

La photothérapie dans le traitement et la prévention du trouble affectif saisonnier*

par Marie-Ève Lavoie

L'INFLUENCE DES SAISONS sur les troubles de l'humeur est connue depuis l'Antiquité. Régis (1909) et Kraepelin (1921) l'ont également étudiée mais, ces dernières années, particulièrement depuis que Rosenthal et son équipe ont défini l'affection qu'on connaît sous le nom de « trouble affectif saisonnier » (TAS)^{1,2}, elle est devenue une réalité scientifique faisant l'objet de nombreuses recherches, entre autres sur la photothérapie.

Les patients atteints de cette affection présentent des symptômes particuliers composés de perte d'énergie, d'hypermnie, de gain d'appétit et de prise de poids. Ces symptômes apparaissent habituellement à l'automne et disparaissent spontanément au printemps. Ces dernières années, on a également avancé plusieurs hypothèses sur les causes physiopathologiques du TAS et sur les moyens de le traiter. À cet égard, les différentes équipes de chercheurs s'accordent pour attribuer à la photothérapie une efficacité thérapeutique, malgré l'absence de consensus sur ses mécanismes d'action. Actuellement, elle représente le traitement de premier recours du trouble affectif saisonnier. Par ailleurs, d'autres indications pourront venir élargir son champ d'application dans un proche avenir.

Prévalence du trouble affectif saisonnier

Les données épidémiologiques ne sont pas encore très précises et semblent varier selon la latitude. Dans la population générale, entre 2 et 10 % des gens souffrent de trouble affectif saisonnier³⁻⁵. De plus, on note chez 10 à 20 % de la population une perturbation grave du fonctionnement en hiver. Ce dysfonctionnement est désigné en anglais par l'appellation *sub-seasonal affective syndrome* (S-SAS)^{3,5}. Habituellement, le trouble affectif saisonnier se manifeste pour la première fois entre l'âge de 20 et 25 ans. On peut aussi le

rencontrer chez les enfants et les adolescents. La prévalence dans cette population se situe entre 2 et 5 %^{3,6}. Au Canada, environ 20 % des patients traités en raison d'une dépression récurrente répondent aux critères diagnostiques du trouble affectif saisonnier¹. Enfin, la majorité des personnes atteintes sont des femmes, le rapport étant de quatre femmes pour un homme^{1,3,7}.

Physiopathologie

Bien que le trouble affectif saisonnier soit un diagnostic aujourd'hui reconnu, aucun consensus sur sa physiopathologie n'a encore été établi. Toutefois, quatre grandes hypothèses sont étudiées par les milieux scientifiques. Selon une première hypothèse, c'est la mélatonine qui serait à l'origine du problème^{7,8}. Cette hormone participe à la régulation des états de vigilance. On sait que les pics de concentration sanguine de mélatonine sont étroitement liés aux périodes de somnolence. La désynchronisation du rythme de sécrétion de la mélatonine ou une modification de la sensibilité à cette hormone pourraient ainsi expliquer l'apparition du trouble affectif saisonnier.

Selon une deuxième hypothèse, il pourrait s'agir d'un déséquilibre du rythme circadien^{7,8}. Un début précoce des phases des rythmes circadiens, ou un retard qui intervient sur ce plan, pourrait être la cause de l'apparition du trouble affectif saisonnier.

Selon une troisième hypothèse, ce trouble pourrait être dû à une fluctuation des concentrations sanguines et cérébrales de neurotransmetteurs. La sérotonine est un neurotransmetteur dérivé du tryptophane^{7,8}. Or, la sécrétion de tryptophane est tributaire du rythme des saisons; les concentrations seraient à leur plus bas niveau chez les patients déprimés durant deux périodes de l'année: mars-avril

M^{me} Marie-Ève Lavoie, pharmacienne, B.Pharm., M.Sc., exerce au Centre hospitalier de l'Université Laval, à Québec.

