

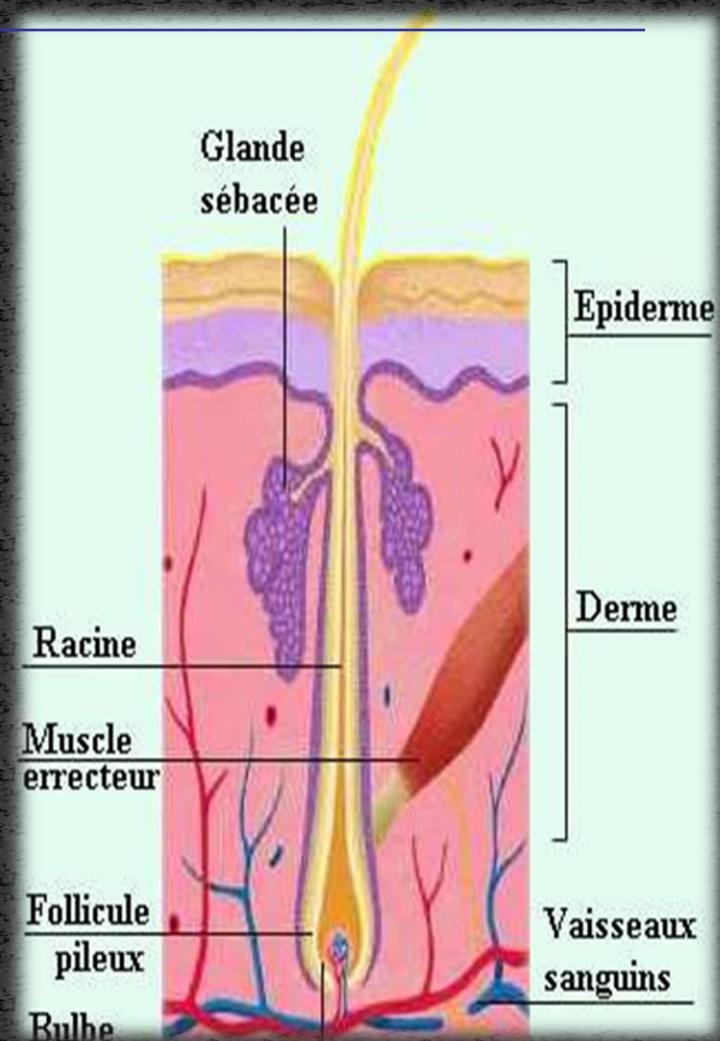
ALOPECIE

INTRODUCTION

- L’Alopécie est une *raréfaction ou une disparition* des cheveux
 - *Localisée ou diffuse*
 - *Transitoire ou définitive*
-

PHYSIOLOGIE

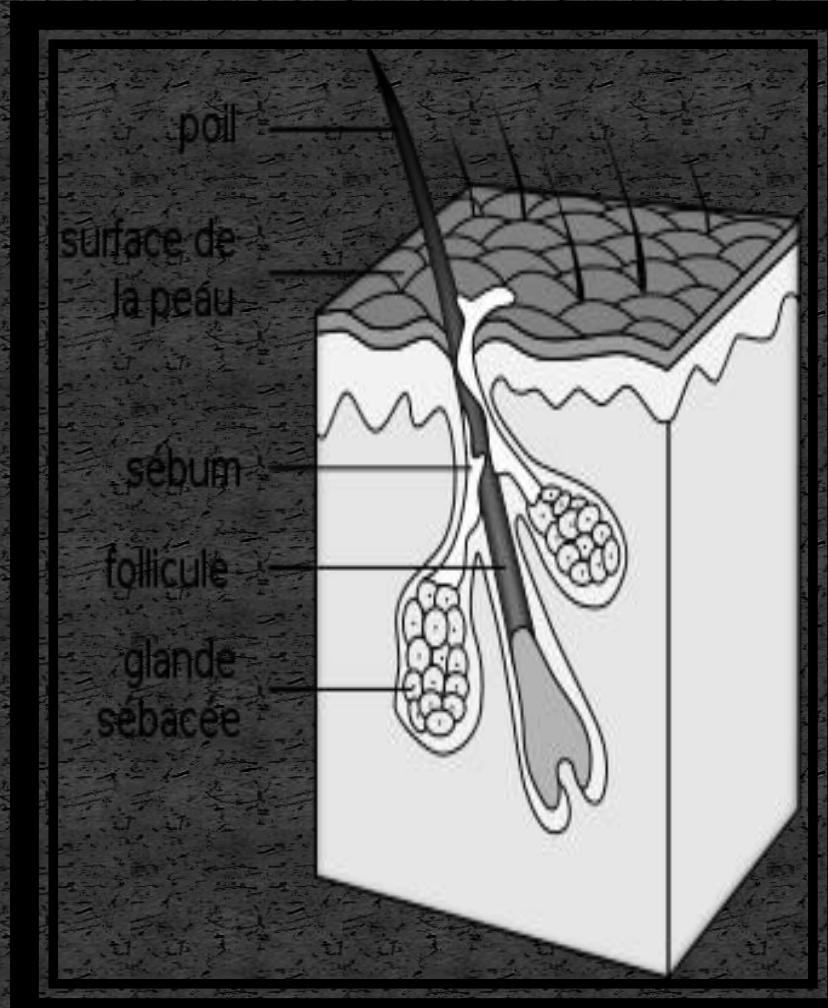
- La chevelure normale comporte entre **100000** et **160000** cheveux
- La densité moyenne est de **250** à **300** cheveux par cm²
- **30** à **150** cheveux sont renouvelés par jour
- Une chute de **plus de 150** cheveux jour est pathologique
- Une accentuation saisonnière de la chute est notée en automne et au printemps



Rappel anatomique

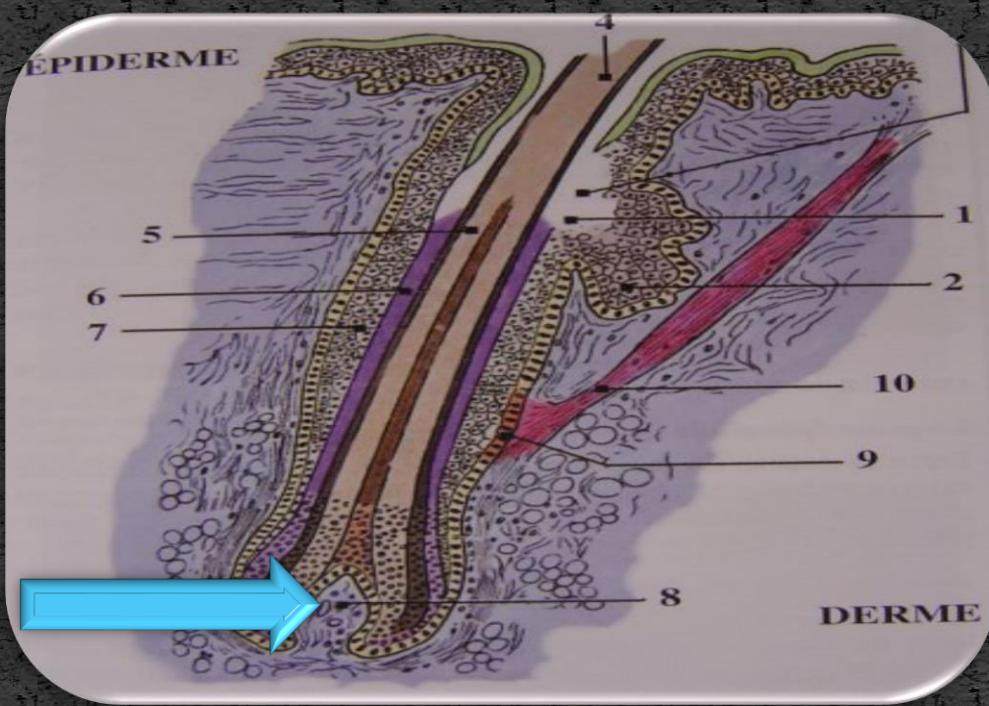
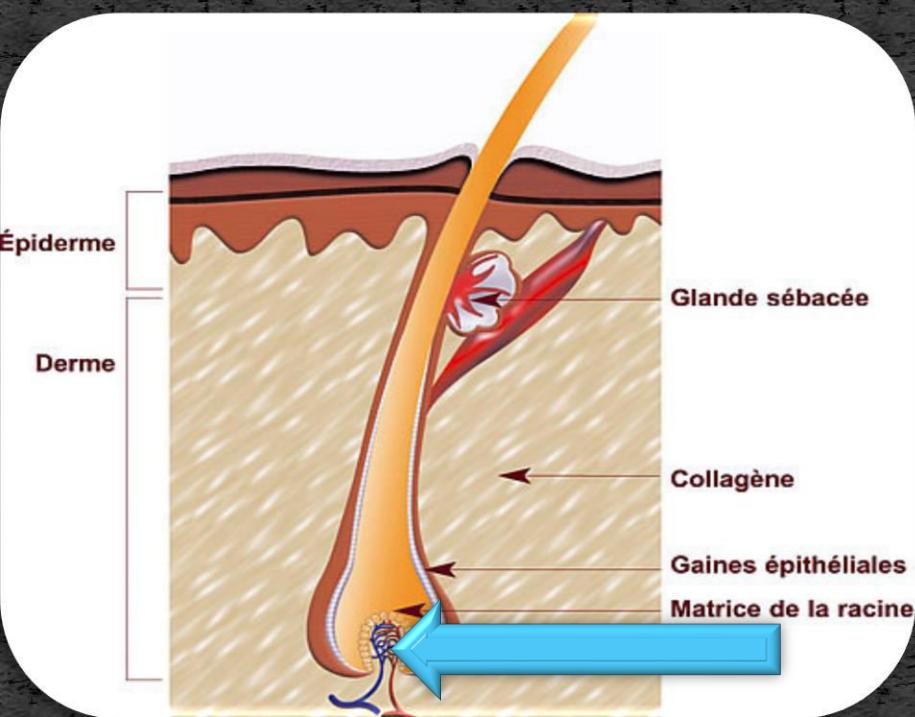
□ Le follicule pileux :

