

# Alopécie: diagnostic et thérapie

U. Costanzo

Dermatologische Universitäts-  
klinik und -poliklinik,  
Inselspital Bern

Correspondance:  
Dr Umberto Costanzo  
Dermatologische Universitäts-  
klinik und Poliklinik  
Universitätsspital  
CH-3010 Bern

## Introduction

On entend par alopécie l'absence de cheveux/poils en des zones du corps normalement couvertes de cheveux/poils terminaux, en particulier le capillitium (partie chevelue du crâne). Une alopécie peut être de nature héréditaire ou acquise, et se présenter sous une forme focalisée, diffuse ou totale. On distingue entre les alopécies cicatricielles (irréversibles), avec lésion ou destruction du follicule pileux, et les alopécies non-cicatricielles, dans lesquelles a lieu un passage accru du follicule au stade télogène (phase de repos) ou une involution des follicules de cheveux terminaux vers des follicules au stade catagène.

Les *alopécies cicatricielles* peuvent être provoquées par des défauts congénitaux (rarement), par des infections (p.ex. Tinea capitis, syphilis), par des tumeurs (p.ex. tumeurs des annexes, des cellules basales [basaliome], spaliome), par des nocifs physiques ou chimiques (p.ex.

brûlures à l'acide, brûlures) et par différentes dermatoses (p.ex. lupus érythémateux cutané, Lichen ruber planus, sarcoïdoses, Folliculitis decalvans).

Dans le cas des *alopécies non-cicatricielles*, ce sont l'Alopecia androgenetica et l'Alopecia areata qui occupent le premier plan. D'autres causes à envisager sont une malnutrition (p.ex. carence en fer, anorexie-cachexie), troubles endocriniens (p.ex. effluve postpartum, hypothyroïdie et hyperthyroïdie), maladies générales chroniques (p.ex. collagénoses, infections chroniques, néoplasies malignes) et situations générales de stress. Les médicaments les plus divers ainsi que des substances chimiques peuvent provoquer une alopécie diffuse (tabl. 1).

On entend par *alopécie androgénétique* une perte des cheveux génétiquement déterminée, réalisée au cours de la vie par des androgènes, avec forme d'extension caractéristique. L'évolution a lieu chez la femme et chez l'homme en trois stades principaux (fig. 1), avec la plupart du temps association d'une séborrhée.

On entend par *Alopecia areata* une perte des cheveux généralement réversible, apparaissant souvent subitement, de forme circulaire, dans le domaine du capillitium, des sourcils, des cils, de la barbe, des poils axillaires et pubiens. On discute d'une pathologie d'origine auto-immune; des associations avec d'autres maladies autoimmunes (en particulier Thyreoiditis Hashimoto, Vitiligo) et diathèse atopique sont connues.

## Diagnostic

L'anamnèse comprend entre autres l'hérédité familiale, d'anciennes pertes de cheveux, la symptomatologie associée (démangeaisons, sensations de brûlures, douleurs, desquamation), des maladies générales qui ont précédé ou qui se développent simultanément (infections surtout) ou des maladies de peau (principalement psoriasis, dermatite séborrhéique) et la prise de médicaments. Chez les femmes souffrant d'alopécie androgénétique, il convient d'explorer en outre les irrégularités cycliques, les grossesses et les naissances. Un effluve indiqué dans l'anamnèse en cas d'absence clinique d'alopécie doit être évalué à l'aide du *test de collecte des cheveux* (les patients doivent en l'occurrence compter pendant 10 jours consécutifs les cheveux tombés trouvés, les noter et éventuellement les apporter pour une vérification grossière). Une perte quotidienne de 50 à 100 cheveux (jusqu'à 250 cheveux le jour du shampoing) peut être considérée comme normale.