* Adapté de : Lavoie ME. La photothérapie dans le traitement et la prévention du trouble affectif saisonnier. *Québec Pharmacie* novembre-décembre 2001 ; 48 (10) : 813-8. Se trouve : <<http://www.quebecpharmacie.org>>

T A B L E A U I

Symptômes du trouble affectif saisonnier^{8,10,11}

- Aggravation du syndrome prémenstruel
- Anxiété
- Asthénie
- Baisse de libido
- Céphalées
- Constipation
- Crampes musculaires diverses
- Difficultés relationnelles
- Diminution de l'estime de soi
- Envie irrésistible de consommer des aliments riches en glucides (79 %)
- Hyperphagie (de 66 à 80 %)
- Hypersomnie (de 86 à 97 %)
- Idées suicidaires (rares)
- Irritabilité
- Isolement social
- Gain de poids d'environ 2 à 5 kg (75 %)
- Ralentissement psychomoteur
- Sommeil agité
- Tristesse
- Problèmes de concentration

et septembre-octobre. De plus, des recherches ont prouvé que les agonistes sérotoninergiques sont efficaces dans le traitement du trouble affectif saisonnier. Enfin, le rôle de la dopamine et de la noradrénaline dans la physiopathologie du trouble affectif saisonnier est encore mal compris.

Si on se fie à la quatrième hypothèse, l'utilisation de la photothérapie pour traiter le trouble affectif saisonnier est justifiée. En effet, cette hypothèse met en cause une réaction aux changements des photopériodes^{7,8}. Certains chercheurs croient qu'une partie de la population est particulièrement sensible au manque de stimulation lumineuse et que, par réaction, elle manifeste des symptômes dépressifs. Chez ces personnes, la rétine serait moins sensible à la lumière, ce qui les prédisposerait au trouble affectif saisonnier.

Les critères diagnostiques décrits dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM-IV*) ne portent pas spécifiquement sur le trouble affectif saisonnier et pourraient s'appliquer également à d'autres troubles saisonniers de l'humeur. Toutefois, on se sert de ces critères dans la pratique clinique, dans une tentative de diagnosti-

quer le trouble affectif saisonnier⁹. C'est en 1984 que Rosenthal et son équipe ont décrit cette affection et présenté ses principaux symptômes (*tableau I*)^{8,10,11}. Habituellement, ces symptômes débutent en septembre ou octobre et disparaissent spontanément en mars ou avril. Chez un certain nombre de patients, une anxiété d'anticipation apparaît au mois d'août^{8,11}. De plus, de 55 à 69 % des personnes touchées ont des antécédents familiaux de troubles affectifs^{10,11}. Enfin, de 20 à 36 % des patients souffriraient d'alcoolisme en raison de ce trouble saisonnier^{8,11}.

Mécanisme d'action de la photothérapie

Comme nous l'avons expliqué plus haut, les véritables mécanismes d'action de la photothérapie sont encore inconnus, mais plusieurs hypothèses ont été avancées à cet égard. La première concerne le rôle primordial joué par la mélatonine. Puisque la stimulation de la rétine par la lumière inhibe la sécrétion de mélatonine, on pourrait en déduire que l'état de vigilance augmente. Toutefois, un certain nombre d'études ont montré que la photothérapie pourrait avoir un effet antidépresseur, même si les sécrétions de mélatonine n'étaient pas supprimées. Actuellement, on considère que la mélatonine ne joue plus un rôle crucial, mais plutôt indirect¹⁻⁴.

La deuxième hypothèse porte sur le retard qui intervient dans les phases du rythme circadien. On sait que, en hiver et chez les personnes atteintes du trouble affectif saisonnier, ce retard est beaucoup plus marqué. La photothérapie matinale permettrait, pense-t-on, d'avancer ces phases et de les ramener ainsi à la normale. Toutefois, l'efficacité de la photothérapie administrée en soirée infirme cette hypothèse^{2,4}.

Les tenants de la troisième hypothèse posent comme prémisse que l'amplitude des rythmes circadiens chez une personne souffrant de trouble affectif saisonnier est très diminuée. La photothérapie permettrait d'augmenter cette amplitude et de diminuer ainsi les symptômes dépressifs. Malheureusement, cette hypothèse n'a jamais été étudiée expérimentalement².

