

La mise au point d'une alopecie

Clinical tools for assessing hair loss

V. del Marmol¹ et C. Jouanique²

¹Service de Dermatologie, Hôpital Erasme, U.L.B. ; ²Service de Dermatologie, Centre Sabouraud, Hôpital Saint Louis, Paris

RESUME

La plainte de chute de cheveux est assez fréquente mais mérite d'être approfondie car elle peut être extrêmement anxiogène : une mise au point simple permettra le plus souvent de définir l'origine de la chute et rassurer le patient quant à l'évolution s'il s'agit d'une cause réversible soit le prendre en charge rapidement. La mise au point doit associer les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, diététiques et enfin les habitudes cosmétiques. Ces éléments doivent être situés dans le temps et complétés par un examen clinique où la chute définie comme diffuse ou localisée et dans ce dernier cas une atteinte cicatricielle doit éventuellement être mise en évidence. On associera l'examen clinique à un trichogramme et/ou dans certain cas à une biopsie ou un prélèvement de squames. Cette mise au point sera éventuellement complétée par une prise de sang vérifiant différents éléments métaboliques et/ou hormonaux. Enfin, les traitements déjà appliqués doivent être connus pour en connaître les effets bénéfiques et secondaires ce qui permettra l'établissement d'un nouveau traitement s'il y a lieu.

Rev Med Brux 2004 ; 25 : A 269-72

ABSTRACT

The complaint of hair loss is quite frequent but merits close attention because it can be very stressful to the patient. A simple examination will allow in most cases to define the origin of the hair loss and reassure the patient rapidly as to its likely evolution if it is reversible. The examination must take into account the medical, surgical, gynaecological and dietary antecedents and the cosmetic habits. These elements must be situated in time and complemented by a clinical examination to define the loss as diffuse or localised and in the latter case, expose scar damage. The clinical examination will be associated with a trichogram and in certain cases with a biopsy or a squam prelevement. Further, the blood can be analysed for different metabolically and hormonal elements. Finally, the treatments already administered must be known in order to identify the beneficial and secondary effects, which will allow the definition of a new treatment, if required.

Rev Med Brux 2004 ; 25 : A 269-72

Key words : alopecia, hair loss, evaluation

Une perte de cheveux est une plainte assez fréquente lors d'une consultation et le médecin est souvent dépourvu face à cette demande. La saison, le stress, la fatigue seront évoqués ; bref, une somme de causes qui seront infinies puisqu'on peut toujours les évoquer... les saisons étant toujours différentes et le stress et la fatigue bien souvent présents.

Pourtant, il s'agit d'une sérieuse source d'inquiétude et parfois de détresse chez le patient puisque nous vivons dans une société où l'apparence et certainement l'attribut capillaire sont essentiels⁶. Il est donc très utile d'aller plus loin dans l'anamnèse du patient car celle-ci permettra le plus souvent de définir l'origine de la chute de cheveux (*effluvium*), le rassurer quant à

l'évolution s'il s'agit d'une cause réversible ou bien prendre le patient en charge assez rapidement.

En fonction du cycle pileaire où l'on définit la phase de croissance ou phase anagène (2 à 5 ans) et les phases catagène et télogène ou phase d'involution (2 à 3 mois), on parlera alors d'*effluvium* de type anagène ou télogène.

Dans le cas d'une atteinte en phase anagène, la chute peut être induite soit par des médicaments altérant la phase de croissance ou de kératinisation (colchicine, cytostatiques, acitrétine, etc.) ou bien par des altérations métaboliques (thyroïde, hypervitaminose A, déficit chronique en fer, etc.).

Enfin, des manipulations cosmétiques extensives peuvent également induire un *effluvium* de type anagène de par la fragilité capillaire induite par les altérations des bulbes en zone de croissance. La modification de ces habitudes mène à l'amélioration de la qualité des bulbes et souvent une amélioration de l'*effluvium* observé. Des manipulations intempestives compulsives du cuir chevelu seront également définies (trichotillomanie).

Différentes causes peuvent induire un *effluvium* télogène. Celui-ci apparaît deux à trois mois après son induction et la recherche doit remonter dans ces délais pour en retrouver la cause : si celle-ci persiste, comme dans le cas d'un *effluvium* télogène avec une origine médicamenteuse, on observera alors un *effluvium* télogène chronique.

