

# Alopécie

V. DESCAMPS (Bichat, Paris), J.-M. BONNETBLANC (Limoges), B. CRICKX (Bichat, Paris), J.-C. ROUJEAU (Créteil)

### Objectifs

- Diagnostiquer une alopécie.
- Recueillir les données sémiologiques d'une alopécie.
- Orienter le diagnostic étiologique.
- Information au patient.

**L'** alopécie est une raréfaction ou une disparition des cheveux.

### RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE : LE CYCLE PILAIRE

Le cheveu est formé de trois parties : le bulbe pileux ou « racine », la tige pileuse formée de kératine et les gaines épithéliales correspondant à l'invagination de l'épiderme en profondeur dans le derme. Le follicule pileux est une structure dynamique, originale et complexe qui est soumise à de nombreux facteurs (facteurs génétiques, facteurs de croissance, hormones, neuromédiateurs, ...). Le développement du follicule pileux est cyclique et indépendant pour les 100 000 à 150 000 follicules répartis sur l'ensemble du cuir chevelu. Trois phases se succèdent pour chaque follicule : la phase anagène de croissance (3 à 6 ans), la phase catagène d'involution (3 semaines), la phase télogène de repos puis de chute (2 à 6 mois). La phase anagène détermine la longueur du cheveu sachant que le cheveu pousse de 0,3 mm par jour. Pendant la phase anagène le bulbe pileux est le siège de la production de la kératine du cheveu. En phase télogène, les cellules souches épidermiques du follicule qui sont localisées dans une zone située juste au dessus du bulbe pileux vont migrer en profondeur vers le bulbe pour réactiver une nouvelle phase anagène à l'origine d'un nouveau cheveu. De façon physiologique il existe par jour une chute d'une cinquantaine de cheveux.

La couleur des cheveux est déterminée par la présence de mélanocytes au niveau de la zone matricielle du bulbe pileux.

L'alopécie peut résulter de plusieurs mécanismes :

– anomalie de la structure de la tige pileuse : génétique (dysplasie pileuse) ou acquise (dystrophie, trichotillomanie) ;

– défaut de production du cheveu : par carence (carence martiale), lié à des troubles endocriniens (dysthyroïdie), « physiologique » (alopécie androgénogénétique) ou par arrêt du cycle pileux en phase anagène ou effluvium anagène d'origine toxique (certaines chimiothérapies) ;

– destruction de la tige pileuse par des agents infectieux kératinophiles (teigne tondante) ;

– destruction du follicule pileux d'origine physique, inflammatoire, infectieuse, tumorale à l'origine d'une alopécie dite cicatricielle (pseudo-pelade) ;

– réponse immune dirigée contre le follicule pileux (pelade) ;

– chute excessive par une entrée prématurée en phase télogène (effluvium télogène).

### RECUEILLIR LES DONNÉES SÉMOLOGIQUES D'UNE ALOPÉCIE

#### Interrogatoire

Il recherchera plusieurs types d'informations :

– âge et les circonstances de survenue : acquise ou congénitale ;

– mode d'apparition : aigu ou chronique ;

– antécédents personnels en particulier endocrinologiques (thyroïde, cycle menstruel) et d'éventuelles carences (régime alimentaire, pathologie associée, saignements) ;

– antécédents familiaux d'alopécie androgénogénétique (qui peut s'ajouter à une autre cause d'alopécie) ;

– prises médicamenteuses ;

– traitements reçus pour l'alopécie ;

– habitudes cosmétiques (défrisage, traction, coloration).

## Examen clinique

Il a pour objectif de confirmer l'alopécie et de préciser ses caractéristiques sémiologiques :

- l'aspect des cheveux : chez l'enfant en particulier une anomalie de la structure du cheveu (dysplasie pilaire) pourra être recherchée à l'œil nu mais sera affirmé par l'étude au microscope en lumière polarisée ; de même la présence de cheveux cassés (trichotillomanie) ou dystrophiques (défrisage) sera recherchée
- la densité de la chevelure peut être appréciée en plaquant les cheveux de part et d'autre de la ligne médiane
- le test de traction permet de façon simple par la traction d'une dizaine de cheveux pincés entre le pouce et l'index en différents points du cuir chevelu d'apprécier l'importance d'une chute de cheveux (normalement limitée à 1 à 2 cheveux après traction de 10 cheveux).