Selon la troisième hypothèse, le TAS serait dû à la diminution des concentrations des principaux neurotransmetteurs responsables de la dépression, soit la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine. On présume que la photothérapie augmenterait les taux sanguins de sérotonine ainsi que la sensibilité des récepteurs sérotoninergiques⁴. De plus, elle normaliserait les taux sanguins de noradrénaline et de dopamine³.

Enfin, la quatrième hypothèse porte sur la protéine G, qui participerait à la physiopathologie des troubles de l'humeur. En effet, une étude a révélé que les taux plasmatiques de protéine G diminuaient chez les personnes atteintes du trouble affectif saisonnier, et que la photothérapie a permis de les normaliser¹².

Malgré toute la controverse entourant le mécanisme d'action de la photothérapie, elle reste l'option thérapeutique de premier recours en présence d'un trouble affectif saisonnier.

Efficacité

Au *tableau II*, nous indiquons les principales études menées sur la photothérapie et résumons les résultats obtenus^{6,13-22}. Dans ces études, les critères de rémission ont été les suivants : une diminution d'au moins 50 % du score obtenu sur l'échelle de la dépression de Hamilton ou un score inférieur à huit, calculé sur une variante de cette échelle portant plus précisément sur le trouble affectif saisonnier. Selon ces résultats, la photothérapie semble prévenir et traiter efficacement le trouble affectif saisonnier. D'ailleurs, le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) considère la photothérapie comme le traitement de premier recours chez les patients qui ne sont pas suicidaires et qui traversent un épisode dépressif léger²³. En raison du petit nombre d'études publiées jusqu'à ce jour, on n'a pu formuler aucune recommandation sur l'utilisation de la photothérapie en prophylaxie du trouble affectif saisonnier.

Contre-indications et précautions

Il n'existe que très peu de contre-indications à l'utilisation de la photothérapie¹⁰. Cependant, chez les personnes présentant une porphyrie cutanée ou une hypersensibilité à la lumière, il faudrait envisager un autre traitement. La prise d'un médicament photosensibilisant pourrait être une contre-indication relative, bien que les lampes utilisées n'émettent pas de rayons ultraviolets (UV). Dans le cas des patients exposés à un risque élevé de suicide ou souffrant d'une dépression très importante, une pharmacothérapie serait plus appropriée que la photothérapie⁵. Enfin, puisqu'il existe un risque théorique de toxicité rétinienne, des précautions particulières devraient être prises pour les patients atteints de diabète, de rétinite pigmentaire ou de dégénérescence maculaire liée à l'âge³. On recommande un examen oculaire préalable pour déceler ces troubles, mais un tel examen ne permet pas de prédire une éventuelle phototoxicité²⁴. Toutefois, des examens oculaires plus réguliers

pourraient être conseillés pour assurer que la photothérapie n'aggrave pas l'état du patient²⁴.

Effets indésirables

La photothérapie est habituellement bien tolérée, et la plupart des effets indésirables s'atténuent avec le temps. Les trois premiers jours de traitement semblent les plus pénibles⁸. Les principaux effets indésirables susceptibles de se manifester sont les nausées (de 13 à 16 %), les céphalées (de 8 à 20 %), la fatigue oculaire (de 6 à 25 %), l'irritabilité (de 9 à 14 %) ainsi que des épisodes d'hypomanie réversible^{5,10,25}. Une diminution du temps d'exposition ou une augmentation de la distance entre le patient et la lampe permettent d'atténuer ces effets indésirables. Le risque de toxicité ophtalmique reste théorique. En effet, une étude longitudinale n'a révélé aucune anomalie visuelle chez des patients qui avaient eu recours à la photothérapie pendant environ neuf ans²⁶. Selon une étude menée par Terman et ses collaborateurs, la nature des effets indésirables n'est pas la même si le traitement est administré le matin ou le soir²⁵. Un traitement matinal provoquerait surtout de la diarrhée et de l'irritabilité, tandis qu'un traitement vespéral entraînerait principalement des nausées et une insomnie initiale. Finalement, selon Praszak-Rieder et ses collaborateurs, la photothérapie pourrait être associée à un risque de suicide, surtout en début de traitement²⁷. Bien que cette supposition ne s'appuie que sur trois cas étudiés, elle mérite une considération particulière, surtout au début du traitement.

