



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Le trouble affectif saisonnier

Seasonal affective disorder

L. Chneiweiss

5, rue Kepler, 75116 Paris, France

Reçu le 19 juin 2013 ; accepté le 15 mars 2014

MOTS CLÉS

Trouble affectif
saisonnier ;
Dépression
saisonnaire ;
Retard de phase ;
Sensibilité
rétinienne ;
Luminothérapie ;
Observance

KEYWORDS

Seasonal affective
disorder ;
Seasonal depression ;
Phase shift ;
Retinal sensitivity ;
Bright light therapy ;
Compliance

Résumé Le trouble affectif saisonnier (ou dépression saisonnière) est une affection fréquente, récurrente durant la période hivernale et bien souvent sous-diagnostiquée. L'une des premières explications physiopathologiques insistait sur les retards de phase observés chez les patients. Plus récemment, la génétique, l'étude de la sensibilité rétinienne et de ses liens avec la mélanopsine, la sérotonine et la dopamine illustrent toute la complexité de la régulation saisonnière de l'humeur. La photothérapie (ou luminothérapie) a fait la preuve de son intérêt mais les contraintes du traitement en limitent l'observance. L'accompagnement et le lien thérapeutique sont les éléments déterminants d'une efficacité à long terme.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Seasonal affective disorder (or winter depression) is a frequent disorder, recurring during winter and often underdiagnosed. One of the first hypotheses was the phase shift hypothesis (phase delay). Recently, genetics, retinal sensitivity and its links with melatonin, serotonin and dopamine illustrate the complexity of seasonal mood regulation. Bright light therapy is widely accepted as first-line treatment. Now, the central challenge is the prevention of depression recurrence each fall/winter season. The therapeutic alliance quality is crucial for compliance and long-term efficiency.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Adresse e-mail : lchneiweiss@free.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.msom.2014.03.002>

1769-4493/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Nous sommes tous (ou presque) des saisonniers. Les enquêtes menées en population générale montrent que la plupart d'entre nous connaissent des modifications de leur humeur en fonction des saisons. Dès 1989, l'équipe de N. Rosenthal, le père du concept de trouble affectif saisonnier, constatait auprès d'un échantillon représentatif de la population du Maryland que 90% des personnes interrogées montraient des variations de leur humeur au cours de l'année [1]. Pour l'essentiel de cet échantillon, les baisses d'humeur se produisaient en hiver avec un symptôme dominant : la fatigue.

Assez rapidement, les concepts de trouble affectif saisonnier (TAS) et de dépression saisonnière se sont superposés. Dans la dernière édition du DSM, le TAS est classé comme forme clinique des états dépressifs. Cette assimilation est discutable car les patients souffrant de TAS ne sont pas toujours « tristes » comme le demande le critère « A » de la définition des Épisodes dépressifs caractérisés. Ils sont surtout fatigués, et cette fatigue aboutit régulièrement à une hyperémotivité. Le [Tableau 1](#) résume le tableau clinique du TAS, avec les critères définis par Magnusson et Partonen en 2005 [2].

Description clinique

Le TAS apparaît à l'approche de l'hiver et disparaît au printemps. Cette récurrence régulière annuelle est le premier critère pathologique [3,4].

La fatigue est le symptôme le plus caractéristique du TAS. Alors que la plupart des états dépressifs sont marqués par une douleur morale (anxiété et tristesse), ce n'est pas systématique dans le TAS et c'est la raison pour laquelle on parle de trouble affectif saisonnier tout autant que de dépression saisonnière. Dans un épisode dépressif caractérisé, la fatigue est souvent plus intense le matin que le soir, tandis que dans le TAS elle est présente tout au long de la journée. La tristesse semble y être une conséquence de l'épuisement.

Cette intense fatigue physique s'associe au ralentissement global des fonctions cognitives, symptôme également observé dans les autres formes de dépression : les patients se plaignent de troubles de la mémoire à tous les modes (à court et à long terme, procédurale et autobiographique, etc.). L'attention est réduite, les prises de décision sont plus hésitantes [5].

