alors que ce n'était pas le cas avec l'intervention éducative seulement (-4.3 c. +1.3%). Chez les participants choisis aléatoirement pour porter des bas de contention, 88% ont signalé les porter 4 jours ou plus par semaine. Aucun effet indésirable n'a été rapporté.

Quelles sont les plus récentes recommandations sur la prise en charge de la dyslipidémie pour réduire le risque de maladies cardiovasculaires (MCV) publiées par le ministère des Anciens combattants et le ministère de la Défense des États-Unis?

Réponse: Il est préconisé d'adopter une approche à la prise en charge de la dyslipidémie qui se fonde sur le risque de MCV et sans seuils de lipoprotéines à basse densité (LDL), à la suite d'une prise de décision partagée. Les stratégies thérapeutiques fondamentales préconisées comportent un régime alimentaire sain, une activité physique régulière, et s'il est jugé approprié, des statines à doses modérées⁷.

Méthodes: Les auteurs ont effectué une recherche documentaire systématique dans les publications révisées par des pairs de décembre 2013 à mai 2019 en quête de données probantes portant sur 12 questions clés, en insistant sur les ERC, les revues systématiques et les méta-analyses. Les recommandations ont été classées à l'aide de la méthode GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) et la mortalité due aux MCV était le principal paramètre.

Résultats: Les principales recommandations incluaient ce qui suit. Pour les patients qui ne prennent pas de statines, si les taux de lipides sont mesurés, il faudrait prescrire la mesure sans qu'ils soient à jeun. Les

taux ne devraient pas être mesurés plus souvent qu'aux 10 ans. Il faut répéter l'évaluation des risques de MCV aux 5 ans, ou plus tôt selon le risque. Il y a lieu d'offrir des statines à doses modérées (p. ex., 10 à 20 mg d'atorvastatine) aux patients qui ont un risque de MCV à 10 ans (infarctus du myocarde non fatal, AVC ou coronaropathie) de plus de 12%, un taux de LDL de 4,9 mmol/L ou plus, ou en présence de diabète. On peut offrir des statines à doses modérées aux patients dont le risque de MCV à 10 ans est de 6 à 12% après avoir discuté des risques, des bienfaits et des préférences.

Pour la prévention secondaire, on utilise des statines à doses modérées. Si le patient est à risque élevé (p. ex., incidents récurrents ou maladie artérielle périphérique et tabagisme ou diabète) et consentant, on peut lui offrir des statines à doses élevées et envisager d'autres médicaments comme l'ézétimibe ou l'icosapent (si les taux de triglycérides sont élevés).

Il ne faut pas surveiller systématiquement les taux de lipides ou les seuils ciblés de LDL chez les patients qui prennent des statines.

Il y a lieu d'encourager un régime alimentaire méditerranéen sous la supervision d'une diététicienne et une activité physique d'aérobic régulière, qu'importe l'intensité ou la durée.

Le jeûne intermittent se traduit-il par une plus grande perte pondérale que des repas à heures régulières sans restriction calorique?

Réponse: Le jeûne intermittent et les repas à heures régulières (RHR) se sont traduits par des pertes pondérales semblables et minimales à 12 semaines (0,9 c. 0,7 kg, respectivement)⁸.

Méthodes: Une ERC (116 participants analysés) comparait les repas restreints dans le temps (RRT); une forme de jeûne intermittent selon laquelle on peut manger sans restriction entre midi et 20 h sans autre consommation de calories durant le reste de la journée) et les RHR (3 repas/j à des plages horaires structurées et collations permises). Les participants (âge moyen de 47 ans, 40% de femmes, poids moyen d'environ 100 kg) recevaient des messages au moyen d'une application mobile, leur rappelant les moments où ils pouvaient manger (RRT) ou leur envoyant des rappels comme «les fruits et les légumes sont de saines collations» (RHR). Exception faite de ces messages, aucune autre recommandation concernant le nombre de calories ou le contenu, ou encore l'activité physique n'était faite à l'un ou l'autre groupe.