Interactions médicamenteuses

Certains auteurs font état d'une potentialisation des troubles rétiniens si certains médicaments sont administrés en même temps que la photothérapie³. Selon Wang et ses collaborateurs, cette phototoxicité pourrait être provoquée par toutes les molécules qui contiennent un noyau tricyclique, hétérocyclique ou porphyrique, telles que le lithium, les phénothiazines, les antidépresseurs tricycliques et les tétracyclines. Il faudrait donc éviter un traitement par ces divers agents durant une photothérapie.

Posologie et administration

Bien que la photothérapie représente le traitement de premier recours du trouble affectif saisonnier, aucun consensus n'existe encore sur l'intensité lumineuse, le spectre lumineux, la durée de l'exposition et le moment optimal de traitement. Selon les études consultées, la durée du traitement dépend de l'intensité lumineuse de la lampe. Durant

Résumé des études^{6,13-22}

Auteurs et année	Éléments du plan expérimental	Résultats
Rosenthal, Sack, Gillin <i>et al.</i> , 1984	<ul style="list-style-type: none"> ● 11 patients ● 1 semaine de traitement 	<ul style="list-style-type: none"> ● ↓ 52 % des symptômes
Terman, Terman, Quitkin <i>et al.</i> , 1989	<ul style="list-style-type: none"> ● méta-analyse de 29 études ● 332 patients ● au moins 2500 lux 	<ul style="list-style-type: none"> ● Résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ● 51 % de rémission : exposition matin et soir ● 53 % de rémission : exposition le matin seulement ● 38 % de rémission : exposition le soir seulement ● 32 % de rémission : exposition le midi ● 11 % de rémission : placebo ● Meilleurs résultats chez les patients souffrant de dépression modérée
Meesters, Jansen, Beersma <i>et al.</i> , 1993	<ul style="list-style-type: none"> ● Étude à simple insu, contrôlée par placebo ● But : déterminer l'efficacité en prévention ● 27 patients ● 2500 lux ● Exposition : 3 h par jour ● Durée du traitement : ~ 7 mois ● Placebo : non précisé 	<ul style="list-style-type: none"> ● Début du traitement dès l'apparition des premiers symptômes de TAS ● La photothérapie serait efficace dans la prévention d'un TAS grave durant l'hiver. ● Elle ne permet pas de prévenir un TAS de léger à modéré.
Partonen et Lönnqvist, 1996	<ul style="list-style-type: none"> ● Étude contrôlée ● But : déterminer l'efficacité en prévention ● 12 patientes ● 3300 lux ● Exposition : de une à trois fois par jour ● Durée du traitement : ~ 8 mois 	<ul style="list-style-type: none"> ● Six patientes ont commencé le traitement fin septembre. ● Six patientes ont commencé le traitement dès l'apparition des premiers symptômes de TAS. ● La photothérapie démarrée bien avant l'apparition des premiers symptômes pourrait permettre de prévenir l'apparition du TAS. ● Résultats à valider par des études de plus grande envergure
Swedo, Allen, Glod <i>et al.</i> , 1997	<ul style="list-style-type: none"> ● Étude à double insu, contrôlée par placebo, avec permutation ● 28 enfants ● 2500 lux (< 9 ans) ● 10 000 lux (\geq 9 ans) ● Exposition : 1 h par jour ● Durée du traitement : 1 sem. ● Placebo : lunettes transparentes 	<ul style="list-style-type: none"> ● ↓ significative des symptômes selon l'EDH-TAS* ● 71 % de rémission dans le groupe traité ● 25 % de rémission dans le groupe témoin ● Traitement bien toléré ● La photothérapie semble efficace chez les enfants présentant un TAS.
Eastman, Young, Fogg <i>et al.</i> , 1998	<ul style="list-style-type: none"> ● Étude contrôlée par placebo ● 96 patients ● 6000 lux ● Exposition : 1 h 30 par jour ● Durée du traitement : 4 sem. ● Placebo : simulation d'un générateur d'ions négatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ● 61 % de rémission : exposition le matin ● 50 % de rémission : exposition le soir ● 32 % de rémission : placebo ● Le traitement matinal semble plus efficace. ● La durée minimale du traitement devrait être de trois semaines.
Ghadirian, Murphy et Gendron, 1997	<ul style="list-style-type: none"> ● Étude ouverte avec permutation ● 13 patients ● But : comparer l'efficacité de la photothérapie et du tryptophane ● 10 000 lux ● Exposition : 30 min le matin ● Durée du traitement : 2 sem. ● Tryptophane : 2 g b.i.d. ● Durée du traitement : 4 sem. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 31 % des patients n'ont répondu à aucun des deux traitements. ● 31 % ont répondu à la photothérapie mais pas au tryptophane. ● 7 % ont répondu au tryptophane mais pas à la photothérapie. ● Chez 31 % des sujets, la réponse s'est maintenue peu importe le traitement. ● Les deux traitements pourraient s'avérer utiles dans le traitement du TAS. ● Si un patient est réfractaire à la photothérapie, il ne répondra pas non plus au tryptophane administré par la suite.