- ❖ Une fine enveloppe d'épiderme qui s'est creusée dans le derme,
- ❖ Abrite la racine pilaire à 4 mm sous le cuir chevelu.



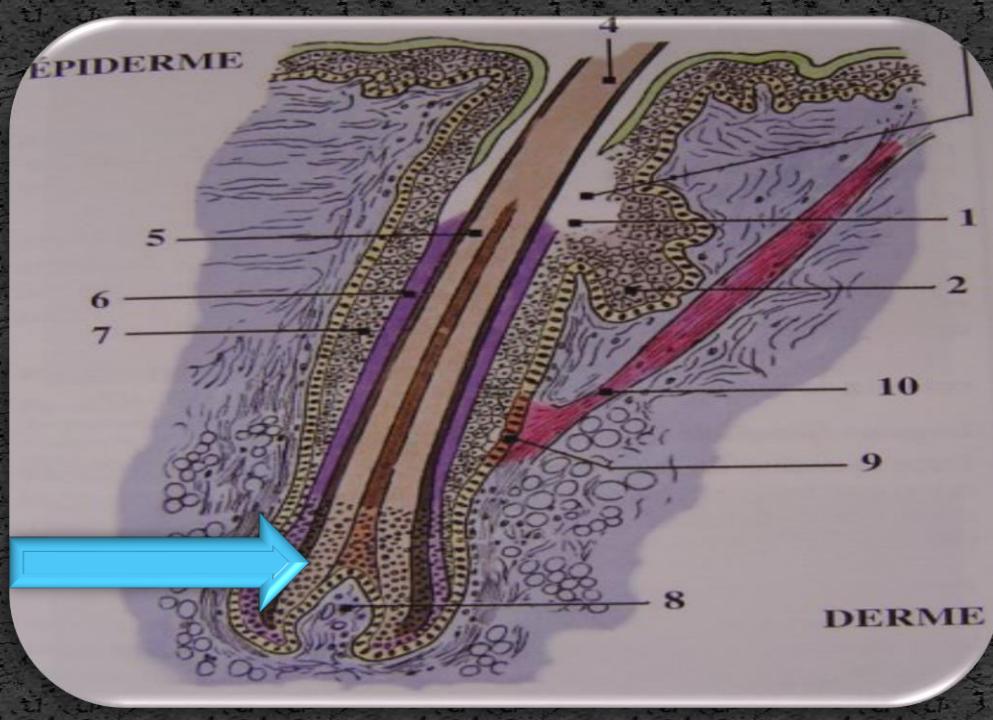
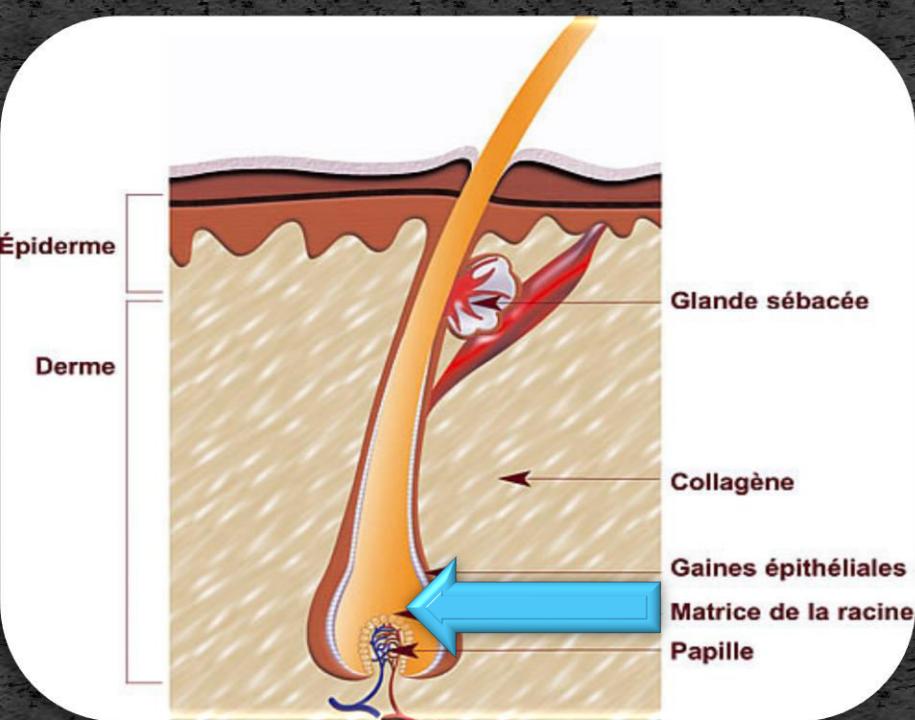
Rappel anatomique

• La papille par laquelle le sang arrive.



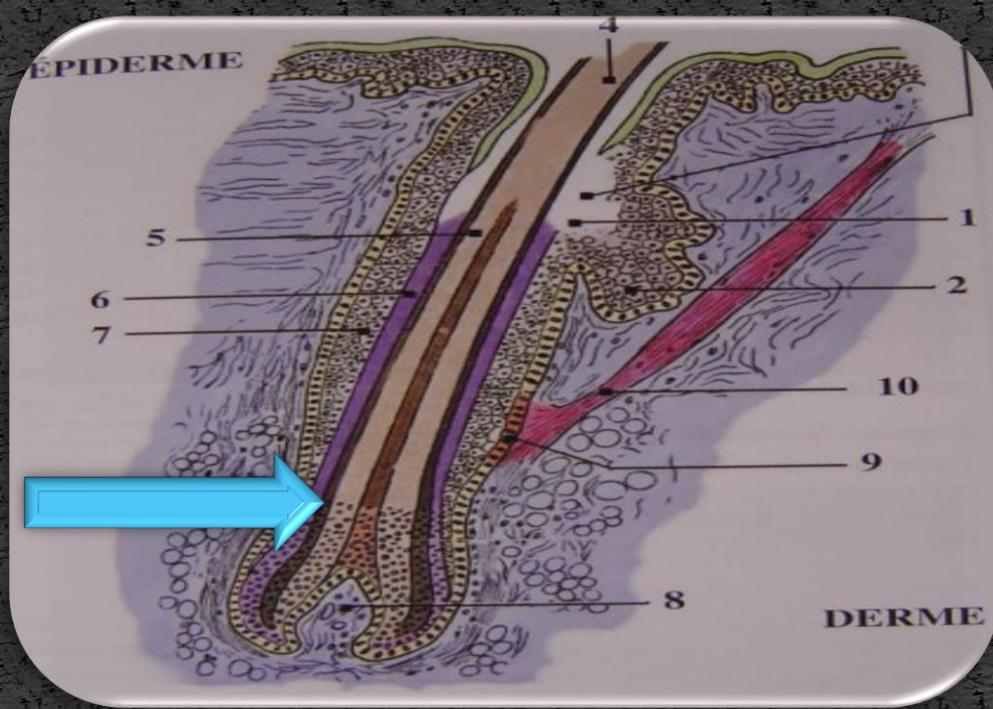
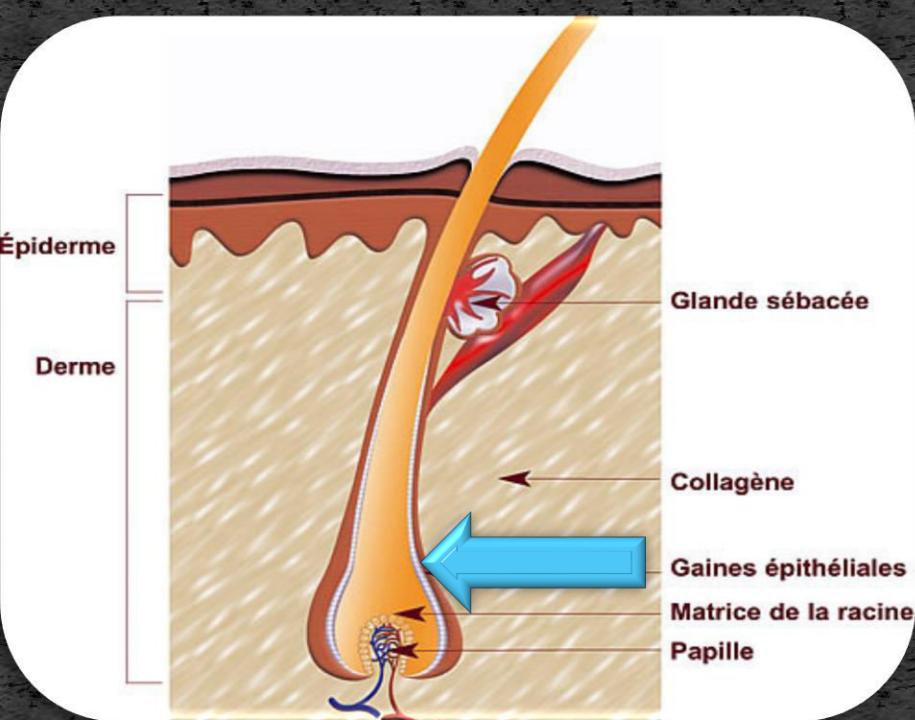
Rappel anatomique