Résultats: L'adhésion se situait à 92% pour les RHR et à 84% pour les RRT. À 12 semaines, le groupe des RRT avait perdu en moyenne 0,9 kg et le groupe des RHR, 0,7 kg en moyenne, sans différence significative entre les groupes. Sur le plan individuel, les changements pondéraux des participants ont varié considérablement (d'environ 7 à 8 kg de perte pondérale à environ 3 kg de gain pondéral dans les 2 groupes).

La vitamine C ajoutée aux suppléments de fer améliore-t-elle plus l'hémoglobine que le fer seul pour l'anémie ferriprive?

Réponse: Chez les patients souffrant d'anémie ferriprive, des suppléments de fer additionnés de vitamine C ne sont pas plus bénéfiques que le fer seul sur le plan des taux d'hémoglobine⁹.

Méthodes: Dans une ERC sans insu (N=440), des patients adultes atteints d'anémie ferriprive (âge moyen de 38 ans, 97% de femmes, taux d'hémoglobine moyen de 88 g/L) ont été choisis aléatoirement pour recevoir des suppléments de fer par voie orale additionnés de vitamine C (100 mg de succinate ferreux plus 200 mg de vitamine C, 3 fois/j) ou des suppléments de fer seulement.

Résultats: À 2 semaines, l'hémoglobine moyenne a augmenté de 20,0 g/L avec le fer additionné de vitamine C et de 18,4 g/L avec le fer seul, ce qui n'est pas statistiquement différent (différence de 1,6 g/L; IC à 95% de -0,3 à 3,5 g/L). Aucune différence n'a été observée dans les taux d'hémoglobine, qu'importe le moment de la mesure, ni dans les taux de ferritine sérique à 8 semaines. Aucune différence entre les groupes n'a été constatée dans les événements indésirables.

Comment les antiacides seuls se comparent-ils avec un cocktail gastro-intestinal pour la douleur épigastrique chez les patients qui se présentent aux services d'urgence?

Réponse: Chez les patients se présentant à l'urgence avec des douleurs épigastriques ou une dyspepsie, les antiacides seuls procuraient un soulagement semblable de la douleur par rapport à une combinaison d'antiacides et de lidocaïne, et ils étaient de texture plus agréable. Il importe d'exclure des causes cardiovasculaires sous-jacentes chez de tels patients¹⁰.

Méthodes: Une ERC à double insu (N=89) comparait les effets des antiacides seuls avec ceux d'une solution à 2% d'antiacides et de lidocaïne et ceux d'un gel visqueux à 2% d'antiacides et de lidocaïne sur les symptômes de douleur épigastrique chez des patients se présentant à l'urgence (âge moyen de 41 ans, 64% de femmes, 21% ayant des antécédents de reflux gastro-œsophagien ou d'ulcère peptique; le score de douleur moyen au départ sur une échelle visuelle analogique [EVA] de 100 mm était de 66). Pour être cliniquement importante, la différence minimale était fixée à une diminution de 13 mm sur l'EVA.

Résultats: À 30 minutes, les antiacides seuls avaient diminué la douleur de 20 mm sur l'EVA, la solution combinée de 17 mm et le gel visqueux combiné de 9 mm. À 60 minutes, tous les groupes avaient atteint la différence minimale pour être cliniquement importante (32 mm pour les antiacides seuls, 26 mm pour la solution et 21 mm pour le gel visqueux). Tant à 30 qu'à 60 minutes, aucune différence statistique n'a été observée entre les groupes. Les patients ont trouvé que les antiacides étaient plus palatables, ayant meilleur goût,

étant moins amers et plus acceptables globalement. Chez les patients participants, 14% ont reçu à leur congé un diagnostic de pathologie cardiovasculaire.

La dapagliflozine améliore-t-elle les issues rénales et cardiovasculaires chez les patients atteints de néphropathie chronique?

Réponse: Chez les patients ayant des antécédents de néphropathie chronique, avec ou sans diabète, 1 patient sur 19 qui prend de la dapagliflozine évitera un événement du paramètre principal en 2,4 ans¹¹.