Auteurs et année	Éléments du plan expérimental	Résultats
Postolache, Hardin, Myers <i>et al.</i> , 1998	<ul style="list-style-type: none"> ● Étude prospective ● But : comparer l'efficacité de la photothérapie et de la lumière estivale ● 15 patients ● 10 000 lux ● Exposition : 45 min deux fois par jour ● Durée du traitement : 2 sem. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 53,3 % de rémission : photothérapie ● 86,6 % de rémission en été ● La photothérapie s'avère utile, mais moins efficace que la lumière naturelle estivale. ● Il reste à déterminer si un traitement de plus longue durée peut améliorer la réponse à la photothérapie.
Ruhrmann, Kasper, Hawellek <i>et al.</i> , 1998	<ul style="list-style-type: none"> ● Étude à répartition aléatoire, à double insu, contrôlée par placebo ● But : comparer l'efficacité de la photothérapie et de la fluoxétine ● 40 patients ● 3000 lux ● Exposition : 2 h par jour ● Durée du traitement : 5 sem. ● Fluoxétine : 20 mg par jour ● Placebo : lumière floue 	<ul style="list-style-type: none"> ● Groupe 1 : photothérapie + placebo (fluoxétine) ● Groupe 2 : fluoxétine + placebo (photothérapie) ● 70 % des patients du groupe sous photothérapie ont répondu au traitement. ● 65 % des patients sous fluoxétine ont répondu au traitement. ● 50 % de rémission : photothérapie ● 25 % de rémission : fluoxétine ● Les deux modes de traitement se sont avérés efficaces, mais la photothérapie pourrait l'être davantage. ● Résultats à valider par des études de plus grande envergure.
Terman, Terman et Ross, 1998	<ul style="list-style-type: none"> ● Étude contrôlée par placebo, avec permutation ● 158 patients ● 10 000 lux ● Exposition : 30 min par jour ● Durée du traitement : 2 sem. ● Placebo : générateur d'ions négatifs à haute ou à basse intensité 	<ul style="list-style-type: none"> ● 54,3 % de rémission : exposition le matin ● 33,3 % de rémission : exposition le soir ● 20 % de rémission : générateur haute intensité ● 10,5 % de rémission : générateur basse intensité ● La photothérapie s'avère efficace surtout si elle est administrée le matin. ● De plus, l'ionisation de l'air avec un générateur d'ions négatifs semblerait exercer un effet antidépresseur.
Lee et Chan, 1999	<ul style="list-style-type: none"> ● Méta-analyse de 39 études ● But : essayer de déterminer une relation entre la dose et la réponse ● Trois groupes : <ul style="list-style-type: none"> ○ lumière faible (≤ 600 lux) ○ lumière modérée (1700-3500 lux) ○ lumière forte (≥ 6000 lux) ● Exposition : de 2 à 3 h par jour 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aucune différence significative entre les trois groupes pour ce qui est de la diminution des symptômes atypiques du TAS. ● Différence significative pour ce qui est de la diminution des symptômes typiques du TAS. ● La réponse dépend de l'intensité du traitement dans le cas des symptômes typiques seulement.

