Luminothérapie & Dépression(s)

Dr Géraldine Pfleger
Centre Hospitalier d'Erstein
Pharmacopsy 2024

Luminothérapie & dépression(s)

01

Généralités
Historique

02

Efficacité

03

Trouble affectif saisonnier

04

Luminothérapie dans le trouble affectif saisonnier

05

Luminothérapie dans la dépression unipolaire et bipolaire

06

Autres applications de la luminothérapie
Chronothérapies

01

Généralités Historique

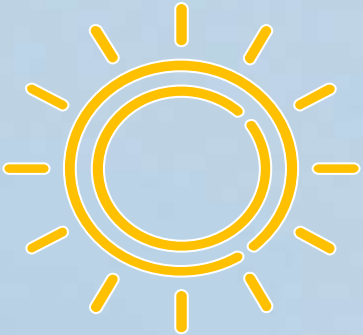
Héliothérapie

Photothérapie
UV A et B

Dermatologie
Néonatalogie
Immunologie

Luminothérapie
Lumière naturelle ou artificielle sans UV

Psychiatrie
Médecine du sommeil
Neurologie



Effets de la lumière

Entrainement des rythmes biologiques
Suppression de la libération nocturne de mélatonine
Production de vitamine D
Régulation du cœur
Régulation de la température corporelle
Effets positifs sur la vigilance, la cognition et l'humeur

Neuro-anatomie du système circadien

Horloge biologique interne

Génétiquement programmée
Située NSC de l'hypothalamus
Gouverne les fonctions à rythmicité circadiennes
Synchronisée sur la journée de 24h par la lumière

Physiologie du rythme veille-sommeil

Modèle à deux processus
Processus circadien
Processus homéostatique (pression de sommeil)
Désalignement => troubles du rythme V/S, troubles de l'humeur

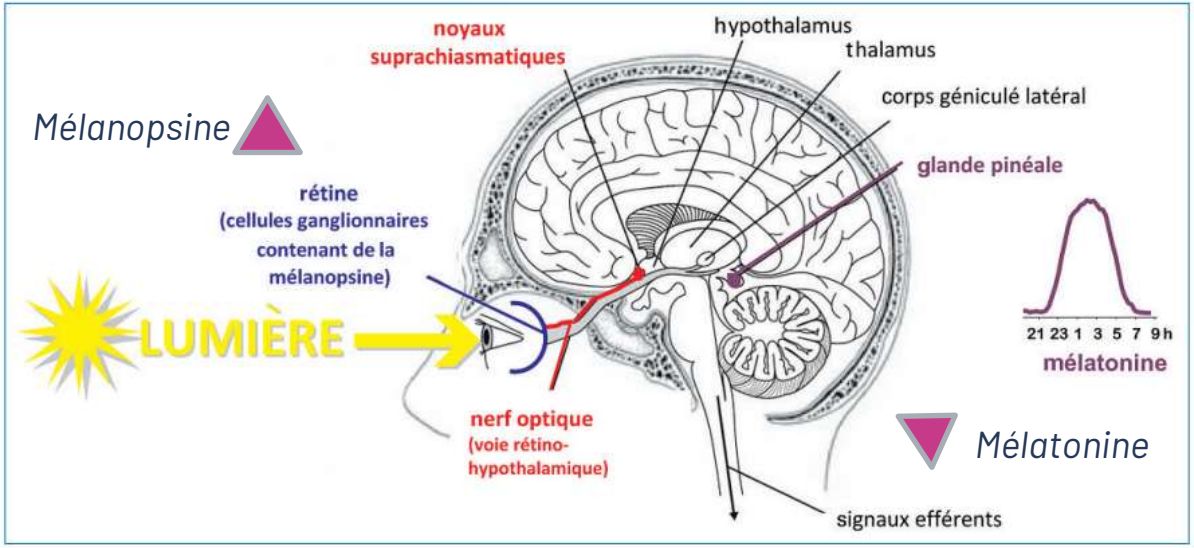
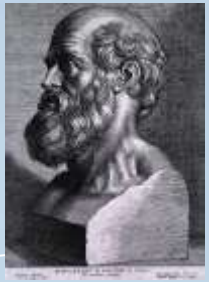


Figure 1
Neuro-anatomie simplifiée du système circadien. L'horloge interne, située dans le noyau suprachiasmatique (NSC), gouverne tous les rythmes de 24 heures dans le cerveau et le reste du corps. L'information lumineuse est directement transmise au NSC par les cellules ganglionnaires de la rétine (sensibles à la couleur bleue) contenant de la mélanopsine, via la voie rétino-hypothalamique. La lumière commande la libération nocturne de mélatonine via une voie multi-synaptique depuis le NSC jusqu'à la glande pinéale.

Wirz-Justice A, Cajochen C. Rythmes circadiens et dépression : possibilités de traitements chronobiologiques, Forum Med Suisse 2011 ;11(32-33) :536-541

Historique

400 av JC



Hippocrate décrit les bienfaits thérapeutiques de la lumière du soleil sur l'humeur et la santé mentale, nomme cette thérapie **l'héliothérapie**

XIXe siècle

Kraepelin : 4 à 5% des patients PMD ont une **périodicité saisonnière**

Vertus thérapeutiques du soleil reconnues en psychiatrie, dermatologie et immunologie

Années 1980

Wehr et al., 1979
Modifications des rythmes biologiques peuvent avoir **effet antidépresseur**

Lewy et al., 1980
Suppression sécrétion de **mélatonine** par la lumière intense chez l'homme

Un nouveau traitement : La luminothérapie

1982

Alfred Lewy et al.

