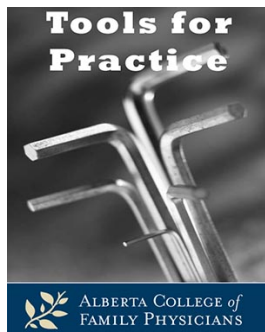


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 000 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

2 septembre 2014



Mélatonine pour dormir : épuisée par d'autres options?

Question clinique : La mélatonine est-elle efficace pour traiter les troubles du sommeil?

Conclusion : La qualité de la recherche sur la mélatonine est généralement faible et comporte un risque élevé de biais. Si les résultats sont crédibles, la mélatonine pourrait accélérer le sommeil (d'environ 10 minutes) et prolonger la durée du sommeil (d'environ 15 minutes); ces deux mesures pourraient avoir une valeur clinique limitée.

Données probantes

- Six revues systématiques avec sept méta-analyses¹⁻⁶ comprenant de 9 à 19 essais cliniques randomisés (ECR) auprès de 279 à 1 683 patients¹⁻⁶. Une autre revue systématique⁷ a répété les résultats de deux autres^{3,4}.
 - Endormissement plus rapide : quatre méta-analyses sur six montraient des résultats statistiquement significatifs¹⁻⁵.
 - En général : 4 à 11,7 minutes plus tôt^{1,3,5}.
 - Patients atteints du trouble d'endormissement : 23 minutes plus tôt².
 - Accroissement de la durée totale du sommeil : quatre méta-analyses sur six montraient des résultats statistiquement significatifs¹⁻⁵.
 - En général : 8,2 à 18,2 minutes de plus^{1,4}.
 - Amélioration de la qualité du sommeil :
 - Qualité perçue du sommeil : amélioration de la différence moyenne normalisée=0,22 (0,12-0,32)¹ (signification clinique minime).
 - Efficacité du sommeil (durée du sommeil pendant le temps passé au lit) : deux méta-analyses sur quatre montraient des résultats statistiquement significatifs³⁻⁵.
 - Amélioration de 1,9 % à 2,2 %^{4,5}.
 - Syndrome du décalage horaire ou travail par quart : amélioration significative de la durée totale du sommeil, soit 18,2 minutes (8,1 à 29,3), mais aucune amélioration des autres résultats (endormissement et qualité du sommeil)⁴.

- Événements indésirables à court terme : aucune différence par rapport à tout événement indésirable, y compris la céphalée, l'étourdissement, la nausée ou la somnolence^{3,4,7}. Les événements indésirables à long terme sont inconnus.
- Les problèmes sont liés à la petite taille des études (de 20 à 30 patients par ECR en moyenne)²⁻⁵, à la courte durée (une journée pour bon nombre⁵ et moins de quatre semaines pour la plupart^{1-5,7}), aux résultats incohérents des ECR^{1,3-5,7}, à la faible qualité (p. ex. moins de 25 % ont dissimulé la randomisation)^{3,4}, à la déclaration subjective du sommeil (utilisation de journaux dans environ 40 % des ECR)¹ et à l'utilisation d'une échelle d'évaluation sans signification clinique (syndrome du décalage horaire subjectif)⁶.

Contexte

- La relation dose-effet de la mélatonine est incohérente, variant entre 0,3 mg et 5 mg^{1,3,5-7}.
 - Par conséquent, la dose recommandée est de 0,3 mg à 5 mg⁸.
- Typiquement, la mélatonine est prise :
 - Avant le sommeil du matin par les travailleurs de quart;
 - Vers l'heure locale du coucher par les voyageurs.
 - Deux heures ou moins avant l'heure du coucher par les insomniaques.
- Les lignes directrices indiquent que la mélatonine : 1) pourrait être efficace pour le syndrome du décalage horaire^{9,10} et le trouble d'endormissement retardé¹¹; 2) ne peut pas être recommandée pour traiter l'insomnie en raison d'un manque de données probantes⁸; 3) est l'objet de recommandations variables en ce qui concerne les travailleurs de quart⁹⁻¹¹.
- Les benzodiazépines, les non-benzodiazépines et les antidépresseurs raccourcissent la latence de l'endormissement de 10 à 20 minutes, de 13 à 17 minutes et de 7 à 12 minutes, respectivement¹².
- La mélatonine coûte environ 2 \$ à 7,50 \$ par mois.

Auteurs

Adrienne J. Lindblad, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D., et G. Michael Allan, M.D., CCMF

Divulgence

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Ferracioli-Oda E, Qawasmi A, Bloch MH, PLoS One, 2013 May 17, 8(5) : e63773.
2. van Geijlswijk IM, Korzilius HP, Smits MG. Sleep, 2010 Dec, 33(12) : 1605-1614.
3. Buscemi N, Vandermeer B, Hooton N, *et al.*, J Gen Intern Med, 2005 Dec, 20(12) : 1151-1158.
4. Buscemi N, Vandermeer B, Hooton N, *et al.*, BMJ, 2006 Feb 18, 332(7538) : 385-393. Diffusion électronique le 10 février 2006.
5. Brzezinski A, Vangel MG, Wurtman RJ, *et al.*, Sleep Med Rev, 2005 Feb, 9(1) : 41-50.
6. Herxheimer A, Petrie KJ, Cochrane Database Syst Rev, 2002, (2) : CD001520.
7. Buscemi N, Vandermeer B, Pandya R, *et al.*, Evid Rep Technol Assess (Summ), 2004 Nov, (108) : 1-7.
8. Towards Optimized Practice, Adult Insomnia: Diagnosis to management. Sur Internet : http://www.topalbertadoctors.org/download/439/insomnia_management_guideline.pdf (consulté le 3 juillet 2014).
9. Sack RL, Auckley D, Auger RR, *et al.*, Sleep, 2007 Nov, 30(11) : 1460-1483.
10. Towards Optimized Practice, Adult Insomnia: assessment to diagnosis. Sur

Internet : http://www.topalbertadoctors.org/download/440/insomnia_assessment_guideline.pdf (consulté le 3 juillet 2014).

11. Sack RL, Auckley D, Auger RR, *et al.*, *Sleep*, 2007 Nov, 30(11) : 1484-1501.
12. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, *et al.*, *J Gen Intern Med*, 2007, 22 : 1335-1350.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.