

Anne Hersart

Mini congrès SASPAS 26/03/2013

# Orientation diagnostique et prise en charge de la perte de cheveux et de l'alopecie



## 1. Un peu de physiopathologie

### 1.1. Le cycle pileux

Le follicule pileux est une annexe de l'épithélium du crâne. Son développement est cyclique suivant trois phases qui se répètent.

- Phase anagène ou de croissance: le cheveu pousse régulièrement (0,3mm/j) de 3 (homme) à 6 ans (femmes), ce qui détermine sa longueur. Cette phase est favorisée par des facteurs de croissance, des apports nutritionnels équilibrés, les œstrogènes et les hormones thyroïdiennes. A contrario, les hormones mâles (comme la déhydrotestostérone) favorisent la miniaturisation du cheveu.
- Phase catagène ou d'involution: env. 3 semaines
- Phase télogène ou de repos, qui prépare un nouveau cycle et s'achève par la chute du cheveu : 2 à 6 mois.

Les follicules évoluent de façon asynchrone les uns des autres. Le nombre de follicules pileux diminue avec l'âge.

Il existe une perte physiologique d'environ 30-80 cheveux par jour, avec des variations saisonnières.

## 1.2. Distinction entre Effluvium et alopecie vraie

- **L'effluvium** est une chute de cheveux et/ou de poils diffuse, rapide, aigue ou chronique, pouvant conduire à une alopecie. Le motif de consultation est la sensation d'une chute exagérée de cheveux. Elle résulte d'une synchronisation du cycle pileux des follicules pileux. Il peut être physiologique notamment automno-printanier. Il s'agit le plus souvent d'une conversion télogène, aigue, mais il existe des effluvium anagènes ou catagènes. Les différentes étiologies sont précisées dans la partie 3.



Attention aux faux effluvium lors des consultations: prise de conscience brutale d'une chute de cheveux physiologique, cheveux héréditairement fins ou peu abondante, une baisse de densité liée à l'âge.

En cas de persistance et sans cause évidente on réalisera un bilan complémentaire biologique (NFS, TSH, Ferritinémie) pour préciser un effluvium chronique.

- **Une alopecie** est une diminution de la densité des cheveux et/ou des poils. Elle peut être diffuse ou localisée, aigue ou chronique, sur cuir chevelu sain ou cicatriciel, réversible ou irréversible. Ces éléments permettent, entre autres, d'en préciser l'étiologie et de les classer. Le motif de consultation l'observation d'un crâne

ou d'une zone sans cheveu, il n'y a pas obligatoirement de chute perceptible des cheveux.



## 2. Les éléments à rechercher lors de la consultation

### 2.1. Interrogatoire

On recherchera s'il la plainte est une alopecie vraie ou un effluvium télogène. On précisera le mode d'apparition aigu ou chronique et son ancienneté, l'intensité, les circonstances d'apparition et l'âge.

On évaluera les ATCD médicaux personnels (notamment carcinologiques, endocrinologiques, dermatologiques...), les risques de carence, les ATCD familiaux notamment d'alopecie androgénique, les prises médicamenteuses notamment anti-mitotiques, les traitements déjà pris pour l'alopecie. On fera préciser les habitudes de coiffage et cosmétiques.

## 2.2. Examen clinique

On précisera les caractères diffus ou localisés, la localisation en cas de plaque d'alopecie et l'aspect du cuir chevelu en regard : sain, ou squameux, pustuleux, cicatriciel inflammatoire ou scléreux.

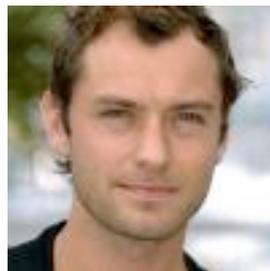
On observera l'aspect des cheveux, leur résistance à la traction, l'aspect des autres aires pileuses et si possible l'aspect des plaques d'alopecie à la lumière de Wood.

On réalisera un examen clinique complet à la recherche des signes de carence, de dysthyroïdie, d'hyperandrogénie chez la femme...

# 3. Les principales étiologies d'alopecie

## 3.1. Alopecies avec cuir chevelu normal

### 3.1.1. Alopecie Androgénogénétique (AAG). 25% à 25 ans, 50% à 50 ans.



Elle est liée à l'action des androgènes sur le follicule pileux et a souvent un caractère héréditaire (80%). (Pas d'AAG chez les castrats d'opéra et les eunuques). **Son diagnostic est clinique.** C'est une alopecie physiologique.

Chez l'homme, elle affecte successivement les golfes temporaux, le vertex puis la tonsure.