La pelade est une atteinte immunologique du bulbe en phase anagène. On observera selon les cas soit un *effluvium* télogène massif soit un *effluvium* anagène dystrophique majeur selon l'état d'évolution de la pelade. En tous cas, le patient définira sa chute comme une chute aiguë laissant des zones alopeciques dont l'état cutané, s'il n'est pas inflammatoire, n'est en tout cas pas cicatriciel. Ces zones peuvent rester limitées (en aire) ou bien s'étendre rapidement en une pelade totale (c'est-à-dire atteignant tout le cuir chevelu) ou même universelle qui touchera alors toute la pilosité corporelle.

Une chute de cheveux doit donc être définie dans le temps.

La chute sera définie comme aiguë lorsqu'elle sera inférieure à six mois et on parlera de chute chronique pour une chute datant de plusieurs mois à plusieurs années.

Une chute de cheveux doit être localisée : est-elle diffuse ou localisée ? Enfin, laisse-t-elle apparaître des zones alopeciques (sans cheveux) ou bien induit-elle progressivement une diminution de la densité capillaire de manière diffuse ou localisée (le plus souvent en zone fronto-pariétale) ? Enfin, si elle est localisée, la zone alopecique est-elle devenue cicatricielle ?, c'est-à-dire une zone dont les orifices pilaires ont disparu et dont l'alopecie est définitive.

L'ANAMNESE ET LES ANTECEDENTS

L'âge et le sexe du patient sont des éléments importants et **on pratiquera une anamnèse détaillée des antécédents** médicaux, chirurgicaux, gynécologiques dans le cas de la femme, dermatologiques et diététiques. Enfin, les habitudes cosmétiques devront être relevées. Les antécédents familiaux d'alopecie (antécédents d'alopecie androgénétique mais également de pelade) sont importants dans ce cadre.

Les antécédents médicaux

Ils permettront surtout de définir une prise médi-

camenteuse et la définition temporelle du début de la prise de ces médicaments doit être notée en vue de la localiser dans un *effluvium* de type aigu (10 à 20 jours après le médicament), dans le cas d'un *effluvium* anagène ou un *effluvium* subaigu (plus de 3 mois) ou enfin un *effluvium* chronique (plusieurs mois à plusieurs années). Les médicaments les plus inducteurs sont cités dans les Tableaux 1 et 2³. Cela permettra enfin, de définir plus précisément le cadre pathologique dans lequel les patients se trouvent car souvent ils prennent ces médicaments depuis si longtemps qu'ils ne prennent plus la peine de les citer (antidépresseurs, etc.). Ces antécédents permettront, outre la suspicion d'un trouble métabolique (par exemple thyroïdien) de définir éventuellement un cadre qui contre-indiquera certaines médicaments vu l'interaction possible avec ceux déjà pris ainsi qu'éventuellement permettant leur remplacement (par exemple l'aldactone pouvant remplacer certains traitements anti-hypertenseur comme les bêta-bloquants).

On recherchera un épisode fébrile prolongé (3 jours et fièvre au-delà de 39 °C).

La prise chronique de vitamines doit être identifiée permettant la mise en évidence d'une intoxication à la vitamine A, éventuellement de sélénium qui lui est fréquemment associé.

Les allergies seront évoquées pour exclure les *antécédents de prise de cortisone* (per os ou en application aérosol ou en spray nasal) ainsi que les antécédents d'infiltration de cortisone intra-articulaire. La résorption de ces composés peut induire un *effluvium* télogène spectaculaire réversible six mois après la dernière infiltration ou la dernière prise.

Tableau 1 : Thérapeutique anti-métabolique associé à un *effluvium* anagène (d'après Olsen³).

Bléomycine
Busulfan
Chlorambucil
Cyclophosphamide (Cytosan)
Cytarabine (ara-C)
Dacarbazine (DTIC)
Dactinomycine (Actinomycin D)
Doxorubicine (Daunomycin, Cerubidine)
Docetaxel (Adriamycin)
Endoxan
Etoposide
5-Fluorouracil (5-FU)
Fludarabine
Floxuridine (FUDR)
Hexaméthyléméline
Hydroxyurea
Idarubicine
Ifosfamide
Lomustine (CCNU)
Mechlorethamine
Melphalan (Alkeran)
Méthotrexate
Mitomycine (Mutamycin)
Mitoxantrone
Nitrosureas
Procarbazine
Triéthyléthiophosphoramidate (Thiotepa)
Vinblastine (Velban)
Vincristine (Oncovin)

Tableau 2 : Médicaments ou composés susceptibles d'induire un *effluvium* télogène (d'après Olsen³).