- **La matrice** qui génère les cellules de kératine et les transforme en cheveu



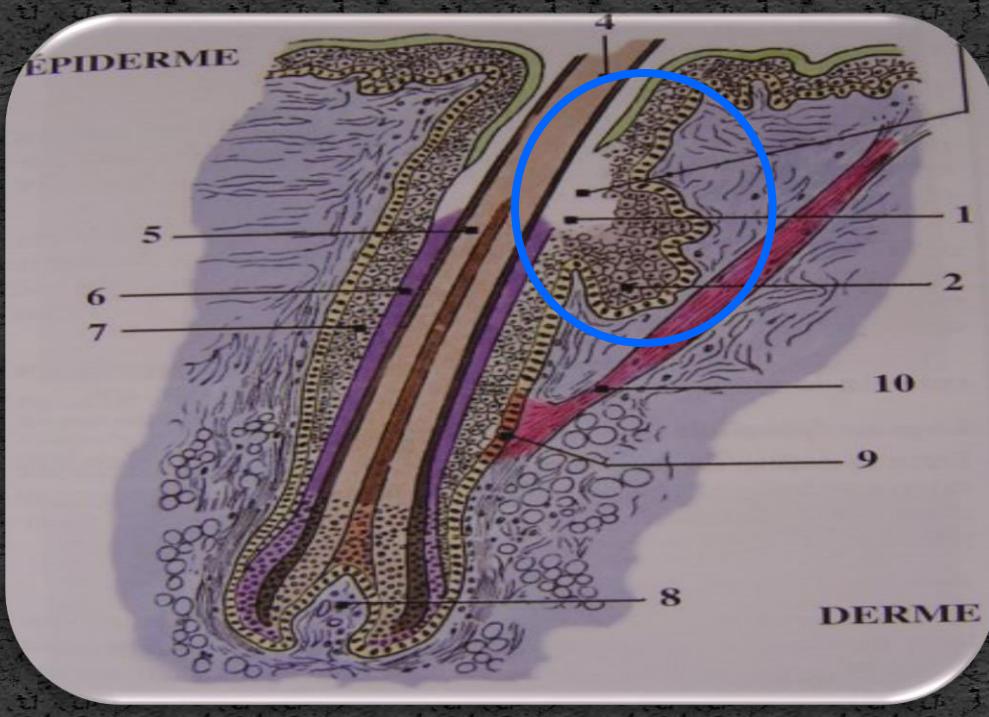
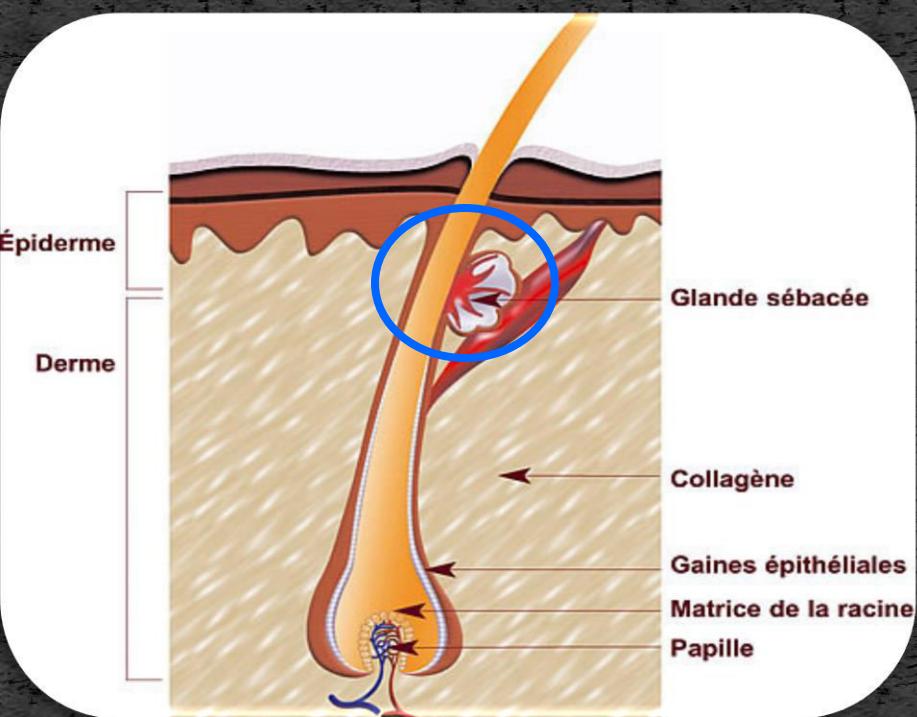
Rappel anatomique

- **Les gaines épithéliales** qui servent
Une armature à la tige pilaire en formation