Chez la femme, elle réalise une raréfaction ovale et plus lente du vertex. En cas d'alopecie sévère associée à un hirsutisme, une dysménorrhée, une acné, un bilan d'hyper androgénie doit être réalisé. Il consiste en un bilan sanguin hormonal (testostérone, sulfate de déhydroandrostenedione, 17OH progestérone et delta-4 androstendione) réalisé en l'absence de CO, dans les 5 premiers jours du cycle.

Actuellement deux médicaments possèdent une AMM et une efficacité certaine dans la prévention et discrète dans le traitement de l'AAG, mais il faut bien expliquer devant toute demande que l'effet de ces traitements - chez les patients répondeurs- est

retardé (au moins 3 mois), que la récurrence survient à l'arrêt et l'absence de prise en charge par la sécurité sociale.

Chez l'homme, on peut proposer :

- Un traitement local : Minoxidil 2 ou 5% (ALOPEXY®) à raison de 2 applications par jour. Les effets secondaires, rares, sont l'irritation locale, les vertiges, céphalées, alopecie paradoxale.
- Un traitement systémique à partir de 18 ans: Finastéride (PROPECIA®) un inhibiteur de la 5 alpha réductase à raison de 1 cp (1mg) par jour. Les effets secondaires, rares et réversibles sont la diminution du volume de l'éjaculat, des troubles de la libido et de l'érection

Chez la femme, seule la lotion de Minoxidil à 2% est autorisée. On pouvait jusqu'alors proposer un traitement antiandrogène (ciproterone + progestérone type DIANE 35®)

Enfin, une prise en charge chirurgicale par micro greffe peut être proposée.

### 3.1.2. Pelade (2%)

Il s'agit d'une alopecie en plaques, qui peut toutefois se généraliser ou atteindre toutes les zones pileuses. Le cuir chevelu est sain. En périphérie des plaques, on peut observer des cheveux très ou en point d'exclamation. Le diagnostic est clinique. Le test à la traction est positif.

Il s'agit d'une maladie auto-immune- car souvent associée à d'autres MAI- dont l'étiologie reste mal connue. On retrouve aussi fréquemment un terrain atopique.

On observe une repousse spontanée en quelques mois chez la plupart des patients, débutant par des duvets blancs se pigmentant progressivement.

Des traitements médicamenteux peuvent être proposés (DC, minoxidil, PUVAthérapie...), notamment pour des petites plaques bien circonscrites.

Une prise en charge psychologique (réassurance soutien) est quant à elle fondamentale.

La rechute est fréquente.



### 3.1.3. Effluviums pathologiques

#### 3.1.3.1. L'effluvium Téloène aigu réactionnel

Il survient dans les suites (2-3 mois) d'événements variés :

- Accouchement, FCS, IVG, IMG
- Fièvre  $>39.5$ , prolongée
- Intervention chirurgicale, AG
- Hémorragie aigue, carence aigue ou perte de poids brutale

- Accident grave, décès d'un proche, stress ou choc psycho affectif important  
L'événement n'est pas toujours retrouvé.  
La repousse est spontanée, totale et systématique. Elle survient dans les 3 mois. Il faut attendre 1 an pour observer une repousse complète.

La réassurance est essentielle.

Les traitements par Vitamine B5 + Vitamine H/B8 (BEPANTHENE ®, IOTINE®), Vitamine B6 + Amines soufrés (CYSTINE B6®) n'ont pas prouvé leur efficacité.

En cas de persistance et en l'absence d'autre cause évidente d'effluvium, on réalisera un bilan biologique à la recherche d'une dysthyroïdie ou d'une carence martiale.

#### 3.1.3.2. Toxiques et Médicaments

Ils sont à l'origine d'un effluvium anagène.

Les toxiques incriminés sont :le thallium (pesticides interdits en France), l'arsenic, le chloroprène (caoutchouc mais protection efficace des travailleurs), l'acide borique (Attention aux antiseptiques !!!).

La radiothérapie entraîne un effluvium à partir de 60 grays.

Les médicaments responsables sont nombreux.

Les alopecies sont fréquentes avec les antimétabolites, les rétinoïdes (Vitamine A, isotrétinoïde, acitrétine) , les métaux lourds (lithium, bismuth, or), la testostérone, les inhibiteurs de l'aromatase, le danazol.

Des alopecies, plus rares, sont observées avec des anticoagulants (coumariniques, phénylindione, héparines, dextrans) des anticonvulsivants (carbamazépine, valproate de sodium), des antithyroïdiens, des antiviraux , les ctcd, des progestatifs androgénique et la contraception OP.

D'autres événements, exceptionnels et mal documentés ont été observés avec de nombreuses molécules.

