

# Lumière sur la luminothérapie et le traitement de la dépression saisonnière

Au Canada, la prévalence de la dépression saisonnière varie entre 1,7 et 2,2 %<sup>1</sup>. Certaines études ont établi une relation entre sa prévalence et la latitude où résident les populations étudiées. En fait, une étude menée sur des populations asiatiques a déterminé que l'intensité de la dépression était inversement proportionnelle au nombre quotidien d'heures d'exposition à la lumière du jour<sup>1</sup>.

Rédigé par **Marie-Ange Meny**, B. Pharm.,  
Pharmacie Samir Arbach.

Texte original soumis le 8 avril 2010.

Texte final remis le 9 juin 2010.

Révision : Nancy Desmarais, B. Pharm., et Julie  
Martineau, B. Pharm.

Les femmes semblent plus touchées par la dépression saisonnière que les hommes avec un ratio de 1,6 pour 1<sup>1</sup>. De plus, la prévalence de ce trouble diminue avec l'âge, jusqu'à la mi-cinquantaine, et est plutôt rare chez les personnes plus âgées<sup>1</sup>. Les symptômes débutent en moyenne à l'âge de 23 ans<sup>2</sup>. Une personne sur cinq souffrant de dépression saisonnière aurait également un trouble bipolaire<sup>3</sup>.

## Origines de la dépression saisonnière

La dépression saisonnière semble être causée par une réponse exagérée aux changements saisonniers, un peu comme l'hibernation chez les animaux. Des études ont montré que les animaux utilisent la durée de la noirceur nocturne afin de savoir dans quelle saison ils se trouvent, et ainsi adapter leur comportement.

Étant donné l'importance du rôle de la mélatonine dans l'entraînement des rythmes biologiques chez les animaux, plusieurs études sur la dépression saisonnière ont étudié la relation existant entre la maladie et les niveaux de mélatonine des patients. Ces études n'ont pas établi de différence significative entre les niveaux de mélatonine des sujets atteints et des groupes témoins<sup>1</sup>. Cependant, elles ont établi que les patients atteints avaient un décalage de leur cycle circadien<sup>1,3</sup>. Ainsi, l'effet thérapeutique de la luminothérapie semble provenir d'un décalage correctif des rythmes

circadiens endogènes<sup>1</sup>. La lumière intense décale la sécrétion nocturne de la mélatonine.

Cependant, la pathophysiologie de la dépression saisonnière semble être hétérogène. D'autres études ont montré une relation entre son incidence et les niveaux de sérotonine. En effet, il existe une différence importante entre les niveaux de sérotonine chez les sujets en bonne santé l'hiver et l'été<sup>3</sup>. Certains chercheurs se sont aussi penchés sur l'aspect génétique de ce trouble. Ainsi, certains gènes potentiellement impliqués ont été identifiés<sup>3,4</sup>.

## Symptômes

La forme la plus courante de dépression saisonnière débute l'automne, s'aggrave en janvier et en février, puis s'apaise le printemps venu<sup>5</sup>. Il s'agit donc d'un problème récurrent sur une base saisonnière. Les symptômes peuvent inclure une diminution d'énergie et de plaisir, de la difficulté à se concentrer, un besoin accru de sommeil, de l'irritabilité, des difficultés interpersonnelles (sentiment de rejet) et des envies incontrôlables de consommer des aliments riches en sucre et en hydrates de carbone (p. ex., pain, pâtes, pommes de terre)<sup>2,5,6</sup>.

La vraie dépression saisonnière doit être différenciée du « blues de l'hiver ». En effet, certaines personnes ont des symptômes marqués, surtout des symptômes végétatifs (sommeil accru, gain de poids, fatigue, etc.), mais elles ne répondent pas aux critères diagnostiques de la dépression saisonnière<sup>1</sup>. Ces personnes peuvent toutefois profiter de la luminothérapie tout autant.

Le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual – Revision 4*) décrit la dépression saisonnière non pas comme un trouble mental distinct, mais plutôt comme un type de dépression majeure<sup>2</sup>. Il faut donc qu'un trouble dépressif majeur soit d'abord diagnostiqué.

Plus spécifiquement, les critères du DSM-IV devant être réunis pour qu'un diagnostic de dépression saisonnière soit posé sont<sup>2</sup> :

### Tableau 1 Patients nécessitant un examen ophtalmologique de base avant d'entreprendre la luminothérapie<sup>1</sup>

- Ceux ayant une pathologie de l'œil ou de la rétine préexistante : glaucome, détachement de la rétine, cataracte, dégénérescence maculaire...
- Patients ayant une maladie systémique qui affecte leur rétine (le diabète, par exemple)
- Patients ayant récemment subi une opération de la cataracte
- Patients prenant des médicaments ou des produits naturels photosensibilisants (quétiapine, halopéridol, oxoralen, millepertuis...)
- Personnes âgées plus susceptibles de souffrir de dégénérescence maculaire

*On note une rechute et une reprise des symptômes  
une semaine après l'arrêt du traitement de luminothérapie.  
Pour cette raison, il est recommandé de poursuivre le traitement  
durant tout l'hiver, d'octobre à avril<sup>1,6</sup>.*

- a) l'existence d'une relation temporelle entre le début des symptômes et un moment particulier de l'année;
- b) une rémission complète des symptômes à une période spécifique de l'année (ou sinon le passage d'un épisode de dépression à un épisode de manie ou d'hypomanie);
- c) deux épisodes de dépression répondant aux critères a) et b) durant les deux dernières années et aucun épisode de dépression non saisonnière durant la même période;
- d) les épisodes de dépression saisonnière doivent être plus nombreux que les épisodes de dépression non saisonnière durant la vie du patient.