* EDH-TAS : échelle de dépression de Hamilton appliquée au trouble affectif saisonnier.

ces études, on a généralement utilisé une intensité de 2500 lux pendant une heure ou deux, mais des études plus récentes ont montré qu'une exposition de 30 minutes à une intensité de 10 000 lux était tout aussi efficace²⁴. Puisque la diminution du temps d'exposition permet une meilleure observance thérapeutique, l'exposition de 30 minutes, à une intensité de 10 000 lux, est devenue la norme clinique, et elle est recommandée par le Canadian Consensus Group on SAD²⁴. Cependant, le moment optimal d'administration de ce traitement est controversé. Selon les résultats des études réalisées jusqu'à présent, le traitement matinal aurait tendance à être plus efficace. La Conférence canadienne de consensus recommande par conséquent l'exposition dès le réveil. Le type de lumière semble moins important que son intensité, mais la lumière blanche serait supérieure aux lumières utilisant une seule couleur du spectre visible^{2,24}. La Conférence préconise donc l'utilisation de lampes fluorescentes diffusant une lumière blanche, mais

qui n'émettent pas de rayons UV.

Il en ressort que le patient devrait utiliser une lampe fluorescente de 10 000 lux, pendant 30 minutes, le matin. Il n'est pas nécessaire de toujours regarder la lampe, mais il faut toujours garder les yeux ouverts. Pour diminuer les effets indésirables en début de traitement, la durée d'exposition peut être ramenée à 10 minutes, puis augmentée graduellement jusqu'à 30 minutes. Enfin, la photothérapie doit être poursuivie tout au long de l'hiver puisque, durant cette période, les symptômes réapparaissent rapidement après l'interruption du traitement¹¹.

Produits commercialisés

Au *tableau III*, nous indiquons les spécifications des deux lampes présentement commercialisées au Canada. Certaines autres sont distribuées aux États-Unis ; on les trouve facilement dans des sites Internet, mais les fabricants ne semblent pas faire de livraison au Canada.

T A B L E A U III

Produits commercialisés au Canada

Produits	Description	Prix	Comment se les procurer
TASelite	<ul style="list-style-type: none"> ● Intensité de 10 000 lux, à 50 cm de la lampe ● Filtre anti-UV ● Lampe portative ● Garantie de cinq ans sur pièces et main-d'œuvre ● Les tubes fluorescents doivent être remplacés après deux ans d'utilisation 	<ul style="list-style-type: none"> ● 230 \$ CA + taxes ● Tubes fluorescents : 25 \$ CA + taxes, pour deux tubes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Par téléphone : 1 800 263-0066 ● Par Internet : www.Northernlight-tech.com ● Par écrit : Les technologies Northern Light 8971, rue Henri-Bourassa Ouest Montréal (Québec) H4S 1P7 ● Ailleurs : Pharmacies Brunet Boiteau Luminaire Médi-Select
TRAVelite	<ul style="list-style-type: none"> ● Intensité de 6000 lux à 40 cm de la lampe ● Filtre anti-UV ● Produit plus petit et léger (1 kg) ● Lampe portative ● Garantie de cinq ans sur pièces et main-d'œuvre ● Les tubes fluorescents doivent être remplacés après deux ans d'utilisation 	<ul style="list-style-type: none"> ● 230 \$ CA + taxes ● Tubes fluorescents : 25 \$ CA + taxes pour deux tubes 	Voir ci-dessus.