#### 3.1.3.3. Dysthyroïdie

#### 3.1.3.4. Carence martiale

#### 3.1.4. Syphilis secondaire

L'effluvium peut être diffuse ou localisé en petites plaques. Elle apparaît 3 à 8 mois après le chancre.

#### 3.1.5. Trichotillomanie

Elle est l'expression de tics ou d'une névrose autoagressive.

Fréquente et d'évolution rapidement favorable chez l'enfant, la prise en charge est plus complexe et longue chez l'adulte car reflète un trouble psychologique souvent plus grave. Test à la traction négatif.

#### 3.1.6. Alopecie de traction ou avec cheveux bulleux

L'alopecie de traction est fréquente chez les patientes africaines et antillaises, ainsi que les danseuses classiques car favorisée par les tressages et queues de cheval serrés, défrisages répétés et cosmétiques agressifs. Elles débutent par une bande marginale antérieure frontotemporale puis progressent en arrière.

Les cheveux bulleux secondaires à la chaleur intense réalisent des alopecies en plaque.

### 3.2. Alopecie avec cuir chevelu lésé ou

#### 3.2.1. Teignes dermatophytiques

Les teignes ou dermatophytes kératinophiles détruisent le cheveu à différentes longueurs, réalisant une alopecie en plaques sur fond squameux. Le test à la traction est positif. Les plaques peuvent confluer et former une alopecie diffuse. Une atteinte des autres sites pilaires est observable. Elles touchent majoritairement les enfants, un contagio scolaire est parfois retrouvé.

Le diagnostic est fait sur la culture sur Sabouraud (4 semaines) de cheveux et de squames sélectionnés par lumière de Wood.

Selon le dermatophyte en cause, un examen de la famille (anthropophyte) ou un traitement d'un animal (zoophile) sera nécessaire. Le traitement recommandé est à base de griséofulvine : 10-20mg/kg/jour chez l'enfant (à broyer) pour une durée de 6 à 8 semaines.

### 3.2.2. Les pseudopelades : alopecies cicatricielles

Le stade cicatriciel résulte du remplacement des follicules pileux par une fibrose collagène. L'alopecie est alors définitive. L'intérêt du diagnostic est donc d'initier rapidement un traitement efficace pour éviter la destruction du follicule par la dermatose. Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique sont complexes et spécifiques. La réalisation d'une biopsie cutanée est généralement nécessaire.

3.2.2.1. Le LES

3.2.2.2. Le Lichen plan, la sarcoïdose, la sclérodermie en plaques,

3.2.2.3. Certaines métastases (sein)

3.2.2.4. La pseudopelade idiopathique

3.2.2.5. Psoriasis épais (cuir chevelu sain ou squameux)

## 4. Conclusion

4.1. Quand il est justifié de réaliser un examen complémentaire :

- En cas d'effluvium télogène prolongés
- Devant une alopecie androgénique sévère de la femme associée à d'autres signes d'hyperandrogénie
- Devant une suspicion de teignes

4.2. Quand il est justifié de demander un avis dermatologique

- Devant une alopecie sur cuir chevelu cicatriciel à l'exclusion des teignes

4.3. Importance de la prise en charge psychologique et de l'éducation

## 5. Bibliographie

1. Alopecies In MATARD B., REYGAGNE P. Thérapeutique dermatologique, 31/08/2005:

<http://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1023>

2. Item 288- Troubles des phanères : alopecie In Abrégé de Dermatologie, Collège des enseignants en dermatologie de France EDEF; 3<sup>e</sup> édition MASSON 277-283

3. Alopecie Item n° 288 : troubles des phanères In Ann Dermatol Venerol 2005 ;132 :7S188-7S191

[http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CGkQFjAF&url=http%3A%2F%2Fimm.univ-lyon1.fr%2Finternat%2Fdownload%2Fitem288.pdf&ei=EpRNUcOaCs-XhQe20YCoBA&usg=AFQjCNF4ujBgyqB6BqQphLdE1PTUoR4fKg&sig2=WtmPucRudpx2TZey5Qd\\_xQ&bvm=bv.44158598,d.ZG4](http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CGkQFjAF&url=http%3A%2F%2Fimm.univ-lyon1.fr%2Finternat%2Fdownload%2Fitem288.pdf&ei=EpRNUcOaCs-XhQe20YCoBA&usg=AFQjCNF4ujBgyqB6BqQphLdE1PTUoR4fKg&sig2=WtmPucRudpx2TZey5Qd_xQ&bvm=bv.44158598,d.ZG4)

4. VIDAL 2013

5. Alopecie item 288 VIDAL Reco®

6. Alopecie Guide de la thérapeutique éd. 2012