Allopurinol
Androgènes (danazol, dehydroepiandrosterone)
Inhibiteurs enzymatiques de la conversion Angiotensine (captopril, enalapril)
Médicaments hypocholestérolémiants (clofibrate, triparanol, colestyramine)
Anticoagulants
Anticonvulsivants (carbamazépine, sodium valproate)
Antifongiques (kétoconazole et fluoconazole en grandes doses)
Agents Antimitotiques (colchicine, méthotrexate)
Médicaments anti-thyroïdiens (carbimazole, methylthiouracil, propylthiouracil)
Benzimidazoles (albendazol, mebendazole, oméprazole)
Bêta-bloquants (systémique : métoprolol, propranolol ; gouttes ophtalmiques: betaxalol, levobunolol, timolol)
Bromocriptine
Cimétidine
Or
Immunoglobulines
Interféron
Lévodopa
Méthysergide
Minoxidil
Octérotide
Contraceptifs oraux
Proguanil
Médicaments Psychotropes (amphétamines, désipramine, dixyrazine, fluoxétine, imipramine, lithium, sertraline, tranylcypromine)
Bromure de Pyridostigmine
Rétinoïdes
Sulfasalazine
Tacrolimus
Vitamine A

Les antécédents chirurgicaux

Ils seront surtout utiles pour définir l'antécédent d'anesthésie générale qui peut également induire un *effluvium* télogène 3 mois après l'intervention chirurgicale. Elle permettra également de suspecter un déficit en fer (ferritine basse) suite à une chirurgie ayant pu induire un saignement important.

Les antécédents gynécologiques

Ils retraceront les antécédents de grossesse et de parturiance, définiront la prise d'un contraceptif oral (et donc le progestatif associé plus ou moins androgénique), l'arrêt éventuel de celui-ci permettra également de comprendre l'*effluvium* observé tel qu'on l'observera également après une interruption de grossesse ainsi dans le post-partum.

Les antécédents dermatologiques

Ils rappelleront les antécédents d'acné, d'hirsutisme (et donc d'hyper androgénie), éventuellement la prise secondaire de Roaccutane® qui aurait pu induire un *effluvium* de type anagène dystrophique.

Les antécédents diététiques

Ils permettront de repérer des événements de diète qui peut être brutale (*crash diet*) et induire dans les trois mois qui suivent un *effluvium* télogène ou plus

chroniquement un *effluvium* anagène.

Les antécédents cosmétiques

Ils définiront le rythme et les habitudes de traitements capillaires type teinture ou coloration, permanentes, fréquence et type de brushing. Ces renseignements orienteront vers des habitudes de traction. Ces excès de traction sont également présents chez les femmes d'origine afro-antillaises selon leurs habitudes de tressages.

Ces soins capillaires multiples et agressifs entrent de plus en plus dans nos mœurs et sont donc à rechercher chez des patientes de plus en plus jeunes.

L'EXAMEN SANGUIN

Ces éléments d'anamnèse seront complétés par une prise de sang complète qui permettra d'affirmer ou d'infirmer les suspicions induites par l'anamnèse et l'examen clinique. Il comportera une formule sanguine, une vitesse de sédimentation, un dosage de la ferritine, un CRP, des enzymes hépatiques et une fonction rénale, un facteur antinucléaire, la TSH, les anticorps antithyroïdiens, le dosage de cuivre, de zinc, de vitamine A et un bilan hormonal peut être complémentaire chez la femme si un lien avec une hyper androgénie peut être suspecté. Cette prise de sang hormonale se fera de préférence entre le 4^{ème} et le 7^{ème} jour du cycle (phase folliculaire) et elle sera optimale si elle est réalisée après trois mois d'arrêt de contraception orale.

L'EXAMEN CLINIQUE

Il mettra en évidence d'éventuelles **zones alopéciques** et si ces dernières présentent des **zones cicatricielles** ou non. La mise en culture de squames devra être faite lorsque l'on suspecte une teigne et un frottis profond (dans l'orifice de la biopsie) sera réalisé lorsque l'on suspecte une implication bactérienne (folliculite de Quincaud ou de Hoffmann) ; une mise en évidence de staphylocoques sera alors contributive. Les pathologies cicatricielles, outre les folliculites bactériennes et les teignes, orienteront vers un lichen, un lupus discoïde le plus fréquemment ; un lymphome, une sarcoïdose peuvent aussi être évoqués. Outre la clinique, les biopsies classiques (associés à une coloration PAS) et une immunofluorescence seront bien entendu essentielles.