Méthodes: Une ERC à double insu (N=4304) comparait la dapagliflozine (10 mg/j) avec un placebo chez des patients qui avaient un taux de filtration glomérulaire estimé (TFGe) se situant entre 25 et 75 mL/min/1,73 m² et un ratio albumine/créatinine urinaire de 23 à 565 mg/mmol, avec ou sans diabète (âge moyen de 62 ans, 33% de femmes; 75% avaient un TFGe de 30 à <60 mL/min/1,73 m²; 68% souffraient de diabète).

Résultats: Le paramètre principal était un composite de déclin soutenu de 50% dans le TFGe, de néphropathie en phase terminale (dialyse pendant ≥28 j, transplantation de rein), de TFGe soutenu de <15 mL/min/1,73 m², ou de décès de causes rénales ou cardiovasculaires. Le paramètre principal s'est produit chez 9,2% de ceux qui prenaient de la dapagliflozine et 14,5% de ceux prenant un placebo sur une période de 2,4 ans (NST=19). Les bienfaits étaient semblables chez les patients ayant ou non le diabète. Les issues additionnelles favorisant la dapagliflozine étaient la réduction de la néphropathie en phase terminale (5,1 c. 7,5% pour le placebo; NST=42), le décès toutes causes confondues (4,7 c. 6,8%; NST=48), et le paramètre mixte d'insuffisance cardiaque, d'hospitalisation et de décès cardiovasculaire (4,6 c. 6,4%; NST=56).

L'empagliflozine réduit-elle les incidents cardiovasculaires chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque?

Réponse: Chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique et ayant une fraction d'éjection réduite, l'ajout de l'empagliflozine à la thérapie standard réduit le risque d'hospitalisations, que le diabète soit ou non présent¹².

Méthodes: Une ERC à double insu (N=3730) comparait l'empagliflozine (10 mg) avec un placebo chez des patients ayant une insuffisance cardiaque (âge moyen de 67 ans, 76% d'hommes; 50% des patients étaient diabétiques; 75% étaient de classe II selon les critères de la New York Heart Association; 73% avaient une fraction d'éjection de ≤30%; et le TFGe moyen était de 62 mL/min/1,73 m²) qui recevaient déjà une thérapie standard pour l'insuffisance cardiaque.

Résultats: À 16 mois, le paramètre mixte principal (décès cardiovasculaire ou hospitalisation pour insuffisance cardiaque) s'est produit moins fréquemment

avec l'empagliflozine (19,4%) par rapport au placebo (24,7%; rapport de risque de 0,75; IC à 95% de 0,65 à 0,86; NST=19), principalement en raison de la réduction dans les hospitalisations. Des bienfaits étaient observés que le diabète soit ou non présent. Les infections génitales étaient plus fréquentes avec l'empagliflozine (17 c. 0,6%; nombre nécessaire pour nuire de 91).

Sujets suivants dans la liste par ordre d'importance (tous appuyés par des ERC)

Abstinence de l'alcool en cas de fibrillation auriculaire: Chez 140 adultes ayant des antécédents de fibrillation auriculaire (FA) qui consommaient régulièrement de l'alcool (≥ 10 consommations/semaine), l'abstinence de boire de l'alcool a réduit significativement la récurrence de la FA, soit à 53% contre 73% dans le groupe témoin (NST=5) sur une période de 6 mois. Les visites à l'hôpital liées à la FA ont aussi connu une réduction à 1 visite pour chaque tranche de 9 personnes en abstinence par rapport à ceux qui ont continué à boire¹³.

Le curcuma pour les douleurs de l'arthrose: Chez 70 adultes souffrant d'arthrose du genou, 63% choisis au hasard pour recevoir 1000 mg of *Curcuma longa* (curcuma) par jour ont été classés comme répondants au traitement (en fonction des améliorations dans la douleur, le fonctionnement et l'évaluation globale) par rapport à 38% chez ceux prenant un placebo (NST = 4). Les événements indésirables n'étaient pas différents d'un groupe à l'autre¹⁴.