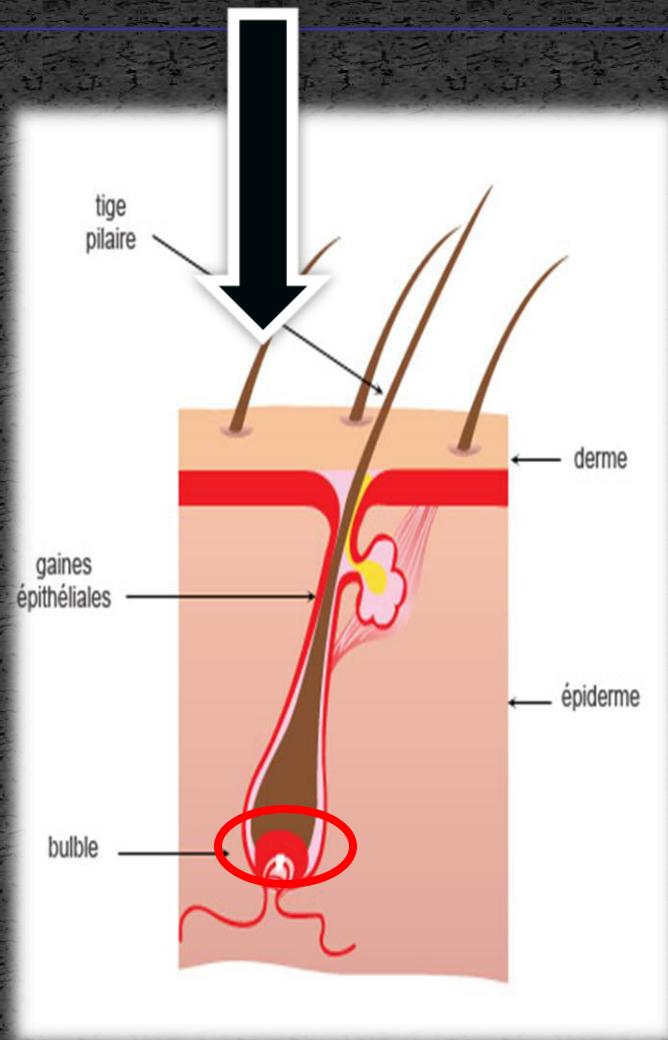
Rappel anatomique

• La glande sébacée

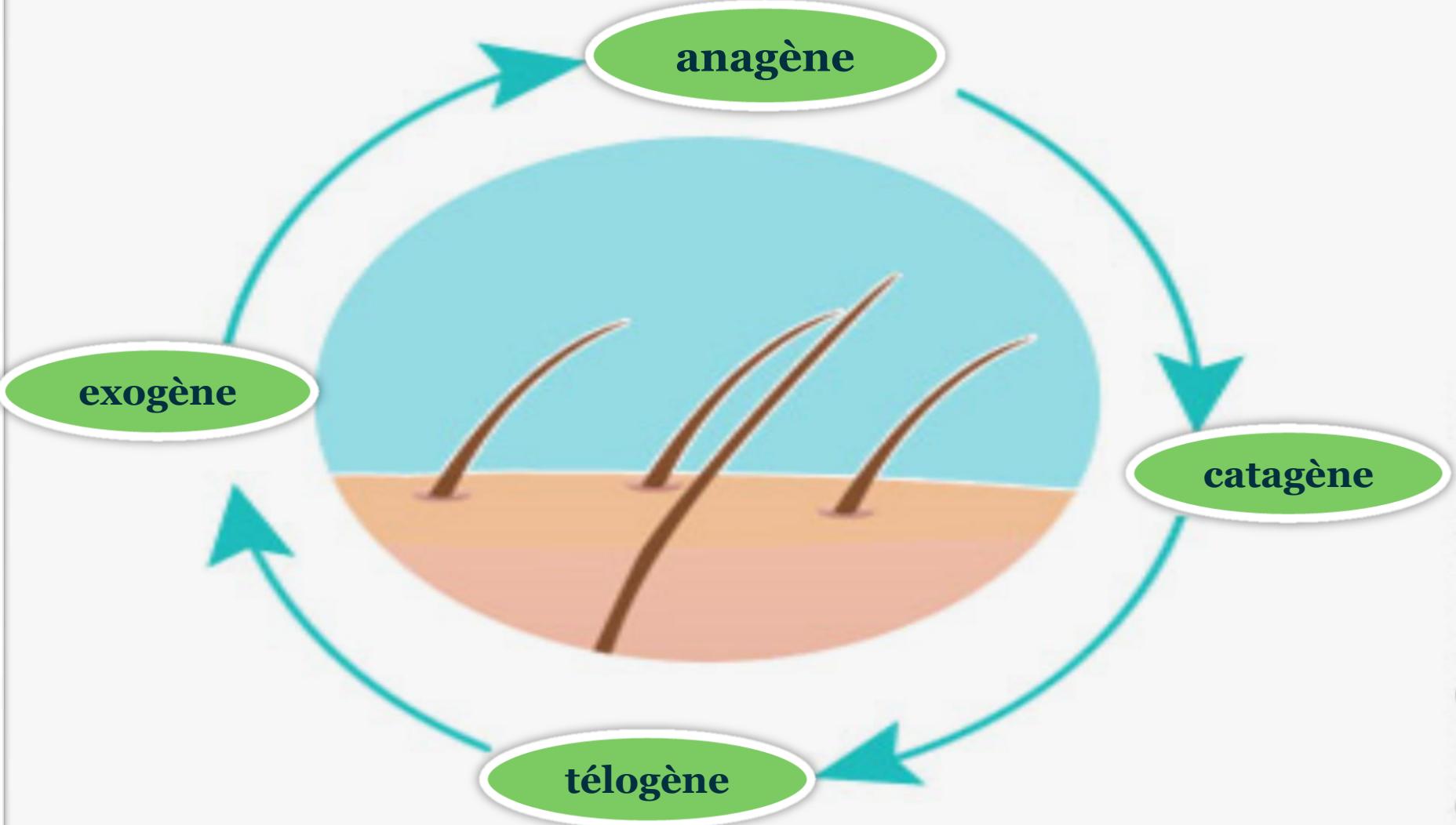


Rappel anatomique

- ✓ Le cheveu : tige de kératine produite au fond du **follicule pileux**



Le cycle pilaire



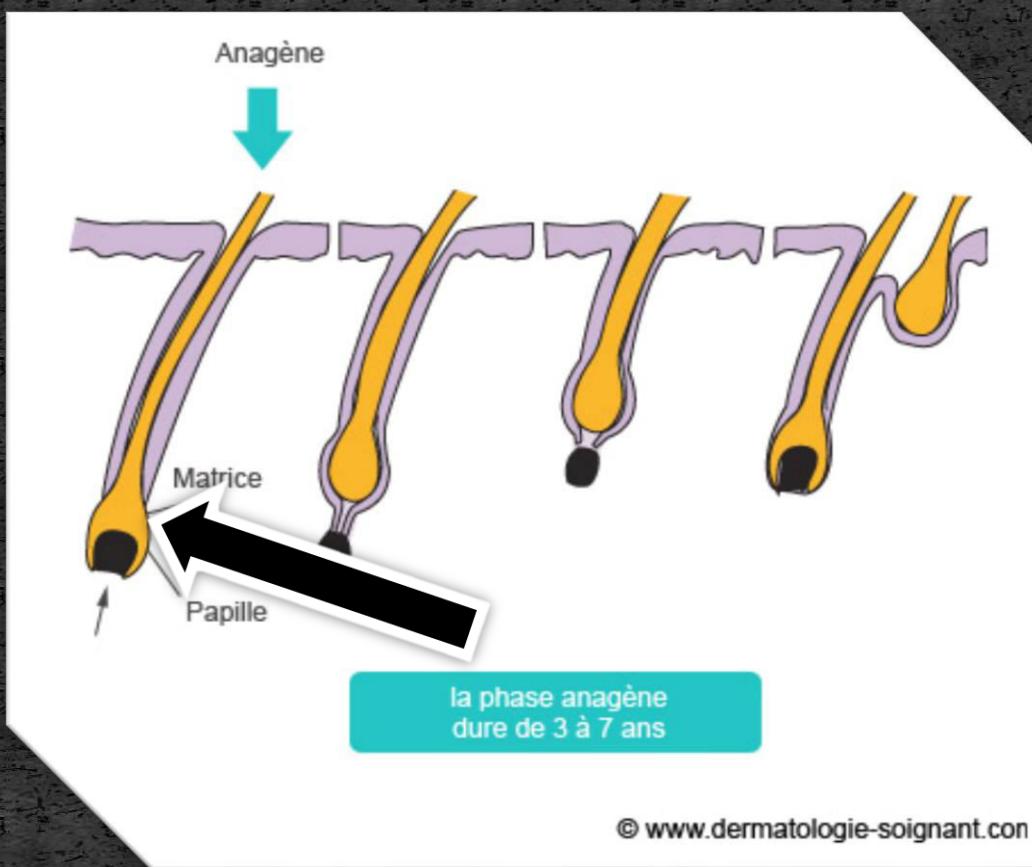
Cycle pilaire



le cycle pilaire

La phase anagène

- ✓ la phase de croissance
- ✓ phase de prolifération des kératinocytes de la matrice formant des kératines.