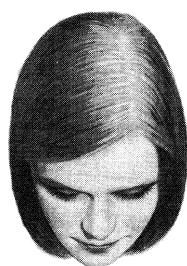
Des maladies de peau existantes doivent être explorées par inspection du cuir chevelu et la distinction doit être faite entre une alopécie cir-

**Tableau 1. Médicaments et substances chimiques causes d'alopécie diffuse [1].**

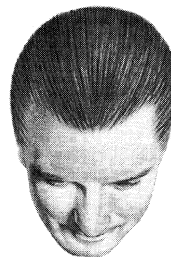
<b>Anticoagulants</b>	<b>Métaux lourds</b>
Héparine	Plomb
Coumarine	Mercure
	Thallium
<b>Anticonvulsifs</b>	<b>Antithyroïdiens</b>
Carbamazépine	Thiamazol
	Carbimazol
<b>Bloquants des bêtarécepteurs</b>	<b>Vitamines et dérivés de vitamines</b>
Propranolol	Vitamine A
Nadolol	Rétinoïdes
<b>Hormones</b>	<b>Hypolipémiants</b>
Danazol	Bézafibrate
Testostérone	Clofibrate
<b>Cytostatiques</b>	<b>Autres</b>
Azathioprine	Allopurinol
Cyclophosphamide	Cimétidine
Méthotrexate	Lévodopa
Vinca-alcaloïdes	Antidépresseurs tricycliques

**Figure 1.**

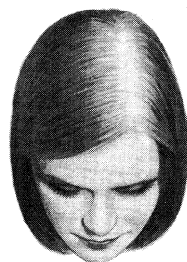
Les étapes principales de l'alopecie androgénétique sont représentées chez la femme par l'échelle de Ludwig et chez l'homme par l'échelle de Hamilton.



Stade 1:  
alopecie diffuse,  
commençant à  
la raie.



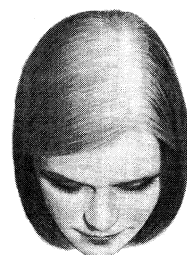
Stade 1:  
cheveux pro-  
gressivement  
diminuant.



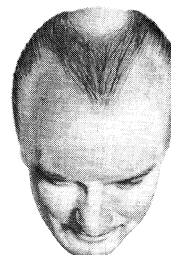
Stade 2:  
les cheveux  
clairsemés  
autour de  
la raie.



Stade 2:  
alopecie pelade.



Stade 3:  
alopecie  
féminine  
avancée.



Stade 3:  
Tête chauve  
typiquement  
masculin.

conscie, diffuse, cicatricielle ou non-cicatricielle. A l'aide du test de pincement (est-il possible d'arracher des cheveux avec seulement deux doigts et une légère traction dans différentes zones?), il est possible d'évaluer l'étendue et la sévérité d'une alopecie potentielle. Il faut distinguer si l'effluve repose sur une perte du cheveu complet (partie folliculaire comprise) ou seulement sur des cheveux plus cassants (anomalies de la tige des cheveux telles que p.ex. trichorrhexis nodosa acquise par permanente ou autres lésions de la cuticule des cheveux dues à des procédés de coiffure) (fig. 2).

Dans le cas d'interrogations particulières, la réalisation d'un trichogramme permet une vérification plus précise de la gravité et de l'acuité d'un effluve. Il s'agit en l'occurrence d'une différenciation microscopique et d'une détermination numérique des différentes formes de racines des cheveux de touffes épilées mécaniquement au niveau occipital, frontopariétal et en bordure des foyers.

Une biopsie du cuir chevelu est indiquée dans le cas d'alopecies cicatricielles et d'alopecies non-cicatricielles dont le diagnostic n'est pas suffisamment clair. La biopsie devrait être effectuée sous forme aussi ovale que possible et parallèlement à la direction de pousse des cheveux jusque dans les tissus subcutanés. Le cas