1e description effet thérapeutique LT

Hypothèse : la DS est liée à une sécrétion pathologique tardive de mélatonine

LT appliquée à un patient présentant des récurrences dépressives automnales

Guérison de l'épisode dépressif

Am J Psychiatry 139:11, November 1982

Bright Artificial Light Treatment of a Manic-Depressive Patient with a Seasonal Mood Cycle

BY ALFRED J. LEWY, M.D., PH.D., HERBERT A. KERN, NORMAN E. ROSENTHAL, M.D., AND THOMAS A. WEHR, M.D.

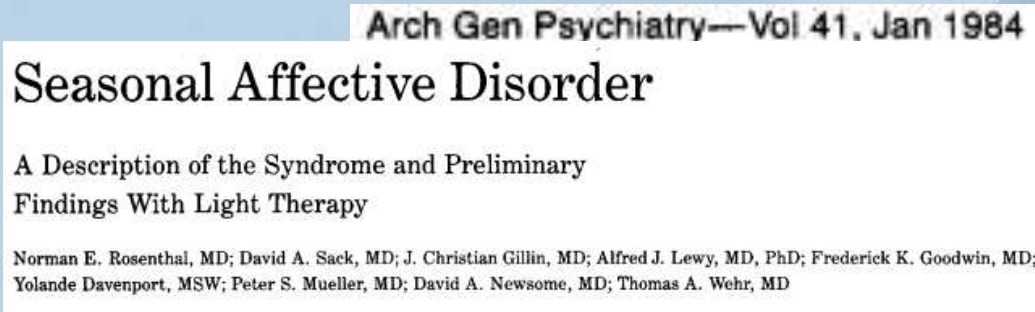
Un nouveau diagnostic :
Le trouble affectif saisonnier

1982

Premiers essais de LT dans la DS
A partir du premier essai positif Lewy et al.
NIMH recrute via Washington Post de patients avec récurrences dépressives automnales.

1984

Norman Rosenthal définit le trouble affectif saisonnier, TAS
Seasonal affective disorder, SAD
Développe la luminothérapie comme traitement du TAS, validé par des essais cliniques



Arch Gen Psychiatry—Vol 41, Jan 1984

Seasonal Affective Disorder

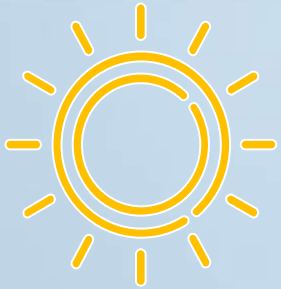
A Description of the Syndrome and Preliminary Findings With Light Therapy

Norman E. Rosenthal, MD; David A. Sack, MD; J. Christian Gillin, MD; Alfred J. Lewy, MD, PhD; Frederick K. Goodwin, MD; Yolande Davenport, MSW; Peter S. Mueller, MD; David A. Newsome, MD; Thomas A. Wehr, MD

02

Efficacité

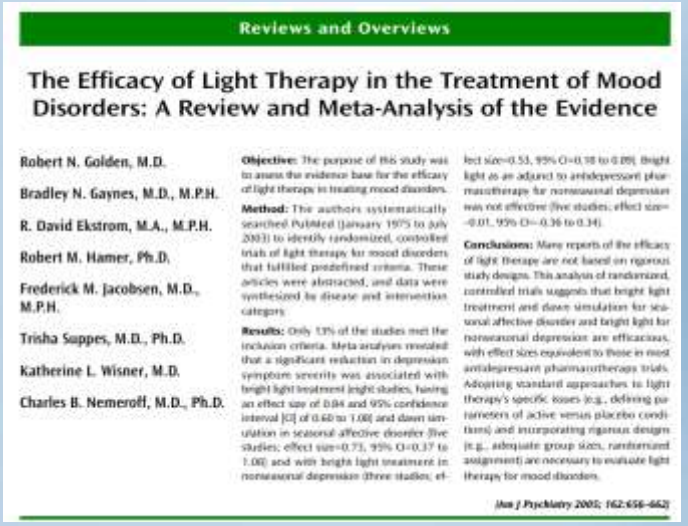
Efficacité de la LT



	Première études positives	Revues et méta-analyses	Efficacité
LT dans TAS	Rosenthal N. et al., 1984	Golden R. et al., 2005	?
LT dans dépression NS	Kripke et al., 1992	Golden R. et al., 2005 Al-Karawi D., Jubair L., 2016 Long T. et al., 2020	?
LT dans DB	Kripke et al., 1992	Tseng P. et al, 2015	?
LT dans prévention TAS		Nussbaumer et al., 2019	?
LT vs médicaments		Geoffroy et al., 2019	?
LT en combinaison vs monothérapie		Geoffroy et al., 2019	?

LT dans DS et DNS

Golden R. et al., AM J Psychiatry, 2005



Reviews and Overviews

The Efficacy of Light Therapy in the Treatment of Mood Disorders: A Review and Meta-Analysis of the Evidence

Robert N. Golden, M.D.
Bradley N. Gaynes, M.D., M.P.H.
R. David Ekstrom, M.A., M.P.H.
Robert M. Hamer, Ph.D.
Frederick M. Jacobsen, M.D., M.P.H.
Trisha Suppes, M.D., Ph.D.
Katherine L. Wisner, M.D.
Charles B. Nemeroff, M.D., Ph.D.

