

Introduction

L'alopécie est définie par une raréfaction ou une disparition des cheveux.

La prise en charge d'un patient consultant pour une alopécie associe

- ✓ le recueil des données sémiologiques par l'interrogatoire et l'examen clinique
- ✓ orientation diagnostique
- ✓ rarement par la réalisation d'examens complémentaires pour préciser ou confirmer le diagnostic
- ✓ information au patient et prise en charge psychologique

Rappel physiopathologique : le cycle pileux

Le cheveu est formé de trois parties : le **bulbe pileux** ou « racine », la **tige pileux** 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, nutriments, facteurs de croissance, hormones, neuromédiateurs,...). Le follicule pileux est sous la dépendance de la papille dermique au contact du bulbe. Cette structure est richement vascularisée et innervée et apporte au follicule pileux les nutriments nécessaires à la production de la tige pileux.

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** avec arrêt des synthèses et atrophie du bulbe pileux qui se déplace vers la surface (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. Le bulbe pileux est le siège pendant la phase anagène de la production de la kératine du cheveu. Les cellules souches épidermiques du follicule à l'origine du renouvellement cyclique du cheveu sont localisées non pas au niveau du bulbe mais dans une zone appelée « bulge » située juste au-dessus du bulbe pileux en dessous de l'insertion du muscle arrecteur.

Quand le cheveu est en phase télogène, un contact va se faire entre la papille dermique, qui au cours des phases catagène et télogène a migré vers la surface, et ces cellules souches. Les cellules souches vont donner naissance à un nouveau bulbe qui va migrer en profondeur pour débiter une **nouvelle phase anagène** à l'origine d'un nouveau cheveu. Chaque follicule pileux peut au cours de la vie être à l'origine d'une vingtaine de cycles pilaires. Normalement sur l'ensemble du cuir chevelu 80 à 90 % des cheveux sont en phase anagène, 5% en phase catagène et 10 à 15% en phase télogène. De façon physiologique il existe par jour une chute d'une cinquantaine de cheveux correspondant aux cheveux en fin de phase télogène.

La couleur des cheveux (blond, brun ou roux) est déterminée par le type de mélanine (eumélanine, phaéomélanine) produite par les mélanocytes situés au niveau du bulbe pilaire. Les cellules souches mélanocytaires sont elles aussi situées au niveau du « bulge » et participent au cycle pilaire. Au cours du vieillissement la canitie (blanchiment des cheveux) est liée à l'épuisement des mélanocytes. Au cours du temps il existe un éclaircissement progressif de la chevelure la densité étant maximale à 30 ans.

L'alopecie peut résulter de plusieurs mécanismes :

- ✓ **défaut de production du cheveu** : par carence (carence martiale), par troubles endocriniens (dysthyroïdie), par prise de toxique ou de certains médicaments (chimiothérapies) responsables d'un arrêt du cycle pilaire en phase anagène ou effluvium anagène,
- ✓ **miniaturisation du follicule pileux** puis disparition du follicule pileux à l'origine d'un éclaircissement de la chevelure puis d'une disparition des cheveux (golfes temporaux, vertex) au cours de l'alopecie androgénogénétique ou androgénique,
- ✓ **chute excessive** le plus souvent transitoire par une entrée prématurée en phase télogène (effluvium télogène),
- ✓ **anomalie de la structure de la tige pilaire** : génétique (dysplasie pilaire) ou acquise (dystrophie, trichotillomanie) ou destruction de la tige pilaire par des agents infectieux kératinophiles (teigne tondante)
- ✓ **réponse immune** dirigée contre le follicule pileux (pelade),
- ✓ **destruction du follicule pileux** d'origine physique, inflammatoire, infectieuse, tumorale à l'origine d'une alopecie dite cicatricielle.

Recueillir les données sémiologiques d'une alopecie

1. L'interrogatoire

L'interrogatoire recherchera plusieurs informations :

- ✓ **l'âge et les circonstances** de survenue : acquise ou congénitale
- ✓ **le mode d'apparition** : aigu ou chronique
- ✓ **les antécédents familiaux** d'alopecie androgénogénétique (qui peut s'ajouter à une autre cause d'alopecie)
- ✓ **les antécédents personnels** en particulier endocrinologiques (dysthyroïdie, irrégularités du cycle menstruel chez la femme) et d'éventuelles carences (régime alimentaire, pathologie associée, saignements)
- ✓ **les habitudes cosmétiques** (défrisage, traction, coloration)
- ✓ **les prises médicamenteuses**
- ✓ **les traitements reçus** pour l'alopecie

