

La luminothérapie au service du TAS



Marc Hébert, Ph.D et Marie-Pier Lavoie, M.Ps.

Présenté dans le cadre de la conférence : *La psychiatrie*, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, octobre 2006

Le TAS affecte de façon grave 3 % de la population et environ 20 % à un degré moindre.

Le trouble affectif saisonnier

Lors de la venue de l'automne ou de l'hiver, les personnes souffrant du trouble affectif saisonnier (TAS) éprouvent des troubles de l'humeur associés au manque de lumière. Avec l'arrivée du printemps et l'allongement de la clarté naturelle, les symptômes disparaissent.

Les symptômes

Les symptômes les plus couramment associés au TAS – qui affecte de façon grave 3 % de la population et environ 20 % à un degré moindre – sont l'hypersomnie, la consommation accrue de féculents ou de sucreries et le gain de poids.

Le traitement par la luminothérapie

La luminothérapie est le traitement de choix reconnu scientifiquement après plus de 20 ans de recherche. Concrètement, la luminothérapie consiste à s'exposer de façon quotidienne à une source artificielle de lumière supérieure à 2 000 lux (figure 1).

Mme Lavoie est psychologue-clinicienne à la Clinique de Psychothérapie Brève de Ste-Foy (Québec) et conférencière spécialisée dans le TAS et la luminothérapie. Sa récente thèse portant sur l'évaluation de la sensibilité rétinienne dans le TAS et les mécanismes biologiques de la luminothérapie a été déposée à l'Université Laval dans le cadre du programme de Médecine Expérimentale – Sciences Psychiatriques.

Le **Dr Hébert** est professeur agrégé au Département d'ophtalmologie de l'Université Laval et directeur du laboratoire de photobiologie du Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard.

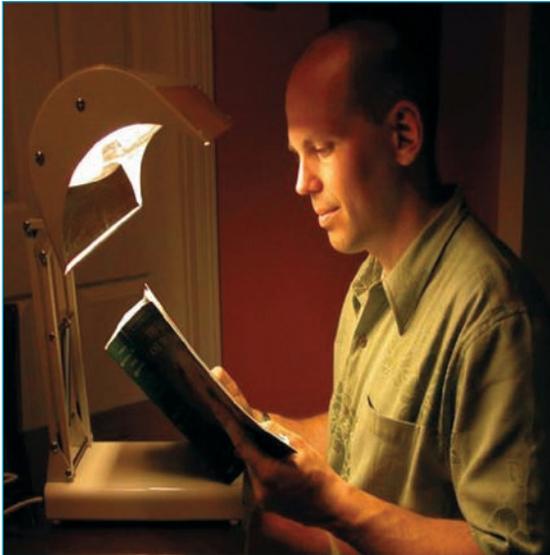


Figure 1. Traitement de luminothérapie (lampe SADelite, Northern Light Technologies)

Ainsi, il a été démontré qu'un traitement avec une intensité lumineuse vive (2 000 lux) est significativement plus efficace qu'un traitement à une intensité faible (500 lux) ou un placebo. Le standard clinique présentement recommandé est une exposition lumineuse à 10 000 lux, d'une durée de 30 minutes, reçue à la hauteur des yeux à une distance d'environ 50 cm.

Chez les personnes souffrant de TAS, l'utilisation de ce traitement naturel se fait généralement dès le début des symptômes (septembre ou octobre) et se poursuit jusqu'au printemps. Certaines personnes peuvent également ressentir le besoin de l'utiliser l'été lors de plusieurs journées consécutives nuageuses ou pluvieuses. Également, on s'entend pour recommander de faire le traitement le matin plutôt que le soir.

Une augmentation des effets bénéfiques a aussi été observée en combinant la luminothérapie à la thérapie cognitive-comportementale, à un antidépresseur ou encore à des exercices physiques et à la privation de sommeil.

Une efficacité démontrée

Plusieurs méta-analyses font état de l'efficacité de cette thérapie pour traiter le TAS. L'une d'entre elles, produite en 2005, suggère que la luminothérapie serait aussi efficace que les antidépresseurs d'ordinaire utilisés pour traiter ce syndrome. En effet, le taux d'efficacité de ce traitement se situe entre 50 et 80 %, ce qui équivaut à un traitement par antidépresseurs, en plus d'être moins invasif et moins coûteux.