Objective: The purpose of this study was to assess the evidence base for the efficacy of light therapy in treating mood disorders.

Method: The authors systematically searched PubMed (January 1975 to July 2003) to identify randomized, controlled trials of light therapy for mood disorders that fulfilled predefined criteria. These articles were abstracted, and data were synthesized by disease and intervention category.

Results: Only 13% of the studies met the inclusion criteria. Meta-analyses revealed that a significant reduction in depression symptom severity was associated with bright light treatment (eight studies, having an effect size of 0.84 and 95% confidence interval [CI] of 0.60 to 1.08) and dawn simulation in seasonal affective disorder (five studies; effect size=0.73, 95% CI=0.37 to 1.08) and with bright light treatment in nonseasonal depression (three studies; effect size=0.53, 95% CI=0.18 to 0.89). Bright light as an adjunct to antidepressant pharmacotherapy for nonseasonal depression was not effective (five studies; effect size=−0.01, 95% CI=−0.36 to 0.34).

Conclusions: Many reports of the efficacy of light therapy are not based on rigorous study designs. This analysis of randomized, controlled trials suggests that bright light treatment and dawn simulation for seasonal affective disorder and bright light for nonseasonal depression are efficacious, with effect sizes equivalent to those in most antidepressant pharmacotherapy trials. Adopting standard approaches to light therapy's specific issues (e.g., defining parameters of active versus placebo conditions) and incorporating rigorous designs (e.g., adequate group sizes, randomized assignment) are necessary to evaluate light therapy for mood disorders.

Am J Psychiatry 2005; 162:656–662

Contexte

Première méta-analyse
A la demande de l'APA
Preuves de l'efficacité LT en EBM

Méta-analyse

ECR : LT dans les tb de l'humeur
Patients phase aigüe
Traitement vs plb
20 études

Conclusions

Effets significatifs de :

- **LT dans TAS**
- **LT dans dépression non saisonnière**
- **Simulateur d'aube dans TAS**

Effet non significatif de LT comme ttt adjuvant dans dépression NS

Effets comparables à ceux observés dans les études sur les AD

LT dans DNS

Al-Karawi D., Jubair L., J Aff Dis, 2016

Journal of Affective Disorders

Contents lists available at ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad

Review article

Bright light therapy for nonseasonal depression: Meta-analysis of clinical trials

Dalia Al-Karawi [a,*], Luqman Jubair [b]

Méta-analyse

- ECR, patients avec dépression NS
- Placebo valide, échelle de dépression
- Articles 1991-2015
- 9 études, 419 patients

Résultats

- LT améliore significativement la dépression
- Meilleure réponse dans exposition à moyen terme (2-5 semaines)
- LT comme ttt adjuvant : effet non significatif
- LT dans dépression post-partum : non significatif (hétérogénité +++)

Conclusions

Efficacité LT dans dépression NS démontrée de façon robuste

Cohérent avec autres MA (Tuunainen et al. 2004, Golden et al. 2005)

Profil hétérogène des études ne permet **pas de conclure sur les paramètres d'utilisation optimale LT** (intensité, durée d'exposition)

LT dans DNS

Long T. et al., Psych Research, 2020

Contents lists available at ScienceDirect

Psychiatry Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychres

Review article

Light therapy in non-seasonal depression: An update meta-analysis

Long Tao[a,b], Rui Jiang[a,b], Kuo Zhang[a,b], Zhikan Qian[a,b], Peng Chen[a,b], Yili Lv[c], Yuyou Yao[a,b,*]

[a] School of Public Health, Anhui Medical University, 81 Meishan Road, Hefei, Anhui, 230032, China
[b] Anhui Provincial Key Laboratory of Population Health & Aristogenics, Hefei, Anhui, 230032, China
[c] Anhui Provincial Center for Disease Control and Prevention, Hefei, Anhui, 230601, China

Méta-analyse

ECR, patients avec dépression NS
Plb/ctrl valide, échelle de dépression
23 études, 1120 patients
Analyse en sous-groupes

Résultats

LT améliore significativement la dépression
LT a un effet léger à modéré
LT en monothérapie a effet > LT en combinaison
LT utilisant lumière blanche > autres longueurs d'onde (mais faible puissance)
Etudes avec plb lumineux > plb non lumineux
Effet LT significatif chez patients ambulatoires mais non chez patients

Conclusions

Effet significatif léger à modéré
LT dans dépression NS vs plb/ctrl

LT a le meilleur effet lq elle est utilisée :

- en monothérapie
- chez les patients ambulatoires,
- le matin,
- moins de 60 minutes/j
- en lumière blanche

LT dans dépression bipolaire

Tseng P. et al., Eur NeuroPP, 2016

European Neuropsychopharmacology
Volume 26, Issue 6, June 2016, Pages 1037-1047
ELSEVIER

Light therapy in the treatment of patients with bipolar depression: A meta-analytic study

Ping-Tao Tseng [a 1], Yen-Wen Chen [b 1], Kun-Yu Tu [a], Weilun Chung [a], Hung-Yu Wang [a], Ching-Kuan Wu [a], Pao-Yen Lin [c d]

Méta-analyse

41 articles, 3 ECR, après exclusion : N=11
Effets LT dans DB
Articles décrivent effet LT en combinaison avec ttt ou privation totale de sommeil

Résultats

Etudes comparant sévérité DB avant/après LT
=> amélioration significative après LT
Etudes comparant effet ttt (méd ou PVS) avec ou sans LT
=> meilleure réponse avec LT

Conclusions

LT diminue sévérité DB en association avec ttt méd ou privation de sommeil

LT en add-on permet une meilleure réponse que ttt sans LT

LT sûre, peu d'effets indésirables, minimes

Rares virages, avec rémission spontanée ou sous traitement

LT vs AD / Monothérapie vs. combinaison

Geoffroy P. et al, Sleep Medecine Reviews, 2019

Efficacy of light therapy versus antidepressant drugs, and of the combination versus monotherapy, in major depressive episodes: a systematic review and meta-analysis.