La vitamine D pour les enfants et d'autres indications: La vitamine D n'était pas efficace lorsqu'elle était prise en supplément prénatal pour prévenir l'asthme chez les enfants¹⁵. Elle n'était pas efficace non plus pour prévenir les exacerbations de l'asthme chez les enfants dont les taux de vitamine D étaient bas¹⁶, la tuberculose chez les enfants¹⁶, ou la dépression chez les adultes plus âgés¹⁷. La vitamine D (avec calcium) pourrait prévenir la récurrence du vertige positionnel paroxystique bénin, mais des problèmes méthodologiques empêchent d'en arriver à des conclusions définitives¹⁸.

La physiothérapie par rapport aux injections de stéroïdes pour l'arthrose du genou: Chez 156 patients souffrant d'arthrose du genou, la physiothérapie (environ 12 séances) a amélioré davantage la douleur et le fonctionnement que les corticostéroïdes (environ 3 injections) sur une période de 1 an¹⁹.

La colchicine pour la coronaropathie: Chez 5522 adultes ayant une coronaropathie stable, 0,5 mg de colchicine par jour a réduit la survenue d'un paramètre mixte d'événements cardiovasculaires (décès cardiovasculaire, infarctus du myocarde, AVC ischémique ou revascularisation coronarienne) à 6,8% par rapport à 9,6% dans le groupe avec placebo à 29 mois. En dépit de ce bienfait, une tendance (non statistiquement différente) vers une mortalité globale plus élevée a été observée avec la colchicine (2,6 c. 2.2% avec le placebo)²⁰.

M^{me} Thomas est experte en données probantes cliniques au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). La **D^{re} Moe** (PharmD) est experte en données probantes cliniques au CMFC. La **D^{re} Korownyk** est médecin de famille et professeure agrégée au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta à Edmonton. La **D^{re} Lindblad** (PharmD) est experte en chef en données probantes cliniques au CMFC. Le **D^r Kolber** est professeur au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. Le **D^r Falk** (PharmD) est professeur agrégé au Collège de pharmacie à l'Université du Manitoba à Winnipeg. La **D^{re} Paige** est directrice médicale du Kildonan Medical Centre à l'hôpital Seven Oaks General à Winnipeg et chargée de cours à l'Université du Manitoba. La **D^{re} Potter** est médecin de famille au Centre de santé communautaire East End à Toronto (Ontario). Le **D^r Train** est professeur adjoint au Département de médecine familiale de l'Université Queen's à Kingston (Ontario). Le **D^r Weresch** est professeur adjoint de médecine familiale à l'Université McMaster à Hamilton (Ontario). Le **D^r Allan** est directeur des Programmes et du soutien à la pratique au CMFC.

Collaborateurs

Tous les auteurs ont contribué à la revue et à l'interprétation de la littérature scientifique et à la préparation du manuscrit aux fins de présentation.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