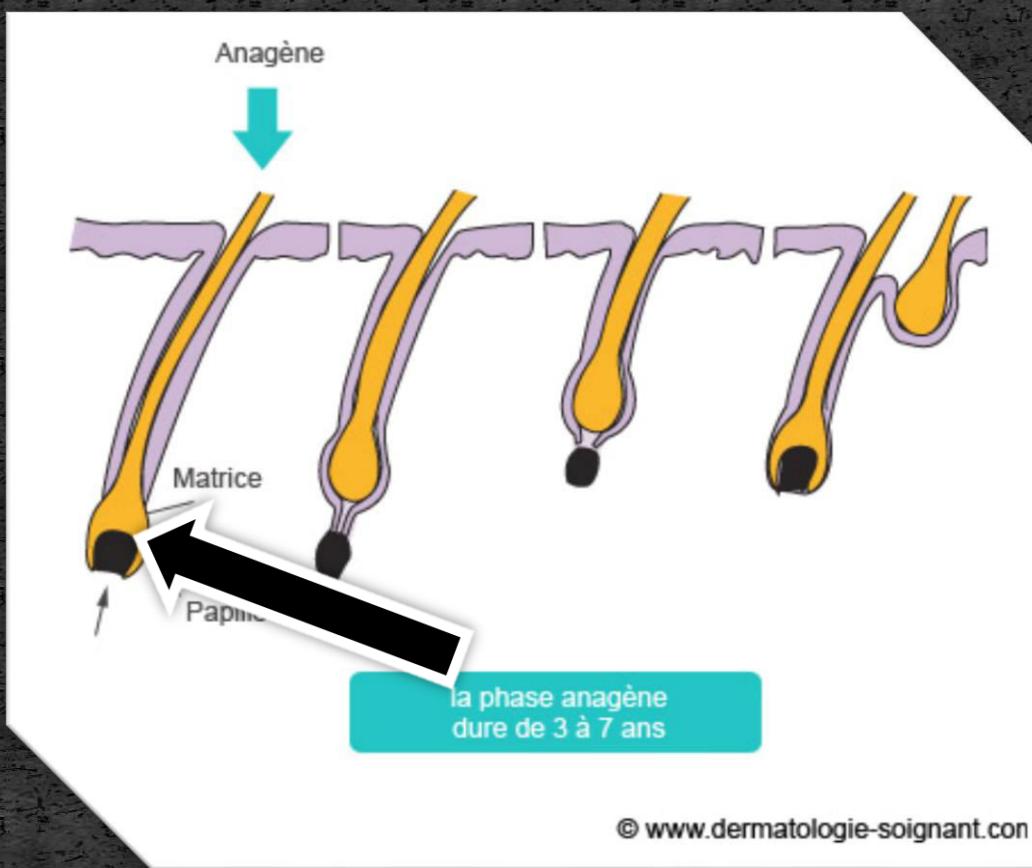




le cycle pilaire

La phase anagène

✓ dure de **3 à 7 ans** et détermine la longueur du cheveu qui pousse en moyenne de 1 cm par mois.

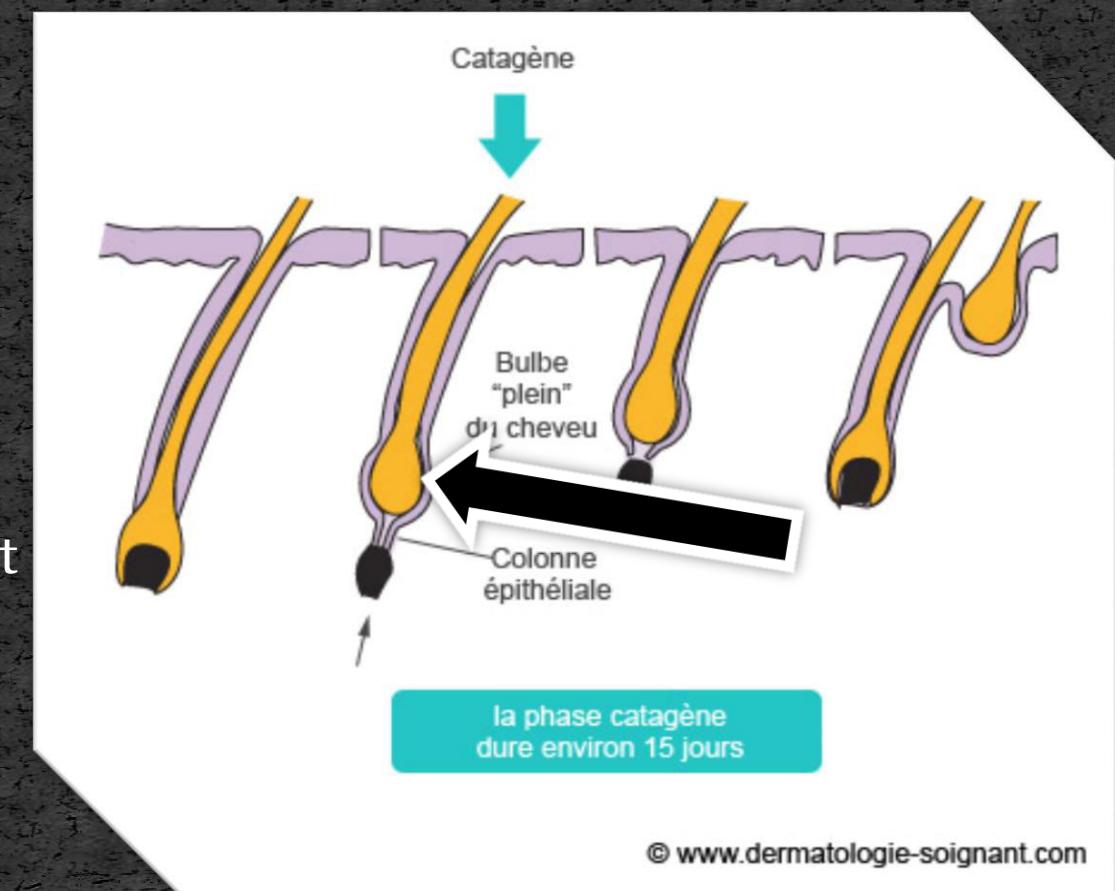




le cycle pilaire

phase catagène

- ✓ La phase d'involution (régression).
- ✓ Mort des kératinocytes
- ✓ Mouvement du follicule vers le haut.
- ✓ Cette phase est très fugace et dure environ **15 jours**