118

Autres indications

La photothérapie semble efficace dans le traitement d'autres états pathologiques que le trouble affectif saisonnier. En effet, elle est utilisée depuis plusieurs années dans le traitement de différentes affections cutanées telles que le psoriasis et l'eczéma.

Selon la documentation consultée, en présence d'une dépression non saisonnière, la photothérapie, administrée seule ou en association avec un antidépresseur, s'avère efficace dans 12 à 35 % des cas²⁸. De plus, elle favoriserait la diminution des symptômes beaucoup plus rapidement que les antidépresseurs²⁸.

La photothérapie pourrait également se révéler utile en présence de dépression bipolaire. Une étude menée par Deltino et ses collaborateurs fait état d'un taux d'amélioration de 90,3 % chez un petit groupe de patients atteints du trouble bipolaire, quelle que fût l'intensité lumineuse uti-

lisée³. Ces résultats devront être corroborés par d'autres études menées sur un plus grand nombre de sujets.

Selon Parry et ses collaborateurs, la photothérapie, administrée à différentes intensités et à différents moments de la journée, s'est également révélée efficace en présence d'un trouble dysphorique de la phase lutéale tardive^{3,29}.

En outre, certaines petites études et certains rapports de cas révèlent que la photothérapie peut être utile dans le traitement de la boulimie, puisqu'elle agit sur les épisodes de fringales³⁰.

L'utilisation de la photothérapie dans le traitement de la dépression postpartum n'a pas encore été étudiée, mais deux rapports de cas signalent une diminution des symptômes de 75 %³¹. Il faudrait par conséquent mener des études pour corroborer ce résultat, mais on pourrait d'ores et déjà proposer la photothérapie aux patientes qui refusent de prendre un antidépresseur.

Enfin, Satlin et ses collaborateurs ont utilisé la photo-

thérapie chez 10 patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Ils ont obtenu un effet bénéfique dans 80 % des cas, qui s'est traduit par une réduction des troubles du sommeil, de la confusion et de l'agitation psychomotrice³.

DÉPUIS UNE DIZAINE D'ANNÉES, l'intérêt pour la photothérapie ne cesse de croître. Même si son mécanisme d'action n'a pas encore été élucidé, les études actuelles confirment son efficacité dans le traitement du trouble affectif saisonnier. Au Canada et dans d'autres pays, on la recommande déjà comme traitement de premier recours en cas de trouble affectif saisonnier. Même s'il est encore trop tôt pour se prononcer sur l'efficacité de la photothérapie en prophylaxie, les données actuelles sont prometteuses. Il faudrait cependant mener des études cliniques rigoureuses avant que la photothérapie ne puisse être recommandée dans la prévention de ce trouble. Les études à venir permettront peut-être aussi de préciser les indications actuelles et nouvelles de ce traitement. ☞