M^{me} Betsy Thomas; courriel bthomas@cfpc.ca

Références

1. EvidenceAlerts [site web]. Hamilton, ON: Health Information Research Unit. Accessible à: <https://www.evidencealerts.com>. Réf. du 18 fév. 2021.
2. Knight M, Chiochia V, Partlett C, Rivero-Arias O, Hua X, Hinshaw K et coll. Prophylactic antibiotics in the prevention of infection after operative vaginal delivery (ANODE): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2019;393(10189):2395-403.
3. Zhu J, Yu X, Zheng Y, Li J, Wang Y, Lin Y et coll. Association of glucose-lowering medications with cardiovascular outcomes: an umbrella review and evidence map. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2020;8(3):192-205.
4. Tsapas A, Avgerinos I, Karagiannis T, Malandris K, Manolopoulos A, Andreadis P et coll. Comparative effectiveness of glucose-lowering drugs for type 2 diabetes: a systematic review and network meta-analysis. *Ann Intern Med* 2020;173(4):278-86.
5. Anton RF, Latham P, Voronin K, Book S, Hoffman M, Prisciandaro J et coll. Efficacy of gabapentin for the treatment of alcohol use disorder in patients with alcohol withdrawal symptoms: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2020;180(5):728-36.
6. Webb E, Neeman T, Bowden FJ, Gaida J, Mumford V, Bissett B. Compression therapy to prevent recurrent cellulitis of the leg. *N Engl J Med* 2020;383(7):630-9.
7. O'Malley PG, Arnold MJ, Kelley C, Spacek L, Buelte A, Natarajan S et coll. Management of dyslipidemia for cardiovascular disease risk reduction: synopsis of the 2020 updated U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2020;173(10):822-9. Publ. en ligne du 22 sept. 2020.
8. Lowe DA, Wu N, Rohdin-Bibby L, Moore AH, Kelly N, Liu YE et coll. Effects of time-restricted eating on weight loss and other metabolic parameters in women and men with overweight and obesity: the TREAT randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2020;180(11):1491-9.
9. Li N, Zhao G, Wu W, Zhang M, Liu W, Chen Q et coll. The efficacy and safety of vitamin C for iron supplementation in adult patients with iron deficiency anemia: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open* 2020;3(11):e2023644.
10. Warren J, Cooper B, Jermakoff A, Knott JC. Antacid monotherapy is more effective in relieving epigastric pain than in combination with lidocaine: a randomized double-blind clinical trial. *Acad Emerg Med* 2020;27(9):905-9. Publ. en ligne du 23 juill. 2020.
11. Heerspink HJL, Stefánsson BV, Correa-Rotter R, Chertow GM, Greene T, Hou FF et coll. Dapagliflozin in patients with chronic kidney disease. *N Engl J Med* 2020;383(15):1436-46.
12. Packer M, Anker SD, Butler J, Filippatos G, Pocock SJ, Carson P et coll. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. *N Engl J Med* 2020;383(15):1413-24.
13. Voskoboinik A, Kalman JM, De Silva A, Nicholls T, Costello B, Nanayakkara S et coll. Alcohol abstinence in drinkers with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2020;382(1):20-8.
14. Wang Z, Jones G, Winzenberg T, Cai G, Laslett LL, Aitken D et coll. Effectiveness of *Curcuma longa* extract for the treatment of symptoms and effusion-synovitis of knee osteoarthritis: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2020;173(11):861-9. Publ. en ligne du 15 sept. 2020.
15. Litojua AA, Carey VJ, Laranjo N, Stubbs BJ, Mirzakhani H, O'Connor GT et coll. Six-year follow-up of a trial of antenatal vitamin D for asthma reduction. *N Engl J Med* 2020;382(6):525-33.
16. Ganmaa D, Uyangaa B, Zhou X, Gantssetseg G, Delgerekh B, Enkhmaa D et coll. Vitamin D supplements for prevention of tuberculosis infection and disease. *N Engl J Med* 2020;383(4):359-68.
17. Okereke OI, Reynolds CF 3rd, Mischooulon D, Chang G, Vyas CM, Cook NR et coll. Effect of long-term vitamin D3 supplementation vs placebo on risk of depression or clinically relevant depressive symptoms and on change in mood scores: a randomized clinical trial. *JAMA* 2020;324(5):471-80.
18. Jeong SH, Kim JS, Kim HJ, Choi JY, Koo JW, Choi KD et coll. Prevention of benign paroxysmal positional vertigo with vitamin D supplementation: a randomized trial. *Neurology* 2020;95(9):e1117-25. Publ. en ligne du 5 août 2020.
19. Deyle GD, Allen CS, Allison SC, Gill NW, Hando BR, Petersen EJ et coll. Physical therapy versus glucocorticoid injection for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2020;382(15):1420-9.
20. Nidorf SM, Fiolet ATL, Mosterd A, Eikelboom JW, Schut A, Opstal TSJ et coll. Colchicine in patients with chronic coronary disease. *N Engl J Med* 2020;383(19):1838-47.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

Can Fam Physician 2021;67:e94-8. DOI: 10.46747/cfp.6704e94

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the April 2021 issue on page 255.