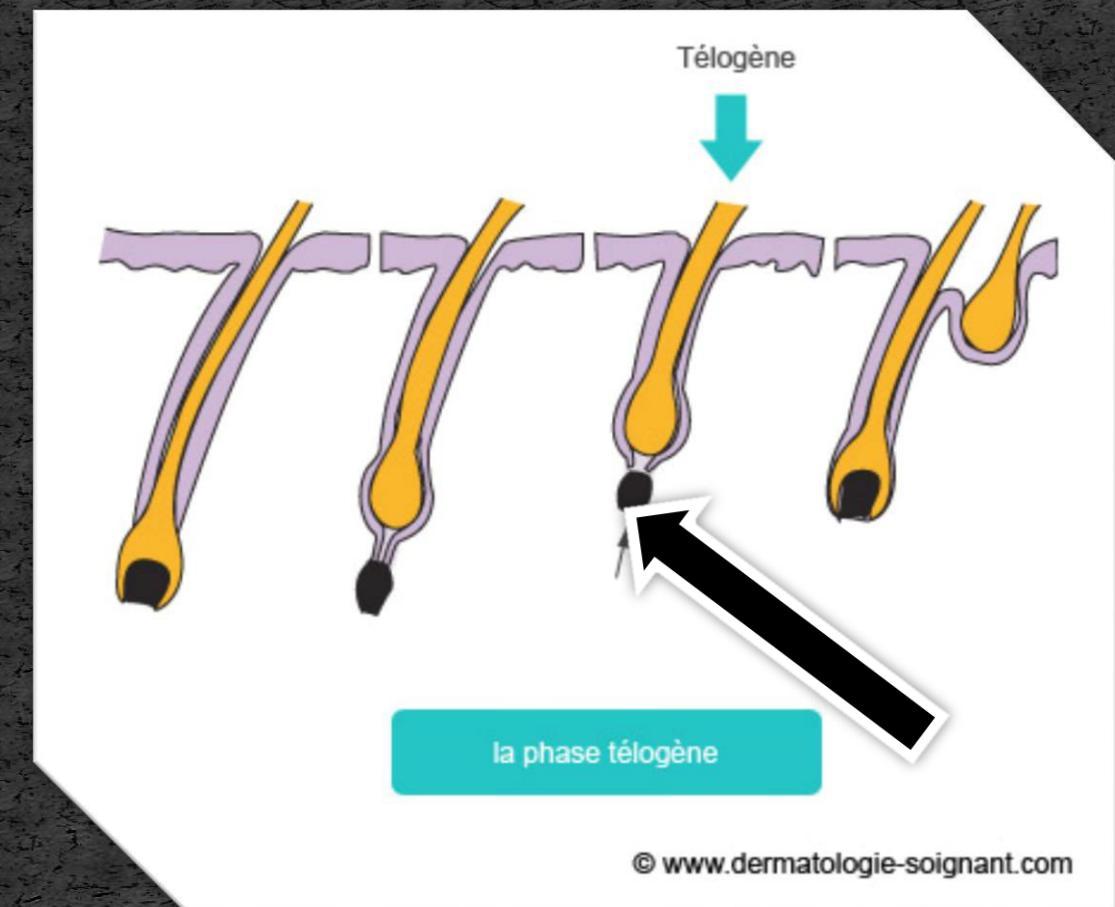


le cycle pilaire



phase télogène

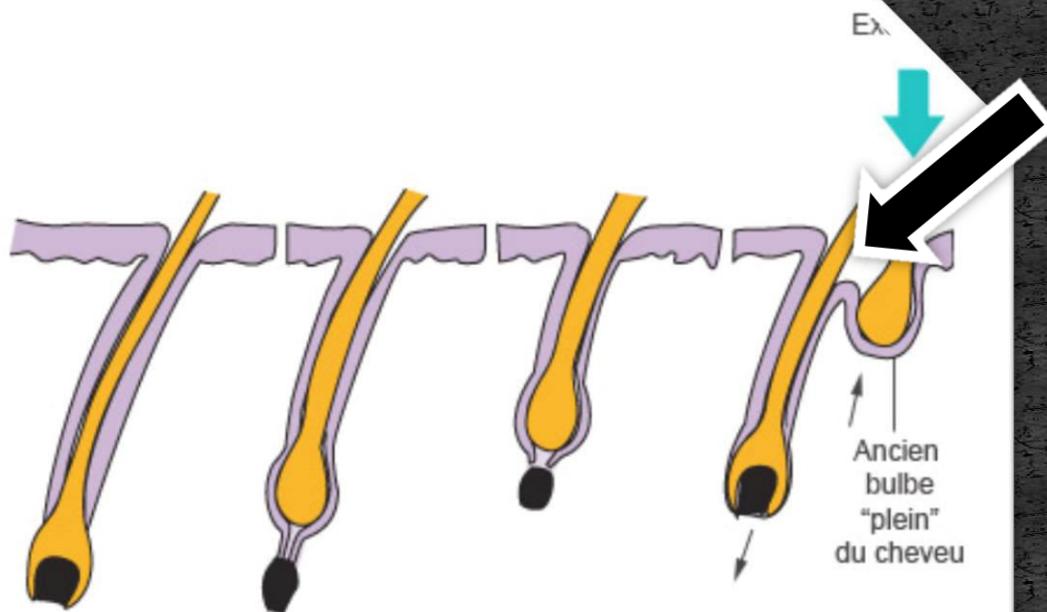
- ✓ une phase de repos.
(2 à 6 mois)
- ✓ Les trichocytes réactives forment une nouvelle structure germinative.



le cycle pilaire

phase exogène

phase de chute du cheveu.



la phase exogène

Examen d'un sujet alopécique

1. Interrogatoire

- ❖ Il recherche plusieurs types d'informations :
 - l'âge et les circonstances de survenue : acquise ou congénitale
 - le mode d'apparition : aigu ou chronique ;
 - les ATCD personnels en particulier endocrinologiques (thyroïde, cycle menstruel) et d'éventuelles carences (régime alimentaire, pathologie associée, saignements

- les ATCD familiaux d'alopecie andro-(géno-) génétique
- les prises médicamenteuses ;
- les habitudes cosmétiques (défrisage, traction,coloration)
- les traitements reçus pour l'alopecie.

2. Examen clinique

- la localisation : diffuse ou en zones (en plaques)
- l'aspect du cuir chevelu: au niveau des plaques d'alopecie :
 - ❖ Normal
 - ❖ Recouvert de squames ou de pustules
 - ❖ Aspect cicatriciel scléreux ou inflammatoire

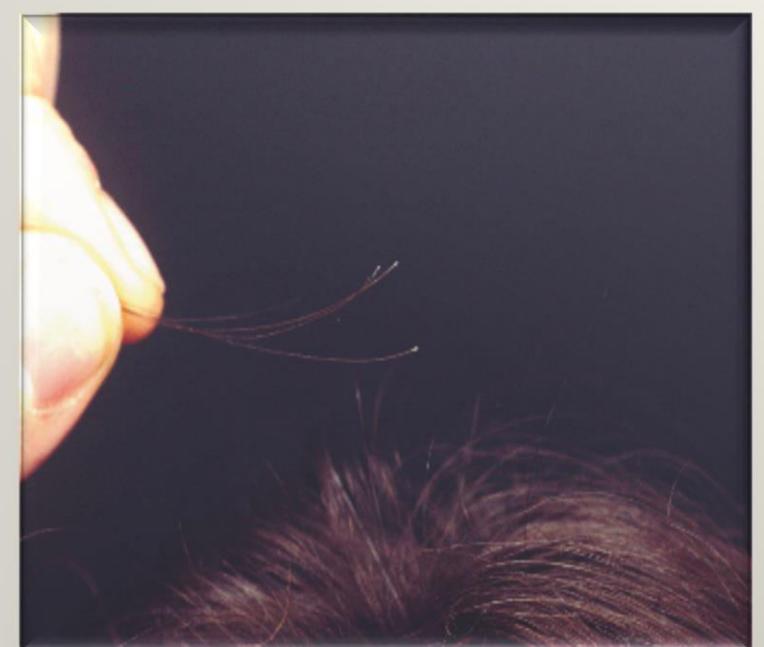
➤ l'aspect des cheveux :

- ❖ Une anomalie de la structure du cheveu (dysplasie pilaire) chez l'enfant en particulier
- ❖ La présence de cheveux cassés (trichotillomanie) ou dystrophiques (défrisage)
- ❖ L'atteinte éventuelle des autres aires pileuses
- ❖ l'étude en lumière de Wood en cas de lésions squameuses → fluorescence au niveau des plaques (suspicion de teigne).

❖ **Test de traction:**

- ❖ traction d'une dizaine de cheveux pincés entre le pouce et l'index d'apprécier l'importance d'une chute de cheveux

(normalement limitée à 1 à 2 cheveux après traction de 10 cheveux).



➤ Examen clinique général

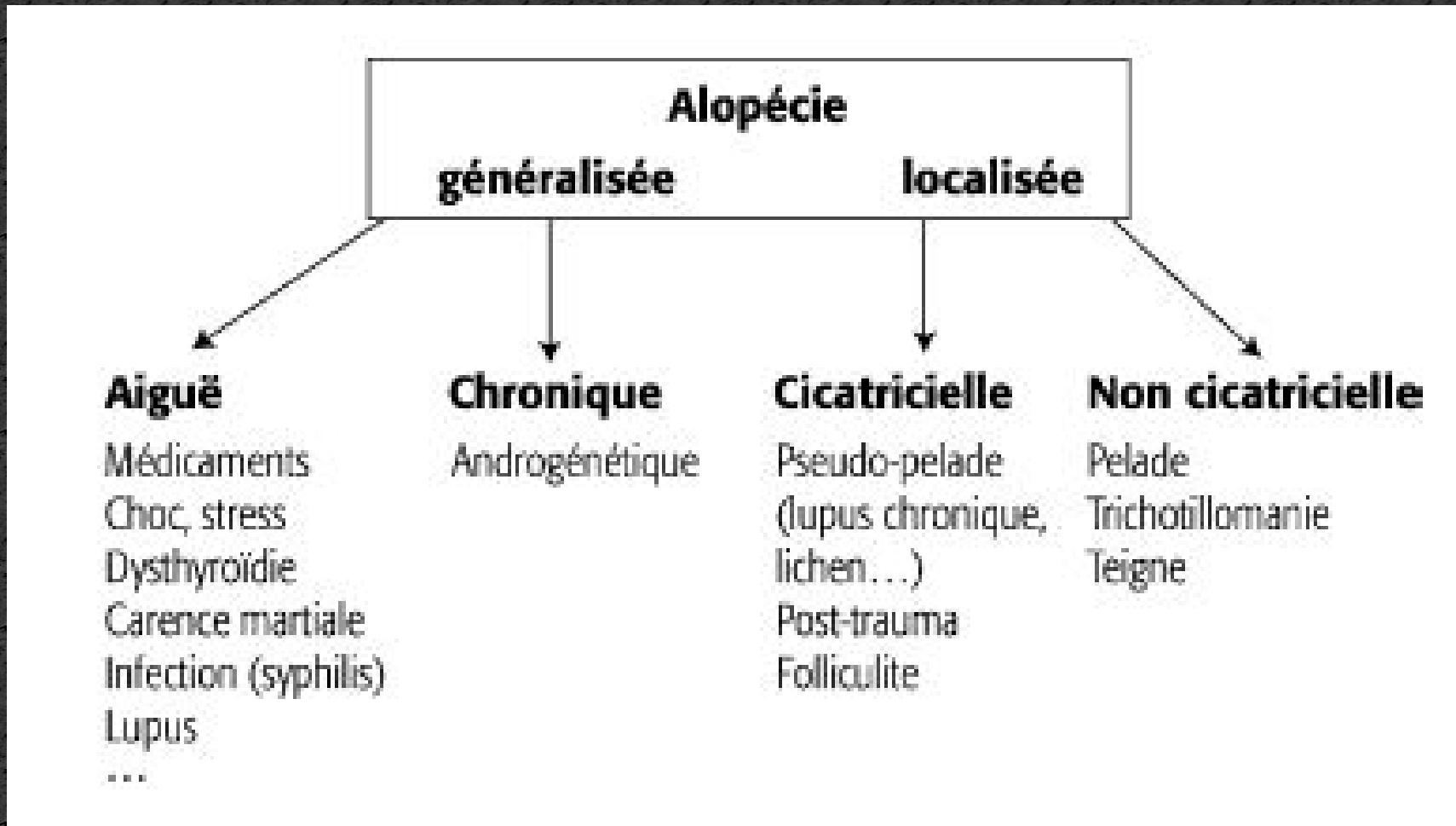
- Il recherche :
 - ✓ Lésions cutanéomuqueuses unguérales
 - ✓ Signes d'hyperandrogénie, de dysthyroïdie
 - ✓ Atteinte de l'état général, une perte de poids, des signes de carence en fer

3. Examens complémentaires

- Ils ne seront pas toujours utiles
- **Les bilans sanguins** sont orientés par la clinique.
- **Trichogramme:** confirme l'absence de dystrophie pilaire, et de préciser le mécanisme de la chute
- Le spécialiste réalise une **biopsie** pour une alopecie tumorale ou cicatricielle

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE :

principales causes des alopéciés acquises



Alopécies diffuses

A. Alopécies diffuses aiguës

1. Effluvium télogène

- Passage prématué d'une proportion variable De follicules pileux de la phase anagène à la phase télogène.