Pierre A. GEOFFROY[1,2,3*]; Carmen M. SCHRODER[1,2,4] ; Eve REYNAUD[2] ; Patrice BOURGIN[1,2].

Méta-analyse

7 études, 397 patients
Patients ambulatoires ++
Patients avec DU et DB S et NS, EDC modéré à sévère
Interventions 5 semaines (2-8)

Résultats

LT + plb AD vs AD + placebo LT : pas de différences significatives
LT + AD vs AD + plb LT : scores de dépression inférieurs dans groupe LT + AD, effet significatif ; effet confirmé dans le sous-groupe de patients avec dépression NS
LT + AD vs L + placebo AD : pas de diff

Conclusions

Pas de différence efficacité entre LT et AD introduit en 1e ligne dans ttt EDC S ou NS.

LT produit effets plus rapides et améliore les altérations des rythmes circadiens.

La **combinaison LT + AD est supérieure à la monothérapie** AD ou LT, effet synergique

Plaide pour son utilisation en 1e ligne

Bonne tolérance et profil de sécurité encourage à utiliser LT dans ttt EDC S et NS.

LT seule ou en add-on : stratégie de 1e ligne ?

LT dans prévention TAS

Nussbaumer et al., Cochrane Library, 2019

Cochrane Library
Cochrane Database of Systematic Reviews

Light therapy for preventing seasonal affective disorder (Review)

Nussbaumer-Streit B, Forneris CA, Morgan LC, Van Noord MG, Gaynes BN, Greenblatt A, Wipplinger J, Lux LJ, Winkler D, Gartlehner G

Méta-analyse

Un seule ECR
46 patients
LT vs pas de traitement
Patients avec ATCD dépression hivernale

Résultats

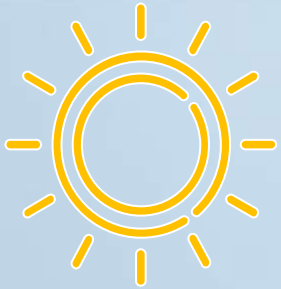
LT a **réduit le risque d'incidence du TAS de 36 %**
Mais IC à 95 % très large
Nombreuses limites méthodologiques (taille échantillon, auto-évaluation des symptômes dépressifs, absence de contrôle de l'observance, etc.)

Conclusions

Même agrégé à d'autres résultats les auteurs n'ont **pas pu conclure** sur l'efficacité de le LT en prévention des rechutes de TAS.

Recommandent d'autres études.

Efficacité de la LT



	Première études positives	Revues et méta-analyses	Efficacité
LT dans TAS	Rosenthal N. et al., 1984	Golden R. et al., 2005	Significative +++
LT dans dépression NS	Kripke et al., 1992	Golden R. et al., 2005 Al-Karawi D., Jubair L., 2016 Long T. et al., 2020	Significative ++ Effet léger à modéré
LT dans DB	Kripke et al., 1992	Tseng P. et al, 2015	Significative +
LT dans prévention TAS		Nussbaumer et al., 2019	Non significatif
LT vs médicaments		Geoffroy et al., 2019	Equivalence LT/IRS
LT en combinaison vs monothérapie		Geoffroy et al., 2019	Supériorité combinaison vs monothérapie

Place dans les recommandations CANMAT 2016

CANMAT Guidelines

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 5. Complementary and Alternative Medicine Treatments

The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie
2016, Vol. 61(9) 576-587
© The Author(s) 2016
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0706743716660290
TheCJP.ca | LaRCP.ca
SAGE

Arun V. Ravindran, MB, PhD[1], Lynda G. Balneaves, PhD[1], Guy Faulkner, PhD[2], Abigail Ortiz, MD, MSc[3], Diane McIntosh, MD[4], Rachel L. Morehouse, MD[5], Lakshmi Ravindran, MD[1], Lakshmi N. Yatham, MB, MBA (Exec)[4], Sidney H. Kennedy, MD[1], Raymond W. Lam, MD[4], Glenda M. MacQueen, MD, PhD[6], Roumen V. Milev, MD, PhD[7], Sagar V. Parikh, MD[1,8], and the CANMAT Depression Work Group[9]

Table 1. Criteria for Level of Evidence and Line of Treatment.

	Criteria
Level of evidence[a]	
1	Meta-analysis with narrow confidence intervals and/or 2 or more RCTs with adequate sample size, preferably placebo controlled
2	Meta-analysis with wide confidence intervals and/or 1 or more RCTs with adequate sample size
3	Small-sample RCTs or nonrandomized, controlled prospective studies or case series or high-quality retrospective studies
4	Expert opinion/consensus
Line of treatment	
First line	Level 1 or level 2 Evidence, plus clinical support[b]
Second line	Level 3 Evidence or higher, plus clinical support[b]
Third line	Level 4 Evidence or higher, plus clinical support[b]

Table 2. Summary of Recommendations for Physical and Meditative Treatments.