Bibliographie

- Gross F, Gysin F. Photothérapie en psychiatrie : actualité clinique et revue des indications. *Encéphale* 1996 ; 22 : 143-8.
- Hawkins L. Seasonal affective disorders: the effects of light on human behaviour. *Endeavour* 1992 ; 16 (3) : 112-7.
- Sartori S, Poirrier R. Syndrome affectif saisonnier et photothérapie : concepts théoriques et applications cliniques. *Encéphale* 1996 ; 22 : 7-16.
- Attar-Levy D. Les dépressions saisonnières. *Thérapie* 1998 ; 53 : 489-98.
- Atezaz Saeed S, Timothy JB. Seasonal affective disorders. *Am Fam Physician* 1998 ; 15 : 57 (6) : 1340-6, 1351-2.
- Swedo SE, Allen AJ, Glod CA, et al. A controlled trial of light therapy for the treatment of pediatric seasonal affective disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997 ; 36 (6) : 816-21.
- Dalglish T, Rosen K, Marks M. Rhythm and blues: the theory and treatment of seasonal affective disorder. *Br J Clin Psychol* 1996 ; 35 : 163-82.
- Schmittbiel A, Gross MJ, Bujon-Pinard P, et al. Chronobiologie et dépression : les dépressions saisonnières. *Ann Med Psychol* 1994 ; 152 (7) : 444-56.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4^e éd. Paris : Masson, 1996 : 384-459.
- Attar-Lévy D. Dépressions saisonnières. *Rev Prat* 1997 ; 1 (47) : 1899-903.
- Lahmeyer HW. Seasonal affective disorders. *Psychiatr Med* 1991 ; 9 (1) : 105-14.
- Avisr S, Schreiber G, Nechamkin Y, et al. Effects of seasons and light therapy on G protein levels in mononuclear leukocytes of patients with seasonal affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 56 : 178-83.
- Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, et al. Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1984 ; 41 : 72-80.
- Terman M, Terman JS, Quitkin FM, et al. Light therapy for seasonal affective disorder: a review of efficacy. *Neuropsychopharm* 1989 ; 2 : 1-22.
- Meesters Y, Jansen JHC, Beersma AL, et al. Early light treatment can prevent an emerging winter depression from developing into a full-blown depression. *J Affect Disord* 1993 ; 29 : 41-7.
- Partonen T, Lönnqvist J. Prevention of winter seasonal affective disorder by bright-light treatment. *Psychol Med* 1996 ; 26 : 1075-80.
- Eastman CI, Young MA, Fogg LF, et al. Bright light treatment of winter depression: a placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1998 ; 55 : 883-9.
- Ghadirian AM, Murphy BEP, Gendron MJ. Efficacy of light versus tryptophan therapy in seasonal affective disorder. *J Affect Disord* 1998 ; 50 : 23-7.
- Postolache TT, Hardin TA, Myers FS, et al. Greater improvement in summer than with light treatment in winter in patients with seasonal affective disorder. *Am J Psychiatry* 1998 ; 155 : 1614-6.
- Ruhrmann S, Kasper S, Hawellek B, et al. Effects of fluoxetine versus bright light in the treatment of seasonal affective disorder. *Psychol Med* 1998 ; 28 : 923-33.
- Terman M, Terman JS, Ross DC. A controlled trial of timed bright light and negative air ionization for treatment of winter depression. *Arch Gen Psychiatry* 1998 ; 55 : 875-82.
- Lee TMC, Chan CCH. Dose-response relationship of phototherapy for seasonal affective disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 1999 ; 99 : 315-23.
- Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments. *Lignes directrices pour le diagnostic et le traitement pharmacologique de la dépression*. 1^{re} éd. rév. Cameron McCleery, 1999 : 1-76.
- Lam RW, Levitt AJ. Canadian consensus guidelines for the treatment of seasonal affective disorder. *Can J Diagn* octobre 1998 ; Suppl : 1-15.
- Terman M, Terman JS. Bright light therapy: side effects and benefits across the symptom spectrum. *J Clin Psychiatry* 1999 ; 60 : 799-808.
- Schwartz PJ, Brown C, Wehr TA, et al. Winter seasonal affective disorder: a follow-up study of the first 59 patients of the National Institute of Mental Health seasonal studies program. *Am J Psychiatry* 1996 ; 153 : 1028-36.
- Praschak-Rieder N, Neumeister A, Hesselmann B, et al. Suicidal tendencies as a complication of light therapy for seasonal affective disorder: a report of three cases. *J Clin Psychiatry* 1997 ; 58 : 389-92.
- Kripke DF. Light treatment for nonseasonal depression: speed, efficacy, and combined treatment. *J Affect Disord* 1998 ; 49 : 109-17.
- Lam RW, Carter D, Misri S, et al. A controlled study of light therapy in women with luteal phase dysphoric disorder. *Psychiatry Research* 1999 ; 86 : 185-92.
- Braun DL, Sunday SR, Fornari VM, et al. Bright light therapy decreases winter binge frequency in women with bulimia nervosa: a double-blind, placebo-controlled study. *Compr Psychiatry* 1999 ; 40 (6) : 442-8.
- Corral M, Kuan A, Kostaras D, et al. Bright light therapy's effect on postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2000 ; 157 (2) : 303-4.