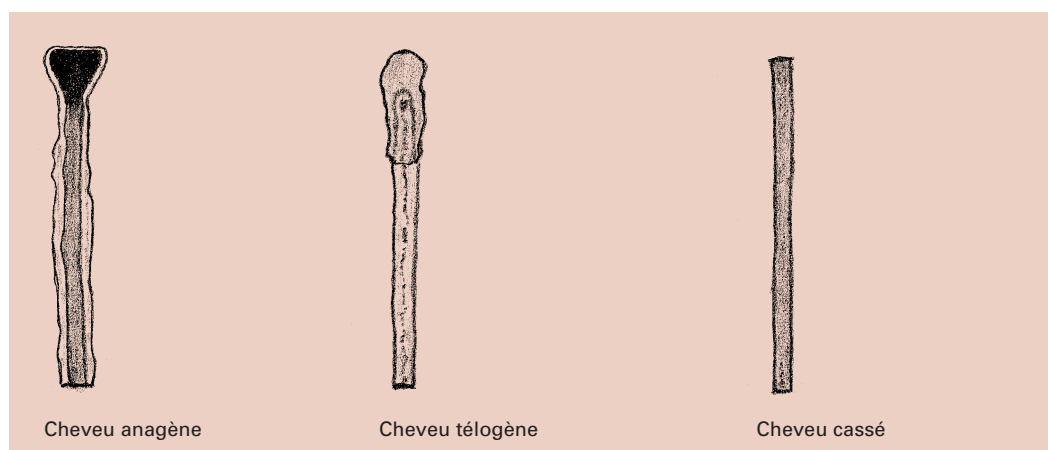
échéant, une partie est utilisée pour un test d'*immunofluorescence* (bande Lupus?). Après la classification diagnostique de l'alopecie, il est possible de réaliser en complément, en particulier dans le cas d'effluve diffus, des examens chimiques en laboratoire (réaction de sédimentation du sang, hémogramme, valeurs des glandes hépatiques et thyroïdes, ferritine, acide folique, vitamine B12, éventuellement anticorps antinucléaires et sérologie HIV/syphilis). Dans le cas de l'alopecie androgénétique de la femme, une détermination des hormones sexuelles (testostérone totale ou testostérone libre, sulfate de déhydroépiandrosterone, globuline liant les hormones sexuelles) dans la première moitié du cycle peut être envisagée.

## Thérapie

L'*alopecie androgénétique* chez l'homme, en cas de souhait exprimé d'une thérapie, peut être traitée en application externe avec minoxidil à 2% (Neocapil®, Regaine®) ou initialement à 5% (Regaine®) ou en traitement interne avec finastéride (Propecia®) 1 mg/j. Le succès de la thérapie (arrêt de la chute des cheveux, chez 1/3 des patients repousse des cheveux tombés) commence après trois mois, atteint son

**Figure 2.**

Les caractéristiques morphologiques principales des cheveux/poils épilés au microscope (test de pincement et trichogramme).



maximum après 6 à 12 mois et diminue de nouveau après interruption de la thérapie. En présence de séborrhée et de dermatite séborrhéique, des shampoings médicaux correspondants (Squa-med®, Nizoral®) doivent être prescrits.

Chez la femme, on peut également utiliser minoxidil en application locale. L'efficacité de teintures contenant des œstrogènes (ordonnances magistrales) n'est pas prouvée. Des anti-androgènes tels que l'acétate de cyprotérone (en phase préménopausique principalement Diane-35®, en phase périménopausique Androcur®) ou la spironolactone (p.ex. Aldactone®) peuvent être administrés à 100–200 mg/j en collaboration avec le gynécologue et après un examen endocrinologique.

En cas d'échec de la thérapie et de souffrances importantes, on peut discuter de l'opportunité de cheveux de substitution (perruque, implants de vrai cheveux dans un centre spécialisé du cheveux) et d'une transplantation de cheveux (transplantation autologue de peau complète occipitale selon la méthode de la microgreffe respectivement de la minigreffe). Ces procédés et les traitements à base de minoxidil et de finastéride ne sont pas pris en charge par les caisses-maladie.

Dans le traitement de l'*Alopecia areata*, il faut tenir compte du fait qu'une repousse spontanée des cheveux est toujours possible et que la réponse à une thérapie est généralement lente (les thérapies topiques doivent en général être poursuivies pendant trois mois). En cas de foyers isolés et de lésions de petites dimensions, il est possible d'appliquer topiquement des corticostéroïdes des classes III/IV (c'est-à-dire d'action anti-inflammatoire puissante à très puissante) ou de manière interfocale des suspensions cristallines de triamcinolone en utilisant un pulvérisateur dermojet. Les effets secondaires des stéroïdes sur la peau doivent en l'occurrence être contrôlés. Une repousse des cheveux peut être attendue de 4 à 6 semaines après le début du traitement et elle n'est souvent pas de longue durée. En cas d'atteinte de durée courte à moyenne, sur de grandes surfaces et augmentant rapidement, une thérapie intraveineuse séquentielle de stéroïdes à haute dose (Solu-Medrol® 2×250 mg/j pendant 3 jours) peut être réalisée.