## Aspect du cuir chevelu

Il permettra de classer l'alopécie :

- diffuse ou localisée ;
- non cicatricielle (cuir chevelu sain ou simple érythème ou état squameux, lésions de folliculite) ou cicatricielle (si présence d'érythème avec un aspect atrophique ou scléreux du cuir chevelu, lésions de folliculites avec anomalie du cuir chevelu) le plus souvent irréversible ;
- chez la femme seront recherchés en cas d'alopécie diffuse un hirsutisme, une acné pouvant témoigner d'une hyperandrogénie ;
- chez l'enfant une alopécie diffuse congénitale devra faire rechercher d'autres anomalies (ongles, dents, examen neurologique) dans le cadre d'un syndrome génétique complexe ;
- l'étude en lumière de Wood pourra compléter l'examen clinique en cas de suspicion de teigne tondante à la recherche d'une fluorescence au niveau des plaques.

Ces éléments permettent d'orienter le diagnostic étiologique (tableau I).

## Examens complémentaires

Ils seront orientés par les données sémiologiques et ne seront utiles que dans certaines circonstances précises.

Dans le cas des alopécies diffuses non cicatricielles acquises et récentes pour lesquelles le motif de consultation est le plus souvent une « chute de cheveux » dans la majorité des cas aucun examen complémentaire sera demandé. Il s'agit en effet d'un effluvium télogène le plus souvent transitoire.

Il pourrait être confirmé par le trichogramme qui définit le rapport des cheveux en phase anagène (85 p. 100) – phase télogène.

Si cette « chute de cheveux » se prolonge les examens seront limités à des examens biologiques simples : NFS plaquettes, VS, ferritinémie, TSH ultrasensible. Ces examens permettront de rechercher une carence martiale, une dysthyroïdie.

En cas d'orientation clinique sera réalisé un bilan immuno-  
logique (FAN, C3, C4, CH50) pour un lupus systémique,

Tableau I. – Principales étiologies des alopécies.

### Alopécies congénitales et/ou constitutionnelles :

Rares (prise en charge spécialisée)

### Alopécies acquises :

#### 1. non cicatricielles

##### A. localisées (mais pouvant s'étendre).

- pelade
- traumatismes (trichotillomanie...)
- teigne

##### B. diffuses :

- androgénogénétique
- effluvium télogène (post-partum, « stress », lupus systémique)
- dysthyroïdie
- carence martiale
- médicaments, toxiques
- syphilis secondaire

#### 2. cicatricielles (le plus souvent localisées)

- pseudo pelade secondaire : lupus érythémateux, lichen plan, sclérodermies idiopathiques
- certaines folliculites : folliculites décalvantes, folliculites disséquantes
- pustulose érosive du scalp
- dermatoses bulleuses (porphyrie, pemphigoïde cicatricielle)
- post-traumatiques : brûlures, traumatisme, radiodermite
- amylose, mucinose folliculaire
- pathologies tumorales du cuir chevelu

une sérologie VIH, TPHA et VDRL pour une syphilis secondaire.

Dans le cas des alopécies androgénétiques masculines le diagnostic est clinique sur la présentation caractéristique de l'alopécie et ne nécessite aucun examen complémentaire. Dans le cas des alopécies androgénétiques féminines un bilan d'hyperandrogénie ne sera réalisé qu'en présence d'autres manifestations évoquant une hyperandrogénie (acné, troubles menstruels, hirsutisme, signes de virilisation) à la recherche d'une origine surrénalienne (sulfate de déhydroandrostènedione, 17OH progestérone) ou ovarienne (delta-4-androstènedione) et dosage de la testostérone libre dans les cinq premiers jours du cycle en absence de contraception orale.

Dans le cas des alopécies diffuses non cicatricielles congénitales (généralement chez l'enfant) une étude de la partie proximale de la tige pilaire (non modifiée par des facteurs externes) au microscope en lumière polarisée permettra de rechercher une éventuelle dysplasie pilaire.