La fatigue s'intègre dans une perturbation globale des rythmes veille-sommeil : la perturbation diurne s'accompagne de troubles du sommeil. Toutes les formes cliniques de troubles du sommeil peuvent s'observer : difficultés d'endormissement (assez rarement), réveils nocturnes à répétition, rêves perturbants sans cauchemar, réveils difficiles et parfois des hypersomnies. Très rares sont les réveils matinaux précoces.

Ces constatations permettent de rapprocher le TAS du décalage de phase. Une étude menée par H.J. Lee et l'équipe de D. Kripke de l'université de Californie a montré la parenté existant entre décalage de phase et TAS [6]. Dans un groupe de 337 patients consécutifs souffrant de décalages de phase, la prévalence de TAS ou de SubTAS était significativement plus importante que dans un groupe de 331 témoins (*Odd ratio* : 3,34). Comparés aux sujets du groupe témoin, les patients souffrant de décalage de phase

montraient une plus grande saisonnalité, déclaraient dormir environ 2 heures de plus en hiver qu'en été et présentaient une plus grande fluctuation de leur poids en fonction des saisons. De leur côté, les patients souffrant de TAS et de subTAS étaient plus ralentis le matin. Ces observations montrent qu'il existe une comorbidité partielle entre décalage de phase et TAS. Nous verrons plus loin les liens pathophysiologiques qu'entretiennent ces deux troubles.

Les patients souffrant de TAS consomment des aliments plus riches, et plus particulièrement des glucides, mais leur comportement alimentaire ne correspond pas à celui des boulimiques. La fréquence de leurs crises de boulimie est faible et ils ne se lèvent pas la nuit pour vider leur réfrigérateur [7]. Plus simplement, chaque repas contient une proportion exagérée de glucides.

Arbisi et ses collègues de l'université de Minneapolis aux États-Unis ont montré qu'il existait dans le TAS une altération du goût. Les patients souffrant de TAS sont moins sensibles au goût sucré et ressentent plus tardivement que les témoins une sensation de satiété [8]. Il semblerait également que les glucides entraînent chez ces patients souffrant de TAS un sentiment de plus grande énergie et un effet réducteur sur leur fatigue, contrairement à la plupart des individus ne souffrant pas de saisonnalité chez qui la consommation excessive de glucides entraîne une accentuation de la fatigue [9] !

Au cours de ces dernières années, une attention toute particulière a été portée sur la fréquence des douleurs présentes lors des épisodes dépressifs. La sémiologie du TAS comporte elle aussi de nombreux aspects somatiques, parmi lesquels figurent les douleurs. La fréquence et l'originalité de ces douleurs font débat [10,11]. Mais si toutes les parties du corps peuvent devenir douloureuses, les patients se plaignent avant tout de céphalées, de lombalgies et les femmes de syndromes prémenstruels (dont la clinique comporte, entre autres symptômes, des douleurs).

Les données concernant la fréquence des maladies physiques chez les patients dépressifs sont contradictoires. Dans le TAS, les éléments manquent encore pour savoir si nos patients souffrent plus que les autres de pathologies organiques. Nous savons que la mortalité par accidents cardiovasculaires est plus importante en hiver, et ce, quelle que soit la latitude (à Hawaï, proche de l'Équateur, la mortalité est plus importante en hiver [12]). Nous savons également que les patients souffrant d'un TAS consultent plus souvent leur médecin généraliste que les autres, pour toutes sortes de maladies [13].

Une conséquence logique : des consommations excessives de stimulants et de substances toxiques. La consommation d'alcool augmente en population générale durant les périodes hivernales. C'est bien entendu également le cas chez les patients dépendants à l'alcool. Cet excès de consommation d'alcool est plus important chez les patients souffrant de TAS qu'en population générale, signant une réelle comorbidité entre TAS et abus d'alcool [14].

Les effets stimulants du café sont bien connus. Il s'agit là probablement de l'auto-traitement du TAS le plus répandu [15]. À côté du café, le tabac semble pour certains auteurs le stimulant favori des TAS [16].

Les autres troubles dépressifs connaissent également une recrudescence en hiver, même s'ils ne correspondent pas au tableau clinique du TAS. E. Christensen et ses collègues de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3068637>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3068637>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)