

LES ALOPECIES : CLASSIFICATION ET INDICATIONS THERAPEUTIQUES

M. AIT OURHROUIL, L. DAHBI, B. HASSAM

RESUME

Le terme "alopécie" recouvre toutes les pertes de cheveux, quelles qu'en soient les causes.

Les alopecies peuvent être congénitales ou acquises, localisées ou diffuses, aiguës ou chroniques. Elles répondent à des étiologies et à des mécanismes variés.

L'alopécie androgénogénétique est la variété la plus fréquente touchant aussi bien l'homme que la femme et provoquant des dégarnissements plus ou moins importants du sommet du cuir chevelu. Plusieurs types de traitements peuvent être individualisés. Nous citons les traitements cosmétiques qui sont généralement bien tolérés mais peu évalués sur le plan scientifique, le minoxidil et l'acétate de cyprotérone que des tests scientifiques ont reconnu comme efficaces et les traitements à visée physiopathologique.

A côté de ces thérapeutiques, seule la chirurgie, lorsqu'elle s'impose, permet une correction définitive de la zone glabre.

Parmi les procédés chirurgicaux ayant connu un grand essor dans ce domaine, nous évoquons les mini et microgreffes, les lambeaux, la réduction tonsurale, l'expansion cutanée etc...

Nous faisons une mise au point sur les alopecies tout en insistant sur les nouvelles acquisitions thérapeutiques.

L'alopécie se définit comme étant la chute des cheveux au-delà du seuil physiologique de renouvellement.

Elle soulève la question fondamentale de l'être face à son image. La perte totale ou partielle des cheveux peut être ressentie comme un véritable drame en particulier chez la femme.

L'alopécie est un concept clinique qui répond à des étiologies et à des mécanismes pathologiques variés ; parfois, elle est accessible à des traitements.

Les progrès des traitements actuels permettent de proposer une thérapeutique médicale, cosmétologique ou chirurgi-

cale adaptée à l'importance de la chute et du dégarnissement capillaire, d'obtenir une stabilisation temporaire de la chute et de proposer un regarnissement capillaire définitif, par un traitement chirurgical simple.

Au terme d'un bilan général et local, il est important de dédramatiser et de tenter de contrôler le phénomène anxieux souvent associé, en expliquant l'origine du processus et les réelles possibilités de chaque type de traitement.

CLASSIFICATION DES ALOPECIES

Si certaines alopecies sont congénitales, la plupart, et beaucoup, sont acquises. Il est plus commode de les répartir en deux grands groupes.

a. Alopecies congénitales

Ce sont des malformations très rares, souvent familiales, réunissant plusieurs dysplasies. Elles peuvent être totales ou partielles et sont transmises soit en dominance régulière, soit en récessivité (1).

1. Alopecies générales

Elles ne sont presque jamais pures, et on les rencontre associées à d'autres dysplasies. Ces anomalies peuvent être groupées en syndromes héréditaires classés :

- . soit en dominance polykétéose congénitale de TOURAINE, Cagots pyrénéens et canadiens (maladie de Clauston) associant l'alopécie à des dysplasies unguéales, dentaires et souvent des anomalies staturales ;
- . soit en récessivité : anhidrose avec hypotrichose et anodontie, poikilodermie congénitale de Thomson etc...(1).

2. Alopecies régionales (1, 2)

- . alopecie triangulaire de la tempe,
- . atrichie maculeuse.

3. Alopecie par fracture capillaire (1, 2)

- . Trichoclasie idiopathique,

- . Monilethrix : c'est une dystrophie atteignant le bulbe pileux,
- . Pili torti : torsion des cheveux de 180° sur leur axe.

b. Alopécies acquises (1, 2)

1. Alopécies diffuses : chute touchant l'ensemble du cuir chevelu, d'évolution aiguë ou chronique, nécessitant une enquête étiologique.

a) Alopécies diffuses aiguës :

- . Cause psychosomatique tel qu'un choc émotif,
- . Cause infectieuse : typhoïde, grippe, scarlatine...
- . Syphilis secondaire, réalisant un aspect en "clairière",
- . L'erysipele du cuir chevelu,
- . Le post-partum (ou post-abortum),
- . L'arrêt du contraceptif à fort dosage œstrogénique,
- . Les interventions chirurgicales importantes,
- . Carences nutritionnelles :
 - . Cures d'amaigrissement trop rapides,
 - . Consommation de certains aliments comme la noix de cajou.
- . Causes professionnelles dues au nitrate de thallium, le borax et le chloroprène,
- . Radiothérapie du cuir chevelu,
- . Causes médicamenteuses (surtout les anticancéreux...).

b) Alopécies diffuses chroniques

Elles peuvent être témoins d'une pathologie générale (troubles endocriniens ou métaboliques) ou relever des alopécies androgéniques.

--> Causes endocriniennes :

- . L'hypothyroïdie,
- . L'hyperprolactinémie,
- . L'hypopituitarisme,
- . L'hypoparathyroïdie,
- . Diabète mal équilibré,
- . L'hyperandrogénie.

--> Causes métaboliques :

- . Le déficit en fer,
- . Les anémies hypochromes hyposidérémiques,
- . Le déficit en zinc, au cours de l'acrodermatite entéropathique,
- . Les hypoprotidémies (3),
- . Le syndrome de mal absorption.

--> Les alopécies androgéniques : représentent une variété très fréquente d'alopécie diffuse, touchant aussi bien l'homme et la femme. Le terme "androgénétique" explique la double origine de ce phénomène : la réceptivité aux hormones mâles des racines des cheveux et la prédestination génétique des cheveux à subir cette stimulation.