Dans les alopécies localisées non cicatricielles les examens seront orientés en fonction de la présence ou non d'anomalies du cuir chevelu :

– si le cuir chevelu est sain le diagnostic de pelade peut être affirmé cliniquement et ne nécessite aucun examen complémentaire ;

– s'il existe des plaques alopéciques avec des cheveux coupés courts évoquant une teigne tondante : prélèvement mycologique des squames et des cheveux orienté par l'exa-

men en lumière de Wood avec un examen direct et une mise en culture en milieu de Sabouraud à la recherche d'une dermatophytie (3 semaines de culture) ;

– en cas de folliculite : prélèvements bactériologique, mycologique.

Les alopecies localisées cicatricielles à type de pseudopelade sont les principales indications à une biopsie du cuir chevelu : elles réalisent des plaques alopeciques avec aspect érythémateux, scléreux ou atrophique du cuir chevelu : biopsie du cuir chevelu avec étude histologique et immunofluorescence directe à la recherche d'arguments histologiques en faveur d'un lichen plan, d'un lupus discoïde ou d'une sclérodermie. La biopsie sera réalisée en périphérie sur les zones actives des lésions.

Les examens biochimiques du cheveu proposés par certains laboratoires n'ont aucun intérêt en pratique courante.

#### PRINCIPAUX DIAGNOSTICS ÉTIOLOGIQUES DES ALOPECIES ACQUISES. ÉLÉMENTS D'INFORMATIONS AU PATIENT

### Alopécie androgéno-génétique

Son diagnostic est clinique : chez l'homme l'alopecie est circonscrite à extension progressive affectant successivement les zones fronto-temporales (golfes temporaux), le vertex, puis en tonsure. Elle a souvent un caractère héréditaire. Chez la femme, l'évolution est beaucoup plus lente et respecte la lisière frontale du cuir chevelu avec une raréfaction ovale du vertex. Chez la femme une alopecie diffuse, sévère et précoce doit faire évoquer une hyperandrogénie en cas d'association à un hirsutisme, une dysménorrhée et une acné.

La grande majorité des alopecies androgénogénétiques est associée à un taux normal d'androgènes circulants et résultent de l'activité plus importante d'une enzyme, la 5 alpha réductase qui convertit dans le follicule pileux la testostérone circulante en dihydrotestostérone active localement. La dihydrotestostérone réduit la durée des cycles pilaires et induit au cours du temps une miniaturisation puis une disparition du follicule pileux.

Bien que cette alopecie soit physiologique, son retentissement peut justifier un traitement : dans les deux sexes, application topique de minoxidil à 2 p. 100 dont les effets ne sont notables qu'après trois mois d'application bi-quotidienne et optimum au bout de six à huit mois. Une réponse cosmétologique acceptable n'est observée que dans un tiers des cas ; il s'agit d'un traitement purement suspensif. Chez l'homme le finastéride (Propecia®), inhibiteur de la 5 alpha réductase, est disponible à la dose d'1 mg par jour avec une efficacité démontrée dans des études randomisées. Le traitement est remis sur prescription médicale, mais n'est pas remboursé. Les effets secondaires sont mineurs. En revanche, ce traitement est contre indiqué chez la femme. Chez la femme, un traitement médical par anti-androgène peut être proposé suivant différents schémas : par exemple adminis-

tration d'acétate de cyprotérone (Androcur®) à la dose de 50 mg par jour, du cinquième au vingt cinquième jour du cycle, en association avec Éthinylœstradiol 50 microgrammes sur une période d'au moins douze mois.

Les greffes de follicules pileux ou une chirurgie de réduction de tonsure peuvent aussi être proposées.

### L'effluvium télogène

Il est le plus souvent aigu ou subaigu et est la conséquence d'une conversion télogène des follicules pileux suivie d'une chute dans les deux mois suivants. Il est suivi d'une repousse normale. Les causes sont multiples : alopecies du post-partum, après une forte fièvre, diverses infections, des maladies inflammatoires (lupus érythémateux) ou un choc opératoire, médicaments... A un moindre degré il existe un effluvium télogène physiologique saisonnier en automne et au printemps.