- Principales étiologies : (précède la chute de **2 à 3 mois.**)
 - ❖ Accouchement, fausse couche ;
 - ❖ Fièvre prolongée
 - ❖ Intervention chirurgicale
 - ❖ Hémorragie aiguë, perte de poids brutale
 - ❖ Accident grave: stress ou choc psychoaffectif important.

- TRT: Il ne nécessite aucun traitement. La prise en charge psychologique est essentielle,
- Repousse spontanée en 4 à 6 mois, voir une Année.
- Si la chute se prolonge → NFS, ferritinémie, TSH

2. Alopécies toxiques ou iatrogènes

- Les principaux toxiques responsables sont : thallium, arsenic, acide borique...
- **Certains médicaments** induisent une alopécie: exp: rétinoides, interféron alpha, anticonvulsivants
- **Des effluviums anagènes** sévères sont observés avec les antimétabolites.

3. Autres alopécies aiguës

- De nombreuses maladies générales peuvent être responsables d'alopecie aigüe :
 - Connectivites,
 - lymphomes,
 - maladies infectieuses,
 - L'alopecie de la syphilis secondaire
 - Dysthyroidies

B. Alopécies diffuses chroniques

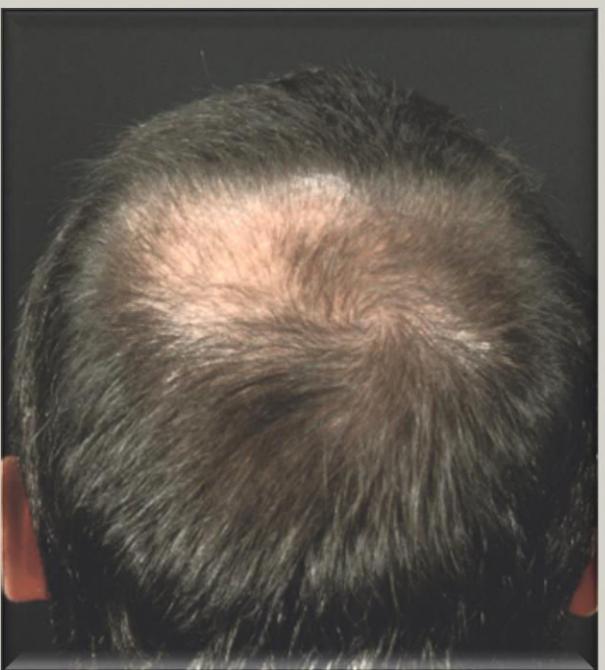
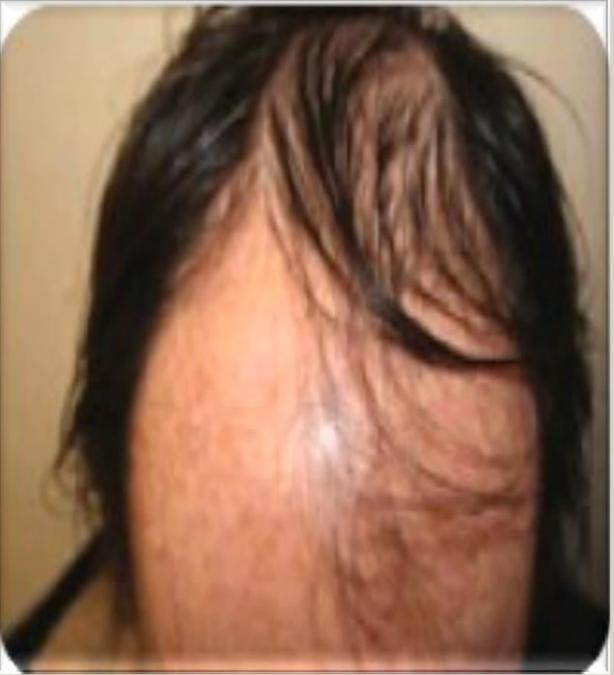
1. Alopécie andro-(géno-)génétique

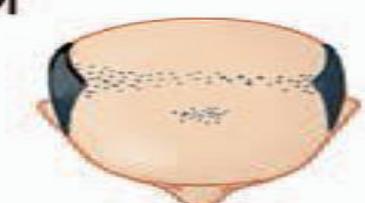
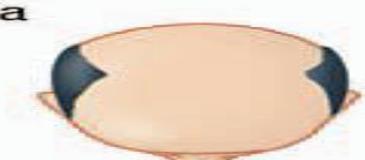
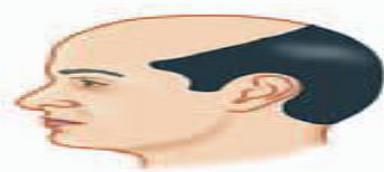
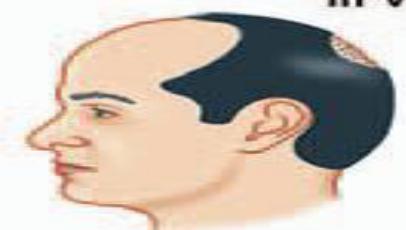
- **Chez l'homme:**

- ❖ le cuir chevelu est sain.
- ❖ Elle a souvent un caractère héréditaire.
- ❖ Elle affecte les zones fronto-temporales (golfes temporaux) puis le vertex

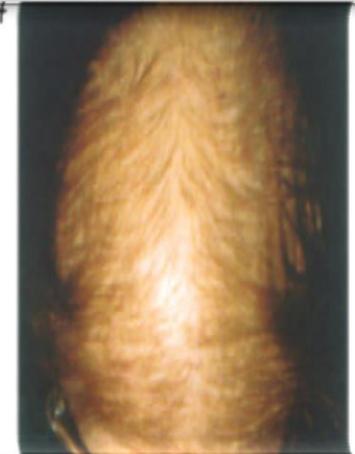
- **Chez la femme:**

- ❖ Évolution est beaucoup plus lente
- ❖ Respecte la lisière frontale du cuir chevelu
- ❖ Une raréfaction ovale du vertex.









- une alopécie diffuse, sévère et précoce +hirsutisme
→ exploration hormonale
 - un dosage de la **testostérone** libre ;
 - la recherche d'une hyperandrogénie d'origine surrénalienne (**DHEA,₁₇OH-progestérone**)
 - ou ovarienne (**delta-4- androstènedione**).