Certaines études ont également montré l'efficacité de la luminothérapie pour traiter d'autres troubles, dont la dépression post-partum, le syndrome prémenstruel, la dépression majeure chez les personnes âgées et adultes, la boulimie, les troubles du sommeil, l'adaptation chez les travailleurs de nuit et le décalage horaire.

Des effets secondaires possibles

Les effets secondaires de la luminothérapie sont rares et plutôt faibles, mais on rapporte que certaines personnes peuvent éprouver :

- des maux de tête
- de l'insomnie
- de la sécheresse oculaire
- de l'agitation
- parfois des nausées

Dans de tels cas, il est recommandé de diminuer la dose d'exposition en terme d'intensité et/ou de durée.

Les dommages oculaires

Concernant les éventuels dommages oculaires résultant de l'utilisation de la luminothérapie, les études ne montrent pas de changements oculaires après un traitement à court, moyen ou

long terme. Cependant, certaines mises en garde portent sur l'utilisation des rayons ultraviolets présents dans les lampes de luminothérapie. Ces UV sont absorbés par la cornée et le cristallin de même que sur une plus grande portion d'ondes courtes (lumière bleue) générant un processus d'apoptose (mort cellulaire) dans les cellules rétinienne et de l'épithélium pigmentaire. Or, les lampes de luminothérapie commerciales n'émettent habituellement pas de rayons UV. Les spécialistes s'entendent toutefois pour éviter ce traitement chez les gens souffrant de rétinite pigmentaire, de dégénérescence maculaire ainsi que d'autres maladies pouvant affecter la rétine (ex. : le diabète).

De plus, les gens prenant des médicaments aux effets photosensibles, dont le lithium, ne peuvent utiliser ce traitement par la lumière. D'ailleurs, une évaluation ophtalmologique est recommandée (pour les personnes âgées ou à risque) avant l'utilisation du traitement de façon quotidienne. Néanmoins, il est possible, suivant l'avis d'un professionnel, que malgré la présence de certains facteurs de risque, il soit sécuritaire d'utiliser la luminothérapie.

Le taux d'efficacité de la luminothérapie se situe entre 50 et 80 %, ce qui équivaut à un traitement par antidépresseurs, en plus d'être moins invasif et moins coûteux.

D'autres études sont à venir

Jusqu'à présent, le mécanisme d'action derrière la luminothérapie n'est pas complètement compris, mais une récente étude menée par notre laboratoire de photobiologie du Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard, à Québec, suggère une première preuve d'un effet biologique dans la rétine de l'oeil à la suite de quatre semaines d'utilisation de la luminothérapie. Ces résultats prometteurs sont susceptibles d'apporter une lumière nouvelle sur les études à venir dans le domaine. *Clin*

Bibliographie :

1. Rosenthal, N: Light Therapy. In: Gabbard GO (ed.): *Treatment of psychiatric disorders*. American Psychiatric Press, Washington DC, 1995, vol. 1, pp. 1263-73.
2. Agency for health care and policy and research: Depression guideline panel: Depression in primary care: treatment of major depression. In: AHCPH Publication. Government Printing Office, Washington, DC: U.S, 1993, No. 93-0551.
3. Isaac G, Stainer D, Sensky T, et al: Phototherapy for seasonal affective disorder in Alaska. *Am J of Psychiatry*, 1988; 143:1035-37.
4. James S, Wehr T, Sack D, Parry B, et al: Treatment of seasonal affective disorder with light in the evening. *Br J Psychiatry*, 1985; 147: 424-28.
5. Magnusson A, Kritsbjarnarson H: Treatment of seasonal affective disorder with high-intensity light: a phototherapy study with an Icelandic group of patients. *J Affect Disord*, 1991; 21:141-47.
6. Rosenthal N, Sack D, Gillin J, et al: Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 1984; 41:72-80.
7. Rosenthal N, Sack D, Carpenter C, et al: Antidepressant effects of light in seasonal affective disorder. *Am J Psychiatry*, 1985; 142:163-70.
8. Winton F, Corn T, Huson L, et al: Effects of light treatment upon mood and melatonin in patients with seasonal affective disorder. *Psychol Med.*, 1989; 19:585-90.
9. Wirz-Justice A, Bucheli C, Graw P, et al: Light treatment of seasonal affective disorder in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand*, 1986; 16:733-37.
10. Yerevanian B, Anderson J, Grotas L, et al: Effects of bright incandescent light on seasonal and non seasonal major depressive disorder. *Psychiatry Res*, 1986; 18:355-64.