Intervention	Indication	Recommendation	Evidence	Monotherapy or Adjunctive Therapy
Exercise	Mild to moderate MDD	First line	Level 1	Monotherapy
	Moderate to severe MDD	Second line	Level 1	Adjunctive
Light therapy	Seasonal (winter) MDD	First line	Level 1	Monotherapy
	Mild to moderate nonseasonal MDD	Second line	Level 2	Monotherapy and adjunctive
Yoga	Mild to moderate MDD	Second line	Level 2	Adjunctive
Acupuncture	Mild to moderate MDD	Third line	Level 2	Adjunctive
Sleep deprivation	Moderate to severe MDD	Third line	Level 2	Adjunctive

MDD, major depressive disorder.

03

Troubles affectifs saisonniers

Trouble affectif saisonnier

Etiologie mal connue, interaction de **facteurs environnementaux et génétiques**

Implique des anomalies du sommeil et des rythmes biologiques, aussi bien circadiens qu'infradiens

Entité **transdiagnostique**, qui affecte des patients atteints de trouble bipolaire et unipolaire

Prévalence entre 0,4 et 16% dans la population générale et 10% dans les pays scandinaves

Principales hypothèses

Chronobiologiques

Perturbations de l'horloge biologique centrale :
retard de phase des rythmes circadiens, diminution de l'amplitude circadienne pendant l'hiver, sensibilité anormale à la réduction de la longueur des jours

Correction du retard de phase
Synchronisation des rythmes circadiens

Perturbations du système de l'éveil

Fluctuations saisonnières des voies monoaminergiques
Hiver : + grande amplitude densité et affinité au transporteur de la recapture de la sérotonine (SERT)

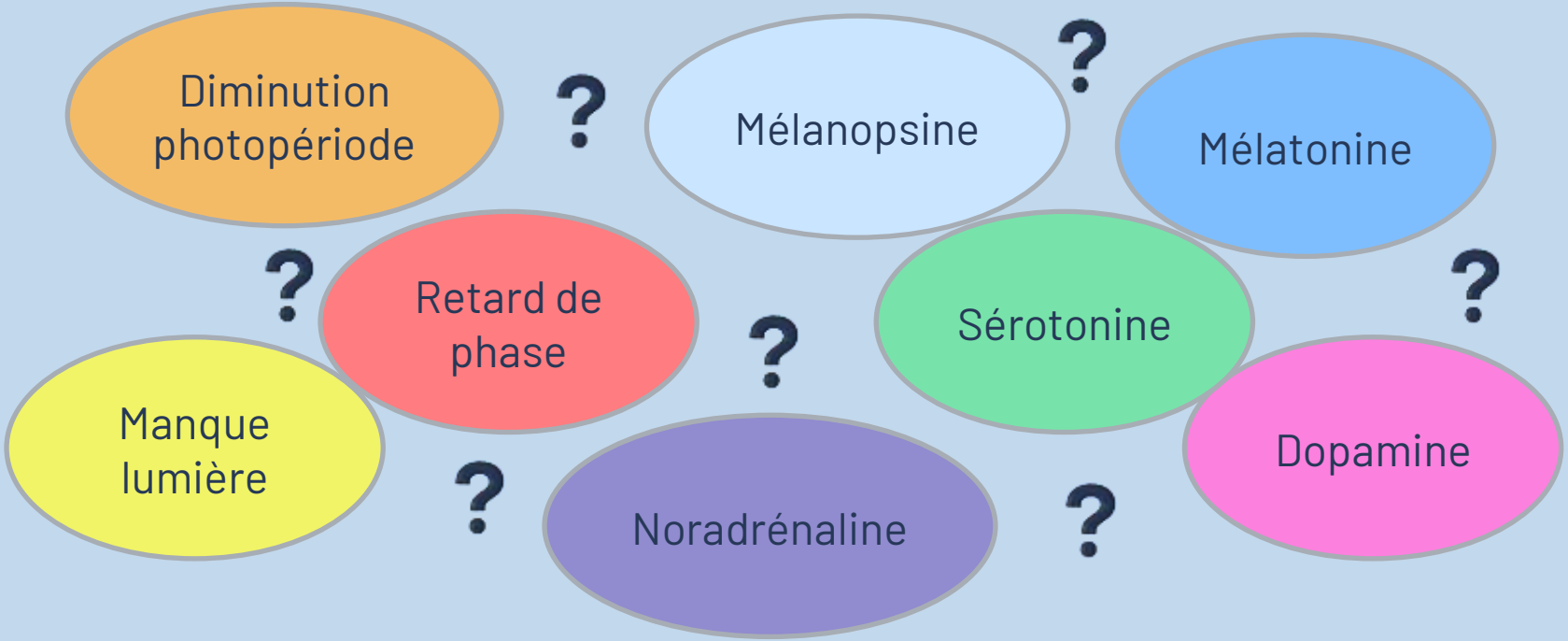
Diminution liaison sérotonine au SERT
Augmentation concentration extracellulaire de sérotonine

Perturbations de la macrostructure du sommeil

Diminution de l'efficacité du sommeil en hiver
Puissance des ondes lentes delta diminuée

Sur processus homéostatique
Augmentation de l'activité delta des ondes lentes
Impliquant la mélanopsine