- TRT: purement suspensif

- ❖ chez l'homme : prise orale de finastéride (*Propecia*), inhibiteur de la 5-réductase

- ❖ chez la femme :

- un traitement antiandrogène (acétate de cyprotérone [*Androcur*]) associé à une contraception orale ;

- ❖ Dans les deux sexes :

- Minoxidil à 2 ou 5 %. (2app/jrs) → bénéfice au bout de 03 mois, max 06 à 08 mois seulement (1/3 des cas)
 - Les greffes de follicules pileux

Alopécies localisées non cicatricielles

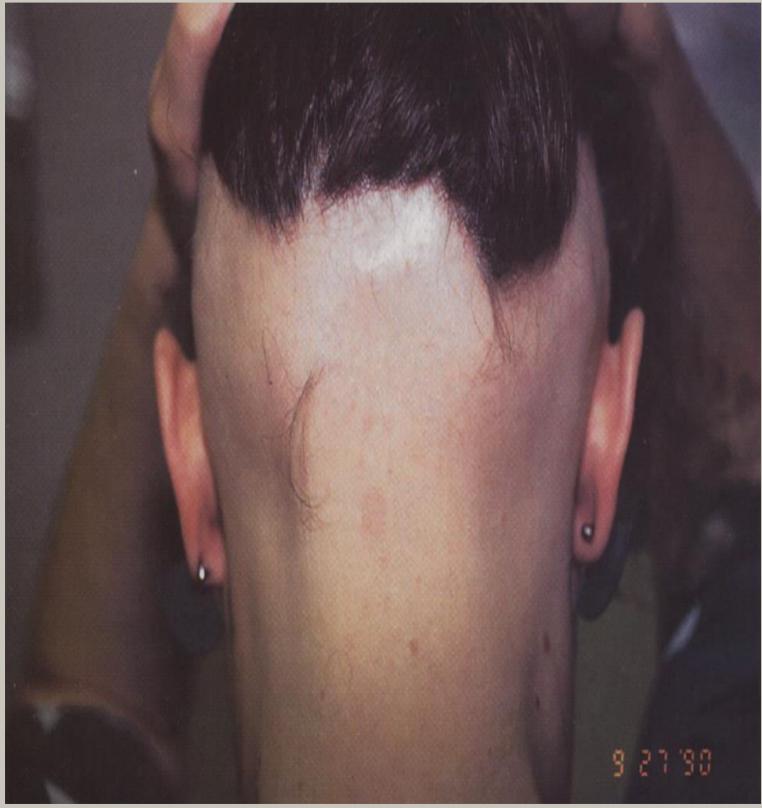
1. Pelade

- a) une alopécie en aires
- b) peut se généraliser (pelade décalvante)
- c) atteindre l'ensemble des zones pileuses (pelade universelle).

• Clinique:

- ❖ plaque d'alopecie circonscrites
- ❖ Le cuir chevelu est normal.
- ❖ En périphérie: cheveux en point d'exclamation ou très courts prenant l'aspect de pseudo-comédon
- ❖ Parfois atteinte des ongles (microabrasions ,et stries longitudinales)





- Le diagnostic est clinique et ne nécessite aucune exploration complémentaire (ni biopsie, ni biologie).
- L'évolution spontanée:
 - Imprévisible
 - Svt une repousse au bout de plusieurs mois
 - Parfois extension
 - les récidives sont fréquentes
- L'étiologie reste inconnue.
 - Elle est considérée comme une maladie auto-immune

- Le traitement
 - *pelades en plaques peu sévères touchant moins de 30 %*
 - **CTC locale forte ou très forte** (gel, lotion ou crème).
 - **Minoxidil à 5%** (Alostilt 5% solution)
 - En cas d'échec → injections intradermiques **d'acéate de triamcinolone** dilué à 10 mg/mL
→ La réponse thérapeutique peut nécessiter 3 mois.
 - Pelades en plaques sévères et des pelades étendues nécessite (avis du spécialiste)
 - **PUVAthérapie,**
 - **corticoïdes per os (0,5mg/kg/jr)ou en bolus**
 - **Immunosuppresseurs: MTX**
 - Une prise en charge psychologique

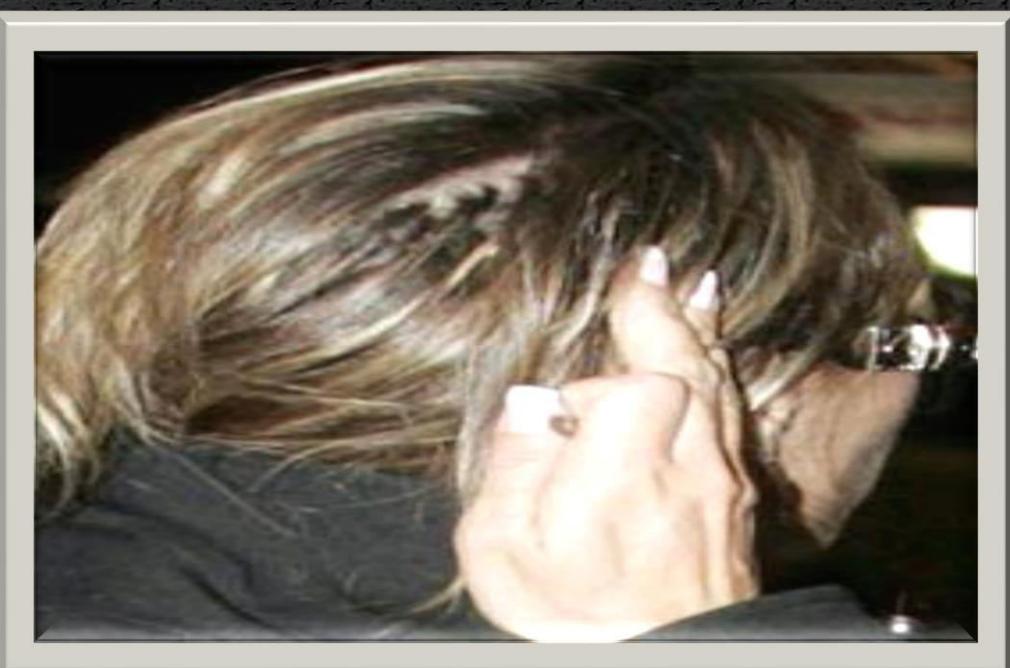
2. ***Trichotillomanie***

- L'expression de tics ou d'une névrose autoagressive.
- Chez l'enfant
 - ◆ Réalise une alopécie circonscrite non cicatricielle
 - ◆ Cheveux: cassés, de taille irrégulière
 - ◆ Retrouvés le matin sur l'oreiller.
- Chez l'adulte
 - ◆ Peut témoigner d'un trouble psychologique plus grave
 - ◆ Nécessitant une prise en charge spécifique (psychologique voire même psychiatrique)



3. *Alopécie de traction*

- Patientes noires +++
- Débute sur **les tempes et la zone frontale ant.**
- Favorisée par :
 - les tresses, les défrisages et les soins cosmétiques agressifs.
 - Les coiffures très tiré en arrière
- Traction continue peut aboutir à la destruction de certains follicules.



4. *Teigne*

- Évoquée systématiquement devant :

Toute alopécie squameuse de l'enfant avec cheveux cassés courts.

- Dgc: prélèvement mycologique avec examen direct et culture
- TRT: la griséofulvine per os.



Alopécies localisées cicatricielles

- Diagnostic étiologique est souvent difficile et repose sur
 - Analyse des zones inflammatoires actives en périphérie
 - Examen dermatologique et général complet.
 - L'examen histologique et l'immunofluorescence sur des lésions évolutives jeunes

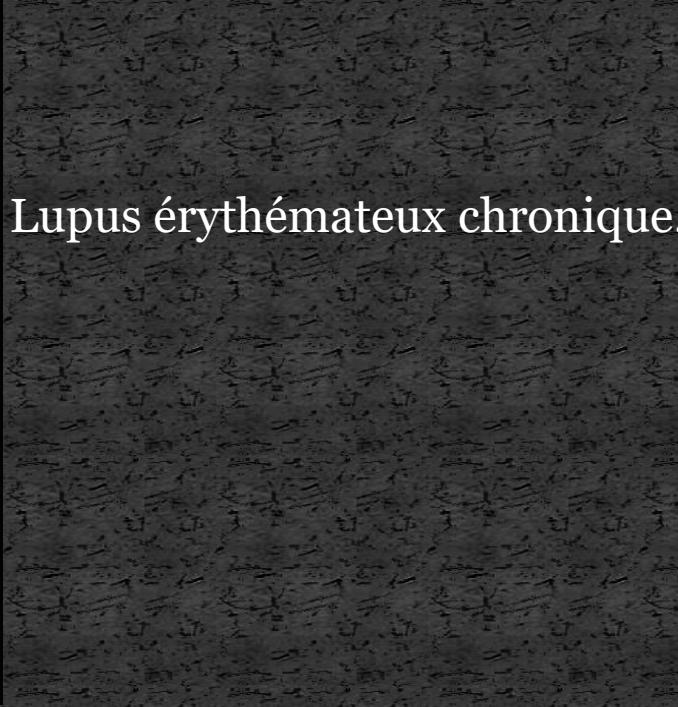
- Les étiologies sont multiples :
 - ❖ Le lupus érythémateux chronique
 - ❖ Le lichen plan folliculaire
 - ❖ La sarcoïdose
 - ❖ La sclérodermie en plaques (morphée)
 - ❖ Certaines métastases
 - ❖ Alopécies cicatricielles traumatiques
 - ❖ La pseudo-pelade idiopathique
 - ❖ Alopécies cicatricielles pustuleuses(Folliculites décalvantes de Quinquaud. Folliculites en touffes...)
- Le traitement est étiologique.



❖ Le lichen plan folliculaire



Lupus érythémateux chronique



Folliculites décalvantes de Quinquaud.



Cheveux en touffe



Mucinose folliculaire.