2. L'examen clinique

L'examen clinique a pour objectif de confirmer l'alopecie et de préciser ces caractéristiques sémiologiques :

- ✓ **l'aspect des cheveux** : chez l'enfant en particulier une anomalie de la structure du cheveu (dysplasie pileaire) 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 correspondant aux cheveux en phase télogène)
- ✓ **l'aspect du cuir chevelu** permettra de classer l'alopecie :
 - diffuse ou localisée
 - cuir chevelu sain (alopecie dite non cicatricielle) ou alopecie 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'alopecie diffuse un hirsutisme (pilosité anormalement présente avec localisation masculine, une acné, une dysménorrhée pouvant témoigner d'une hyperandrogénie.
- ✓ **chez l'enfant** une alopecie diffuse congénitale devra faire rechercher d'autres anomalies (ongles, dents, examen neurologique) dans le cadre d'un syndrome génétique complexe (dysplasie ectodermique).
- ✓ **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.

Dans la majorité des cas aucun examen complémentaire ne sera nécessaire. Ces examens seront orientés par les données sémiologiques et ne seront utiles que dans certaines circonstances précises

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

Il pourrait être confirmé par le trichogramme. Le trichogramme réalisé sur des cheveux non lavés depuis 3 jours permet d'étudier sur 50 cheveux arrachés à la pince en 3 sites différents (frontotemporal, pariétal et occipital) le bulbe pileux et de définir le rapport des cheveux en phase anagène/phase télogène.

La formule du trichogramme chez le sujet sain est : 80-90% de cheveux au stade anagène, 1-5% en phase catagène, 10-20% en phase télogène et 0% de dystrophiques soit un rapport anagène sur télogènes de 6 (pathologique si inférieur à 3). Cet examen un peu agressif est en fait peu réalisé.

Si cette « chute de cheveux » se prolonge les examens seront limités à des examens biologiques simples : numération sanguine, mesure de la protéine C réactive ou de la vitesse de sédimentation, ferritinémie, TSH ultrasensible, sérologie syphilitique (TPHA-VDRL) en cas de facteur de risque. Ces examens permettront de rechercher une carence martiale, une dysthyroïdie, une syphilis secondaire. En cas d'orientation clinique sera réalisé un bilan immunologique (facteurs antinucléaires, C3, C4, CH50) pour un lupus systémique, une sérologie VIH après accord du patient.

Dans le cas des alopecies androgénétiques masculines le diagnostic est bien sûr clinique sur la présentation caractéristique de l'alopecie et ne nécessite aucun examen complémentaire. **Dans le cas des alopecies 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 alopecies diffuses non cicatricielles congénitales (généralement chez l'enfant) une étude de la partie proximale de la tige pileuse (non modifiée par des facteurs externes) au microscope en lumière polarisée permettra de rechercher une éventuelle dysplasie pileuse.

Dans les alopecies 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 alopeciques avec des cheveux coupés courts évoquant une teigne tondante : prélèvement mycologique des squames et des cheveux orienté par l'examen 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 (staphylocoque doré), mycologique (dermatophytie, candidose) ou plus rarement virologique (herpès).

Les alopecies localisées cicatricielles à type de pseudo-pelade sont les principales indications à une biopsie du cuir chevelu : elles réalisent des plaques alopeciques avec aspect érythémateux, scléreux ou atrophique du cuir chevelu. Des biopsies du cuir chevelu avec étude histologique et immunofluorescence directe recherchent des 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.

Points importants

1. **Le follicule pileux est une structure dynamique régie par un cycle pileux sous l'influence de multiples facteurs**
2. **L'interrogatoire et l'examen clinique sont essentiels pour l'orientation diagnostique d'une alopecie permettant de les classer en alopecie acquise/constitutionnelle, diffuse/localisée et cicatricielle/non cicatricielle.**
3. **Les examens complémentaires ont des indications limitées**
4. **L'effluvium télogène, l'alopecie androgénogénétique et la pelade sont les trois principales causes d'alopecie**
5. **Seules les alopecies cicatricielles à type de pseudo-pelade justifient la réalisation d'une biopsie du cuir chevelu**
6. **Il faut savoir évoquer une teigne devant tout état squameux, alopecique chez l'enfant**
7. **La prise en charge psychologique est essentielle le retentissement psychologique étant souvent majeur en particulier chez la femme.**