Physiopathologie



Epidémiologie

1-3 % population
Bandiera et al., 2019

Durée moyenne 5 mois

Latitude influence prévalence
Relation non linéaire
10% pays scandinaves

Age moyen : 20-40 ans

Survenue automne/hiver
Disparition printemps

Prépondérance féminine
75%

Critères diagnostiques

Survenue d'EDC à une période particulière de l'année (début automne)
Rémission spontanée à une période particulière (début printemps)
Rémission complète dans les intervalles (ou passage état hypomaniaque ou maniaque)
Caractère consécutif des épisodes
Possibilité d'épisodes non saisonniers mais en fréquence nettement moindre
Absence de facteur psychosocial saisonnier (chômage, date anniversaire, traumatisme)
Symptômes végétatifs inverses : facultatif pour le diagnostic

Profil symptomatique

Humeur dépressive
Anxiété

Intensité légère à modérée
Hospitalisation rares
Idées suicidaires rares

Baisse d'énergie
Troubles de la concentration
Asthénie marquée

Signes végétatifs
Hypersomnie 60-70%
Augmentation appétit 55-70%
Compulsion sucrées 50-75%
Prise de poids 50-75%

Evaluation

Echelles de dépression mal adaptées
Sous-évaluent les symptômes végétatifs

Outils spécifiques validés en français

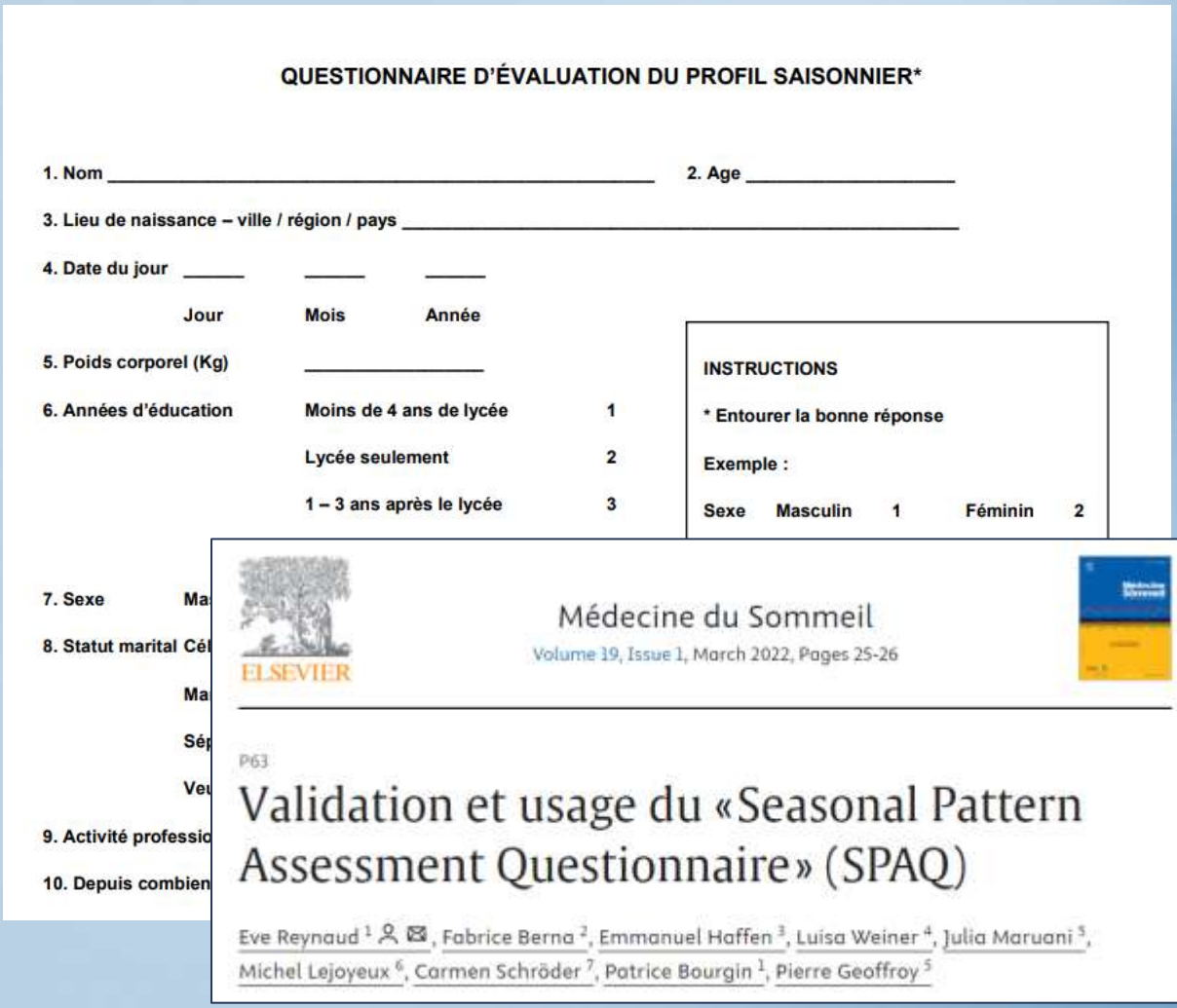
Seasonal Pattern Assesment Questionnaire - SPAQ

Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale -Seasonal Affective Disorder – SIGH-SAD

Autres

Seasonal Health Questionnaire

Inventory Seasonal Variation



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU PROFIL SAISONNIER*

1. Nom _____ 2. Age _____

3. Lieu de naissance – ville / région / pays _____

4. Date du jour _____ _____ _____

Jour Mois Année

5. Poids corporel (Kg) _____

6. Années d'éducation
Moins de 4 ans de lycée 1
Lycée seulement 2
1 – 3 ans après le lycée 3

INSTRUCTIONS

* Entourer la bonne réponse

Exemple :

