



## Dormez-vous? La trazodone contre l'insomnie

### QUESTION CLINIQUE

**La trazodone est-elle efficace et sûre contre l'insomnie?**

### CONCLUSION

**Mis à part un «léger» effet à court terme sur la qualité du sommeil et peut-être 0,3 moins de réveils par nuit, les bienfaits de la trazodone sur le sommeil ne sont pas uniformes par rapport au placebo. Aucune donnée probante n'indique que la trazodone entraîne moins de chutes que les autres sédatifs-hypnotiques.**

### DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement différents à moins d'indication contraire.
- Efficacité :
  - Trazodone c. placebo : revue systématique la plus récente, 7 études avec répartition aléatoire et contrôlées (ERAC) sur la trazodone (âges 18-75, 16-306 participants, dose de 50-200 mg pendant 1-12 semaines)<sup>1</sup>.
    - Délai avant de s'endormir : Pas de différence.
    - Nombre de réveils : 0,31 moins.
    - Qualité du sommeil : Différence moyenne standard c. placebo = 0,34 entre 7 jours et 6 mois (signification clinique nébuleuse) (3 ERAC). Pas de différence à 6 mois (1 ERAC).

- Les autres paramètres d'évaluation étaient contradictoires. Par exemple :
  - Durée totale du sommeil : pas de différence dans 2 ERAC, amélioration à 6 semaines dans 1 ERAC.
  - Fonction diurne : pas de différence ou amélioration, selon l'ERAC.
- Trazodone c. zolpidem : 1 ERAC (181 patients) n'a pas montré de différence de tous les paramètres d'évaluation à 2 semaines, mais n'a pas utilisé tous les patients randomisés<sup>1</sup>.
- Une autre revue systématique de 7 ERAC (dont 3 patients dépressifs) a donné des résultats comparables<sup>2</sup>.
- Innocuité (toutes les études observationnelles rétrospectives) :
  - Chutes :
    - Risque accru comparativement à l'absence d'antidépresseur (2 études) :
      - Trazodone : 244 chutes c. 131 chutes par 100 années-personnes pour l'absence d'antidépresseur, signification statistique limite (rapport de taux ajusté = 1,2 [1,0 à 1,4])<sup>3</sup>.
      - Trazodone : chutes 5,3 c. 3,5 % sans antidépresseur<sup>4</sup>.
    - Pas de différence comparativement aux antipsychotiques (1 étude)<sup>5</sup>.
    - Pas de différence à 90 jours des admissions à l'urgence ou à l'hôpital pour chute c. benzodiazépines (1 étude)<sup>6</sup>.
  - Mortalité accrue comparativement à l'absence d'antidépresseur (12 c. 7 %)<sup>4</sup>.

## CONTEXTE

- Toutes les classes d'antidépresseurs ont été liées à des chutes/fractures, avec un risque de chute comparable à celui des benzodiazépines et des agents z<sup>7,8</sup>.
- Les lignes directrices recommandent d'éviter la trazodone contre l'insomnie<sup>9,10</sup>.
- La restriction du sommeil est un traitement efficace de l'insomnie en première ligne<sup>11</sup>.

## RÉFÉRENCES

1. Everitt H, Baldwin DS, Stuart B et coll. Cochrane Database System Rev. 2018; 5:CD010753.
2. Yi XY, Ni SF, Ghadami MR et coll. Sleep Med. 2018; 45:25-32.
3. Thapa PB, Gideon P, Cost TW et coll. New Engl J Med. 1998; 339:875-82.
4. Coupland C, Dhiman P, Morriss R et coll. BMJ. 2011; 343:d4551.
5. Watt JA, Gomes T, Bronskill SE et coll. CMAJ. 2018 Nov 26; 190:E1376-83.
6. Bronskill SE, Campitelli MA, Iaboni A et coll. J Am Geriatr Soc. 2018; 66:1963-71.
7. Woolcott JC, Richardson KJ, O'Wiens M et coll. Arch Intern Med. 2009; 169(21):1952-60.
8. Seppala LJ, Wermelink AMAT, de Vries M et coll. J Am Med Dir Assoc. 2018; 19(4):372.e1-372.e8
9. Mysliwiec V, Martin JL, Ulmer CS et coll. Ann Intern Med. 2020; 172:325-36.
10. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD et coll. J Clin Sleep Med. 2017; 13(2):307-49.
11. Allan GM, Lindblad AJ, Varughese J. Can Fam Physician. 2017; 63(8):613.

## AUTEURS

**Adrienne J Lindblad**, BSP ACPR  
Pharm.D., **Jennifer Potter**,  
M.D. CCMF

*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<sup>rs</sup> 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](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). Les articles archivés se trouvent à [www.toolsforpractice.ca](http://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.*