**Paramètres de la luminothérapie**

On utilise en général quatre paramètres afin de décrire la luminothérapie. Il s'agit de l'intensité, de la longueur d'onde, de la durée d'exposition et du moment de l'exposition<sup>1</sup>.

L'intensité est exprimée en lux. Les premières études réalisées afin de déterminer l'intensité et la durée optimale de l'exposition à la luminothérapie ont testé différentes associations. La plupart ont été menées avec des sources de 2500 lux administrées pendant deux à six heures ou de 10 000 lux administrées pendant 30 minutes<sup>1</sup>. Étant donné que les résultats étaient comparables avec ces deux protocoles, et que l'observance des patients était supérieure avec des durées d'exposition réduites, les sources de lumière de 10 000 lux sont devenues la norme de pratique<sup>1,2</sup>. À titre comparatif, une lumière intense dans un bureau

varie entre 300 et 500 lux, celle durant une journée nuageuse est d'environ 1000 à 5000 lux, et celle à midi durant une journée ensoleillée peut dépasser les 50 000 lux<sup>1</sup>.

Pour ce qui est de la longueur d'onde utilisée, il s'agit du spectre lumineux solaire, mais sans les infrarouges et les ultraviolets considérés comme nuisibles pour la peau et les yeux<sup>1</sup>.

Une exposition matinale à la luminothérapie est recommandée. En effet, une exposition tard en soirée pourrait entraîner de l'insomnie<sup>1</sup>. En général, on peut s'attendre à une amélioration des symptômes après seulement une semaine de traitement par la luminothérapie<sup>3</sup>. Cependant, chez certains patients, deux à quatre semaines de traitement sont nécessaires<sup>3</sup>. De même, on note une rechute et une reprise des symptômes une semaine après l'arrêt du traitement<sup>1</sup>. Pour cette raison, il est recommandé de poursuivre le traitement durant tout l'hiver, d'octobre à avril<sup>1,6</sup>. La plupart des patients auront une rémission spontanée au début de mai<sup>7</sup>. On pourra alors interrompre le traitement de façon abrupte à cette période de l'année<sup>7</sup>.

Les patients peuvent enfin être impliqués dans l'ajustement de leur traitement, en ajustant par exemple la durée du traitement ou le moment où il est administré en fonction de leurs besoins<sup>1</sup>.

La luminothérapie est efficace chez environ les deux tiers des patients<sup>6</sup>. Les symptômes sont alors réduits de 50 à 80 %<sup>6</sup>.

**Contre-indications, précautions et effets secondaires**

Il n'y a pas de contre-indication absolue à

l'utilisation de la luminothérapie<sup>1</sup>. Cependant, tous les patients qui envisagent un traitement par la luminothérapie devraient être interrogés quant à la présence de troubles oculaires préexistants<sup>8</sup>. Le **tableau I** énumère les conditions nécessitant un examen ophtalmologique de base.

Les effets secondaires les plus courants avec la luminothérapie sont les maux de tête, la fatigue oculaire, l'irritabilité, l'agitation et la sensation d'être hyperstimulé<sup>1</sup>. Ils sont généralement mineurs et parfois reliés à l'intensité de la lumière utilisée. On peut donc tenter de réduire la « dose » de luminothérapie, en diminuant, par exemple, la durée des séances, en éloignant la distance de la source lumineuse ou en faisant des pauses durant la séance<sup>7</sup>.

L'hypomanie et la manie ont également été rapportées en tant qu'effets secondaires rares mais sévères<sup>1,7</sup>. Étant donné que ces deux manifestations sont plus communes chez les patients bipolaires, ce type de patients devrait être suivi de près si la luminothérapie est envisagée<sup>7</sup>.

**Luminothérapie versus traitements pharmacologiques**

La luminothérapie est présentement considérée comme le traitement de premier choix pour la dépression saisonnière<sup>1,9,10</sup>. Le taux de réponse rapide, les effets secondaires légers et l'efficacité importante par rapport aux traitements pharmacologiques font que la luminothérapie mérite d'être considérée en premier lieu, avant les antidépresseurs.

**Tableau II**  
**Facteurs à considérer pour le choix d'un traitement<sup>1</sup>**

Luminothérapie	Médicaments
Dépression moins sévère	Dépression plus sévère (idées suicidaires)
Symptômes de dépression atypiques	Plus de symptômes mélancoliques
Bonne observance de la luminothérapie (ou volonté de l'utiliser)	Faible motivation à utiliser la luminothérapie
Contre-indications relatives aux antidépresseurs conventionnels (insuffisance hépatique ou rénale...)	Contre-indications relatives à la luminothérapie (problème de rétine préexistant...)
Intolérance aux effets secondaires des antidépresseurs conventionnels	Intolérance aux effets secondaires de la luminothérapie
Coûts : utilisation de médicaments non couverts par les assurances	Coûts : achat d'une lampe non couvert par les assurances

Adapté de : Lam RW, Levitt AJ. Canadian Consensus Guidelines for the Treatment of Seasonal Affective Disorder. Clinical & Academic Publishing, 1999: 160 pages.