Sexe Masculin 1 Féminin 2

7. Sexe Ma

8. Statut marital Cé
Ma
Sé
Veu

9. Activité professio

10. Depuis combien

ELSEVIER

Médecine du Sommeil

Volume 19, Issue 1, March 2022, Pages 25-26

P63

Validation et usage du «Seasonal Pattern Assessment Questionnaire» (SPAQ)

Eve Reynaud [1], Fabrice Berna [2], Emmanuel Haffen [3], Luisa Weiner [4], Julia Maruani [5], Michel Lejoyeux [6], Carmen Schröder [7], Patrice Bourgin [1], Pierre Geoffroy [5]

Traitement

1e Luminothérapie

Efficace **65% des cas**
Symptômes végétatifs = critère de bonne réponse

2e Antidépresseurs

Type ISRS
Si échec LT (6 semaines)
Si CI ou effets secondaires

LT + AD = effet synergique
mais augmente le risque de virage

04

Luminothérapie dans le TAS

Dispositifs

Lampes

Casques

Simulateurs d’aube

Critères

Filtre UV

Lumière polychromatique blanche

2500-10000 lux

Logo CE : normes des dispositifs médicaux de classe IIA de la Directive Européenne 93/42/CEE

Matériel et installation

30 minutes à 10.000 lux
1h à 5.000 lux
2h à 2.500 lux

Le **matin** (entre 6h et 8h)

Distance **30-80 cm**
Lampe à hauteur des yeux

Activité possible
Lecture, ordinateur, etc.

Optimisation LT

Efficacité LT dépend horaire de ttt

Efficacité X2

Lien avec début de sécrétion de mélatonine

Pas de mesure en routine

Intérêt du questionnaire de matinalité/vespéralité – MEQ de Horne et Ostberg

Questionnaire de chronotype	
Résultats de chronotype	*Début de traitement de la luminothérap (il doit durer 30 minutes)*
23-26	8 h 15
27-30	8 h 00
31-34	7 h 45
35-38	7 h 30
39-41	7 h 15
42-45	7 h 00
46-49	6 h 45
50-53	6 h 30
54-57	6 h 15
58-61	6 h 00
62-65	5 h 45
66-68	5 h 30

ÊTES-VOUS COUCHE-TÔT OU COUCHE-TARD ?
Questionnaire de typologie circadienne de Horne et Ostberg

Instructions :

1. Lisez attentivement chaque question avant d'y répondre.
2. Répondez à toutes les questions.
3. Répondez aux questions dans l'ordre.
4. Vous pouvez répondre aux questions les unes indépendamment des autres. Ne revenez pas en arrière pour vérifier votre réponse.
5. Pour les questions à choix multiples, mettez une croix devant une seule réponse. Pour les échelles, placez une croix au point approprié.
6. Répondez à chaque question aussi sir
confidentiels.
7. Faites les commentaires que vous juge

**Si vous viviez à votre rythme (celui
entièrement libre d'organiser votre j**

5h

< 5

CALCULEZ VOTRE SCORE

Au dessus de 70 vous êtes	**TOUT A FAIT DU MATIN**
Entre 59 et 69 vous êtes	**DU MATIN MODERE**
Entre 42et 58 vous êtes	**NEUTRE**
Entre 31 et 41 vous êtes	**DU SOIR MODERE**
Moins de 30 vous êtes	**TOUT A FAIT DU SOIR**

Si vous viviez à votre rythme (celui qui vous plaît le plus), à quelle heure vous mettriez-vous au lit étant entièrement libre d'organiser votre journée ?

20h 21h 22h 23h 0h 1h 2h 3h

Durée de traitement

Réponse rapide
3-4 jours
Effet complet 4 semaines

Poursuivre pendant la
période à risque
Risque rechute à l'arrêt

Traitement préventif
Début quelques semaine
avant période à risque

Avantages LT vs AD :
Rapide
Pas de syndrome de sevrage
Effets indésirables bénins

Contre-indications

Le plus souvent relatives

Troubles ophtalmiques

Cataracte, DMLA, glaucome, rétinite pigmentaire, etc.

Lésions de la rétine

Rétinopathie diabétique, herpès, etc.

Avis ophtalmologique

Risque cutané

Lucite ou photo-allergie
Porphyrie cutanée

Traitements photo-sensibilants

Cutanés : cyamémazine, chlorpromazine, ttt du psoriasis, etc.
Oculaires : imipramine, fluoxétine, amiodarone, hydrochlorothiazide, mélatonine, lithium, etc.

Patients bipolaires

LT déconseillée sans thymorégulateur

Effets indésirables

Céphalées 13-21%

Fatigue oculaire 17-27%, éblouissement, démangeaisons conjonctivales

Agitation, hyperactivité, akathisie 6-13%

Nausées 7%

Sédation, somnolence 6%

Insomnie

Virage chez patient bipolaire

Que faire en cas d'EI ?

Réduire l'intensité lumineuse ou la durée d'exposition

Décaler l'exposition à midi

Faire des pauses, éloigner la lampe, humidifier l'air

Associations avec LT

Antidépresseurs

Effet synergique

Supérieur à la monothérapie LT ou AD

Augmente le risque de virage

Bi-chronothérapie

Privation de sommeil + LT : effet synergique

Action rapide en 24-48h avec PS, maintien grâce à la LT

05

LT dans dépression unipolaire et bipolaire

LT et trouble bipolaire

TB avec cyclicité saisonnière :

- **25% épisodes dépressifs**
- **15% épisodes maniaques**

Anomalies des rythmes circadiens présentes à toutes les phases de la maladie.