Il ne nécessite aucun traitement. Des traitements vitaminiques sont souvent prescrits à visée psychologique. La prise en charge psychologique est essentielle, ces « chutes de cheveux » ayant souvent un retentissement psychologique majeur. Il est important de rassurer les patients sur le caractère généralement transitoire de ces chutes.

### Les teignes dermatophytiques

Elles s'observent principalement chez l'enfant. Les plaques alopeciques sont dues à la cassure plus ou moins haute de groupes de cheveux détruits par les dermatophytes kératophiles. Il peut s'agir de teignes microsporiques à grandes plaques peu nombreuses, le plus souvent dues à *Microsporum canis* d'origine animale (chien, chat) ; ailleurs il s'agit d'une teigne trichophytique à *Trichophyton violaceum* ou *Trichophyton soudanense* d'origine humaine donnant de plus petites plaques nombreuses avec la responsabilité de. Un examen de l'ensemble des proches en particulier en cas de dermatophyte anthropophile est nécessaire avec un traitement de tous les sujets atteints. Un agent zoophile devra faire rechercher et traiter l'animal (chat, chien) à l'origine de la contamination. La législation impose actuellement l'éviction scolaire en cas de teigne jusqu'à guérison (prélèvement mycologique négatif).

### La pelade

Cette alopecie en aires (alopecia areata) peut se généraliser (pelade décalvante) et atteindre l'ensemble des zones pileuses (pelade universelle). Elle survient chez un sujet en bon état général, sous forme d'une alopecie propre, non squameuse, non atrophique. Le cuir chevelu est normal. En périphérie des plaques circonscrites, on voit des cheveux en point d'exclamation ou très courts prenant l'aspect de pseudo-comédons. L'évolution spontanée la plus fréquente de la plaque peladique est une repousse au bout de plusieurs mois, débutant par des duvets blancs au centre de la plaque qui se repigmenteront progressivement ; les récurrences restent fréquentes et imprévisibles. La repousse est plus incertaine en cas de début

précoce prépubertaire, multiplicité des plaques, pelade décalvante totale, pelade ophiasique (pelade de la région occipitale), d'une évolution supérieure à un an, d'atteinte des cils ou des ongles (micro-punctuations de la tablette unguéale lui donnant une consistance rugueuse et auxquelles peuvent s'associer des stries longitudinales). La pelade est considérée comme une maladie auto-immune dirigée contre les follicules pileux. Au cours de la pelade, les follicules pileux sont présents mais les follicules anagènes n'achèvent pas leur maturation. L'étiologie reste inconnue. Plusieurs facteurs sont retenus : facteurs immunologiques en raison des possibilités d'association à d'autres maladies auto-immunes (thyroïdite, vitiligo...) et en raison de la présence d'un infiltrat lymphocytaire péri-pilaire sur des lésions précoces ; facteurs génétiques puisque des cas familiaux sont parfois retrouvés ; le terrain atopique semble également plus fréquent ; facteurs psychologiques, le stress apparaissant comme un élément déclenchant. Le diagnostic de pelade est clinique et n'impose aucun bilan (ni biopsie ni biologie) en l'absence de point d'appel particulier.

Le traitement de la pelade tient compte des facteurs de gravité énumérés et de la possible régression spontanée dans les plaques uniques ou peu nombreuses. Les formes limitées pourront être traitées par cryothérapie, des rubéfiants locaux ou dermo-corticoïdes. Dans la pelade grave, après l'échec du minoxidil en solution à 5 p. 100, il peut être discuté l'indication d'une puvathérapie, ou des protocoles utilisant des sensibilisants locaux (diphencyprone). Plus récemment, des traitements par bolus de corticoïdes ont été proposés dans ces formes graves, aiguës et récentes. Une prise en charge psychologique est essentielle visant à rassurer le patient sur le caractère bénin et « non cicatriciel » des lésions pouvant amener à une repousse complète.

### La trichotillomanie

Elle s'observe surtout chez l'enfant réalisant une alopécie circonscrite non cicatricielle avec cheveux cassés, de taille irrégulière ou retrouvés le matin sur l'oreiller. Le traitement

repose sur la prise de conscience du tic par l'enfant et sa famille. Son pronostic est habituellement bénin, mais le problème doit être pris au sérieux car il survient souvent dans un contexte de perte affective. Chez l'adulte, la trichotillomanie peut témoigner d'un trouble psychologique plus grave nécessitant une prise en charge spécifique.