Les zones alopéciques présentant des cheveux en point d'exclamation ainsi qu'une peau non cicatricielle (parfaitement souple) orienteront vers une pelade. La biopsie sera utile dans le doute diagnostique ou si la pelade est présente depuis longtemps et que l'on veut relever l'activité de celle-ci et donc objectiver un potentiel d'efficacité des traitements que l'on peut établir. La pelade sera également évaluée dans son extension (locale, totale, universelle) puisque différents traitements seront possibles selon l'extension.

On relèvera une diminution de la densité capil-

laire dans la zone frontale *versus* la zone occipitale, ou si cette modification de densité est diffuse. Une perte de densité en fronto-pariétale sera observée lors d'une alopecie androgénétique. Un test de traction sera réalisé dans les différentes zones afin de définir l'activité de l'alopecie. Ce test est surtout contributif si le patient ne vient pas de se laver les cheveux avec un brossage intensif associé (dans les 48 heures précédentes). Dans ce dernier cas, la formule du trichogramme ou le test de traction seront modifiés en étant beaucoup plus rassurants qu'en réalité puisque les cheveux en phase télogène et catagène ont été éliminés par le lavage et le brossage. Le trichogramme sera utile afin d'abord de confirmer la suspicion clinique par l'observation de l'inhomogénéité mais également par la suite évaluer l'efficacité thérapeutique du traitement établi par l'évaluation de la modification de l'*effluvium* télogène. Plusieurs zones seront prélevées : frontale, vertex, et occipitale. Ce trichogramme sera également utile pour étudier la qualité des anagènes et donc exclure des pathologies induisant un *effluvium* anagène.

Lors d'une trichotillomanie c'est-à-dire une manipulation intempestive du cuir chevelu, une zone alopecique est également observée avec un *effluvium* anagène dont les bulbes sont des plus dystrophiques. L'aspect "mité" du cuir chevelu dans une zone avec des cheveux de longueurs différentes peut être suggestif. La biopsie peut être un examen complémentaire intéressant lorsque le diagnostic différentiel n'est pas posé avec une pelade. Lors de trichotillomanie, une aide psychiatrique semble essentielle.

LES TRAITEMENTS ANTERIEURS

On définira enfin les différents traitements pris ou appliqués pour cette chute de cheveux, leur durée ainsi que leurs effets. Cela permettra parfois de savoir comment ils ont été tolérés et, s'ils ont été pris suffisamment longtemps, leur efficacité thérapeutique.

CONCLUSION

Une mise au point de chute de cheveux doit associer les antécédents médicaux, chirurgicaux, gyné-

cologiques, diététiques et enfin les habitudes cosmétiques. Ces éléments doivent être situés dans le temps et complétés par un examen clinique où la chute définie comme diffuse ou localisée et dans ce dernier cas une atteinte cicatricielle doit éventuellement être mise en évidence. On associera l'examen clinique à un trichogramme et/ou dans certain cas à une biopsie ou un prélèvement de squames. Enfin, les traitements déjà appliqués doivent être connus pour en connaître les effets bénéfiques et secondaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mulinari-Brenner F, Bergfeld W : Hair Loss : diagnosis and management, Cleve Clin J Med 2003 ; 70 : 705-6
2. Springer K, Brown M, Stulberg D : Common hair loss disorders. Am Fam Physician 2003 ; 68 : 93-102
3. Olsen E : Disorders of hair Growth. Diagnosis and treatment, 2nd edition. Mc Graw Hill, 2003
4. Sinclair R, Banfield C, Dawber R : Handbook of diseases of the hair and scalp. Blackwell Science, 1999
5. Camacho F, Randall V, Price V : Hair and its disorders : biology, pathology and management. Martin Dunitz, 2000
6. Cash T : The psychology of hair loss and its implications for patient care. Clin Dermatol 2001 ; 19 : 161-6

Correspondance et tirés à part :

V. del MARMOL
Hôpital Erasme
Service de Dermatologie
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles

Travail reçu le 8 juin 2006 ; accepté dans sa version définitive le 29 juin 2004.