La caractéristique saisonnière TB :

- importante, reflet d'un tableau clinique plus sévère
- MAIS n'apparait pas dans les algorithmes décisionnels de ttt.

Modalités d'utilisation LT dans DB

LT + thymorégulateur pour prévenir les virages et améliorer et maintenir l'effet AD de la LT

Débuter à **midi** pour éviter le virage maniaque et avancer l'horaire de LT en cas d'inefficacité

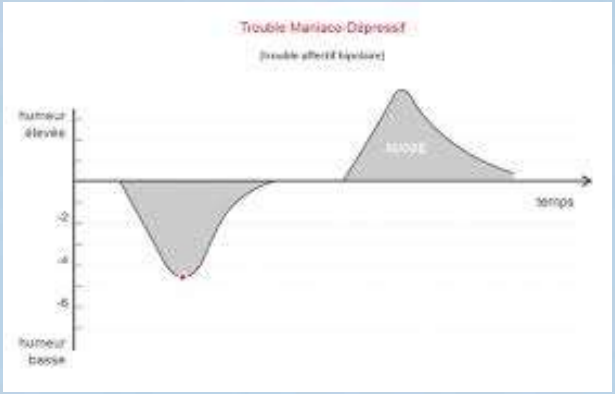
Durée d'exposition doit être **titrée** pour éviter les virages

Surveiller les signes d'agitation, d'irritabilité ou de virage hypomaniaque.

Action rapide, faible risque d'EI et de virage

Les paramètres d'efficacité lumineuse ne sont pas totalement fixés :

- Intensité lumineuse < 10.000 lux efficaces, fonction de la durée d'exposition.
- Réponse possible avec expositions à 300-500 lux.



	DU	DB
Dose **Intensité lumineuse dépend de la durée d'exposition**	10.000 lux 30 min Ou 5.000 lux 1h Ou 2.500 lux 2h En cas de réponse partielle avec bonne tolérance, augmenter la durée et/ou l'intensité lumineuse	Titration Ex : 5.000 lux, augmentation de 15 min/semaine jusqu'à 1h à 1 mois Ou 10.000 lux 7,5 min avec une augmentation à 15 min la 2e semaine et de 15 min les suivantes jusqu'à 45-60 min (fct E/T)
Distance et angle de la source lumineuse	Lampe à hauteur des yeux Distance 30-80 cm, exposition directe	
Couleur du spectre lumineux	Lumière blanche polychromatique (niveau de preuve le plus élevé) Lumière enrichie en bleu efficace aussi dans le TAS	
Heure d'exposition	Tôt le matin Journalier, horaires réguliers Considérer le chronotype	Tôt le matin ou en mi-journée (surtout si ATCD de virage) Journalier, horaires réguliers Considérer le chronotype
Délai de réponse	3-4 semaines (1e effets AD peuvent apparaître dès 4 jours dans les TAS et les DB)	
Durée de ttt	Jusqu'à réduction des symptômes dépressifs A maintenir pendant 1 an ou en cas de TAS jq'à la fin de la période de rémission spontanée (printemps, été)	
Prévention du virage (hypo)maniaque	Aucune	Thymorégulateur antimaniaque

06

Autres applications LT et chronothérapies

Troubles du rythme veille/sommeil

Travail posté

Application de la LT avant le travail
Permet diminution fatigue et irritabilité

Avance de phase

Troubles du sommeil par avance de phase peuvent être traités par séances vespérales de LT

Retard de phase

Troubles du sommeil par retard de phase peuvent être traités par séances matinales de LT

Jet lag

LT après un voyage

Affections psychiatriques

Boulimie

Efficacité uniquement dans la **boulimie à pattern saisonnier**

Trouble dysphorique prémenstruel

Dépression périnatale

Dépression résistante

Effet pas démontré

Domaine neurologique & gériatrique

Pistes de recherche en gériatrie

- Tb du sommeil et apathie
- Tb du comportement dans la démence sénile
- Tb du sommeil chez la PA et les perturbations du comportement liés au phénomène de sundowing (comportements agités plus intenses et plus fréquents le soir)

Effet pas démontré

Neurologie

- Symptômes de la maladie de Parkinson

Effet pas démontré

Insomnie de maintien du sujet âgé

> 65 ans, endormissement satisfaisant, sommeil fragmenté avec éveils prolongés en seconde partie de nuit et augmentation du temps de sommeil diurne.

LT est alternative aux hypnotiques

Thérapies d'éveil

Privation de sommeil

Techniques

- **Privation de sommeil de 24h**
- **Privation partielle** durant la seconde partie de la nuit : le patient se couche tôt, avant de se lever vers 1h ou 2h et passer le reste de la nuit éveillé.
- **Traitement par avancement de phase du sommeil** : le sommeil est avancé de 5-6h, jusqu'à amélioration (effet AD). Le facteur essentiel est l'éveil en seconde partie de nuit.

Le +

Action AD rapide : 60% des cas dès le lendemain après privation de sommeil de 24h

Le -

Amélioration passagère, rechute fréquente après une nuit de sommeil récupérateur.

Intérêt de la combinaison LT + PV

Merci de votre attention !

CREDITS: This presentation template was created by **Slidesgo**, and includes icons by **Flaticon**, and infographics & images by **Freepik**