### Pseudo-pelades

Le diagnostic étiologique est souvent difficile et repose sur l'analyse des zones inflammatoires actives en périphérie de l'alopécie ainsi que sur un examen dermatologique et général complet. L'examen histologique et l'immunofluorescence cutanée peuvent orienter le diagnostic à condition de disposer de lésions évolutives jeunes : en effet au stade de cicatrices séquellaires, le processus inflammatoire a détruit de façon irréversible le follicule pileux, n'autorisant aucun diagnostic rétrospectif. Les étiologies sont multiples :

- le lupus érythémateux où la pseudo pelade est habituellement érythémateuse, squameuse et discrètement atrophique et où il existe en histologie un infiltrat péri-pilaire tandis que l'immunofluorescence peut montrer une bande lupique ;

- le lichen plan avec atteinte de toute la hauteur du follicule par l'infiltrat lymphocytaire détruisant la gaine épithéliale externe ;

- la sarcoïdose, la sclérodermie en plaques à un stade précoce, certaines métastases (sein) peuvent également se présenter sous l'aspect d'une pseudopelade ;

- en l'absence d'étiologie et devant un aspect clinique stéréotypé sous forme de petites zones alopeciques, disséminées sur l'ensemble du cuir chevelu comme « des pas dans la neige », on retient le diagnostic de pseudo-pelade idiopathique. Dans l'hypothèse d'une atteinte séquellaire de l'une des étiologies précédemment citées notamment lupus érythémateux ou lichen plan, un traitement étiologique est parfois proposé (antipaludéens de synthèse, corticothérapie générale sur six semaines) en sachant que l'alopécie installée est irréversible.

### Points clés

1. Le follicule pileux est une structure dynamique régie par un cycle pilaire sous l'influence de multiples facteurs.
2. L'interrogatoire et l'examen clinique sont essentiels pour l'orientation diagnostique d'une alopécie permettant de les classer en alopécie acquise/constitutionnelle, diffuse/localisée et cicatricielle/non cicatricielle.
3. Les examens complémentaires ont des indications limitées.
4. L'effluvium télogène, l'alopécie androgénogénétique et la pelade sont les trois principales causes d'alopécie.
5. Seules les alopecies cicatricielles à type de pseudo-pelade justifient la réalisation d'une biopsie du cuir chevelu.
6. Evoquer une teigne devant tout état squameux, alopecique chez l'enfant.

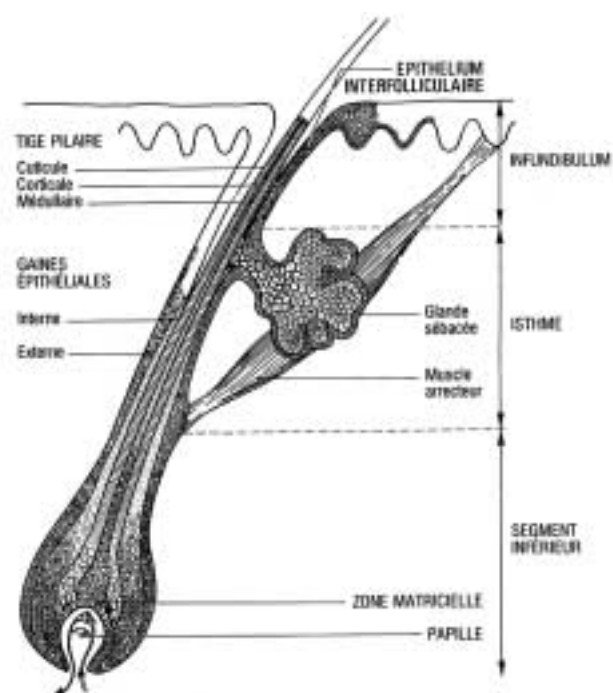


Fig. 1. Le cheveu.



Fig. 3. Pelade (avec cheveux en points d'exclamation).



Fig. 2. Pelade.