En présence de formes sévères de l'*Alopecia areata*, par ailleurs résistantes à la thérapie, une thérapie immunologique topique avec diphénycyprone a le plus de chances de succès. On maintient en l'occurrence un eczéma de contact allergique pendant 6 à 12 mois au niveau du capillitium par une application hebdomadaire locale du sensibilisateur indispensable, conformément à la littérature sur le mode d'efficacité, qui ramène l'infiltrat inflammatoire (CD4/CD8)

## Quintessence

- On distingue essentiellement les alopecies cicatricielles et non-cicatricielles. Dans le cas des alopecies non-cicatricielles, les alopecies androgénétiques et areata occupent le premier plan du point de vue du médecin praticien.
- La vérification de perte de cheveux renforcée par l'anamnèse a lieu à l'aide du test de collecte de cheveux et du test de pincement. En cas d'interrogations particulières, utilisation du trichogramme et de la biopsie du cuir chevelu.
- Dans le cas de l'effluve diffus non clair et de l'alopecie androgénétique chez la femme, les examens de laboratoire cités dans le texte sont recommandés.
- Le traitement local de l'alopecie androgénétique a lieu pour les deux sexes à l'aide de minoxidil, chez l'homme éventuellement de manière systémique avec finastéride, chez la femme après examen correspondant avec des antiandrogènes.
- L'*Alopecia areata* est traitée de manière topique, intrafocale ou systémique avec des corticostéroïdes selon le degré de gravité. Dans les cas sévères, la possibilité d'une thérapie immune supplémentaire existe avec Diphénycyprone.

détourné au profit des cellules auxiliaires T de 4:1 de nouveau à environ 1:1, l'expression anormale des antigènes HLA-ABC et HLA-DR des cellules de la matrice capillaire ainsi que le nombre de cellules de Langerhans périlobulaires et intralobulaires diminuent simultanément. Dans le cas d'une Alopecia areata de

grande surface ou totale, il convient de discuter suffisamment tôt d'options de substitution de cheveux. Le traitement en partie difficile des formes d'alopecie cicatricielle est à notre avis réservé aux dermatologues spécialistes des problèmes trichologiques et pratiquants et/ou aux centres de dermatologie.

### Références

- 1 Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. Dermatologie und Venerologie. 4. Vollständigüberarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 1997.
- 2 Schell H. Erkrankungen der Haare: Leitfaden zur rationalen Diagnostik und Therapie. Stuttgart Berlin Köln: Verlag W. Kohlhammer; 1997.
- 3 Orfanos CE. Haar und Haar-krankheiten. 2. Auflage in 4 Bänden. Stuttgart New York: Gustav Fischer Verlag; 1991.
- 4 Altmeyer P und Mitarbeiter. Therapielexikon Dermatologie und Allergologie. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 1998.
- 5 Bon AM, Gilardi S, Itin PH, Trüeb RM, de Viragh P, Wyss M (Arbeitsgruppe für Trichologie der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie). Checklisten zur Diagnostik und Therapie von Haarkrankheiten. Dermatologica Helvetica 1999; 6:11-31.
- 6 Tosti A, Camacho-Martinez F, Dawber R. Management of androgenetic alopecia. J Eur Acad Dermatol Venereol 1999;12:205-14.
- 7 Wolff H and Kunte. Current management of androgenetic alopecia in men. Eur J Dermatol 1999;9(8): 606-9.
- 8 Shapiro J, Tan J, Ho V, Abbott F, Tron V. Treatment of chronic severe alopecia areata with topical diphenyl-cyclopropenone and 5% minoxidil: a clinical and immunopathological evaluation. J Am Acad Dermatol 1993;29:729-35.
- 9 Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. J Am Acad Dermatol 2000;42(4):549-66.
- 10 Sperling LC, Solomon AR, Whiting DA. A new look at scarring alopecia. Arch Dermatol 2000;136:235-42.