2. Alopécies localisées

a) Alopécies localisées non cicatricielles

- . la pelade,
- . alopécies par traumatisme externe,
- . trichotillomanie : c'est un véritable "tic d'épilation",
- . alopécie par soins capillaires : les simples brossages parfois trop énergiques, l'alopécie du chignon, l'alopécie liminaire frontale de Sabouraud (par traction des cheveux par les bigoudis...), la trichorrhexie noueuse, etc...
- . les teignes tondantes.

b) Alopécies localisées cicatricielles

Elles sont circonscrites caractérisées par une atrophie tégumentaire et une disparition des follicules pilo-sébacés, irréversibles et de causes multiples.

--> 1. Alopécies cicatricielles secondaires à une destruction par agents physiques :

- . Brûlure du 2ème et 3ème degré,
- . Traumatismes,
- . Radiodermites.

--> 2. Alopécies au décours des maladies systémiques ou pseudopelade de BROCCQ

Elle réalise de petites zones alopeciques, érythémateuses et discrètement atrophiques, disséminées sur le cuir chevelu comme "des pas dans la neige". Les étiologies sont multiples : le lupus érythémateux chronique, le lichen, la sarcoïdose, la mastocytose, et la sclérodermie localisée à un stade précoce. Lorsque la cause est incertaine, le terme de pseudo-pelade de Brocq idiopathique est utilisé.

--> 3. Alopécies cicatricielles secondaires à des agents figurés microbiens ou mycosiques

- . le Favus,
- . folliculite décalvante de quinquand,
- . dermatose érosive pustuleuse du scalp,
- . cellulite disséquante du scalp,
- . la folliculite en touffes du cuir chevelu.

- > 4. Alopécies cicatricielles avec kératose folliculaire
 - . héréditaires : kératose pilaire décalvante et maladie Darier,
 - . acquises : lichen pilaire (syndrome de Graham-Little).
- > 5. Alopécies cicatricielles avec lésions bulbeuses : porphyries cutanées, lichen bulbeux, pemphigoïde cicatricielle.
- > 6. Alopécie cicatricielle au décours des affections métaboliques :
 - . nécrobiose lipoïdique,
 - . amylose systématique,
 - . mucinose folliculaire.
- > 7. Alopécie cicatricielle néoplasique
 - . carcinomes basocellulaires cicatriciels et sclérodermiformes,
 - . métastases cutanées.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

A. Buts

1. Sur le plan médical : les progrès les plus récents dans ce domaine sont parvenus à une normalisation de la chute de cheveux avec augmentation du diamètre de ceux qui sont atrophiques (duvet) permettant ainsi de redonner un aspect couvrant à la chevelure (4).

2. Sur le plan chirurgical : toutes les méthodes utilisées se proposent d'essayer de répartir de la façon la plus harmonieuse possible les cheveux définitifs de la couronne sur les zones dégarnies (4).

B. Moyens thérapeutiques

1. Sur le plan médical (5) : parmi notre arsenal thérapeutique, on retrouve :

- . Les traitements que des tests scientifiques ont reconnu comme efficaces : minoxidil et acétate de cyprotérone. Les autres traitements à visée physiopathologique : progestérone, estrogène, spironolactone, cimétidine, Prednisone, acétate de clomifène, ont été abandonnés car leurs inconvénients primaient sur leur efficacité relative.
- . Les traitements empiriques, spécifiques des phanères, pour lesquels aucun test d'objectivation fiable (traction phototrichogramme par exemple) n'a été publié mais qui sembleraient, selon le malade et le soignant, avoir des "effets anti-chute".

On peut signaler : les gélatines, les vitamines, les acides aminés, les extraits placentaires, les extraits tissulaires, les lotions "anti-chute" : Bioscalin[®], Novohair[®], Phytolléine[®] etc...

2. Sur le plan chirurgical

En matière de progrès dans la chirurgie du cuir chevelu, il faut avant tout bien distinguer :

- . d'une part la chirurgie esthétique de la calvitie où là, les progrès essentiels ont été apportés par la miniaturisation des greffes (microgreffes) et la fiabilité des lambeaux verticaux,
- . d'autre part, la chirurgie réparatrice des alopécies cicatricielles ou des importantes pertes de substances dont la correction a été considérablement facilitée depuis l'utilisation d'expandeurs.

Il ne faut pas oublier de signaler les autres performantes techniques chirurgicales à savoir : les greffes à cheveux longs immédiats, la réduction de tonsure, le lifting du scalp ainsi que les autres procédés comme la dermopigmentation et le port de prothèses capillaires.

C. Indication thérapeutique

1. Indications médicales et cosmétiques

a) Cas d'alopecies diffuses (3, 5, 7)

- . le traitement est étiologique chaque fois qu'il est possible,
- . le traitement symptomatique, quant à lui, repose sur :
 - . une vitaminothérapie à base d'acides aminés soufrés (cystine), de vitamines du groupe B (Biotine) (B8), Bèpanthène (B5) per os ou IM (on déconseille les IV pour préserver le capital veineux. On prescrit un comprimé de chaque 3 fois /jour pendant 2 mois, ou 1 à 2 ampoules de chaque dans la même semaine en IM, 2 à 3 fois/semaine pendant 6 semaines.
 - . la gélatine sous forme de sachets buvables (Orangel[®], 1 sachet/jour pendant 2 ou 3 mois) ou de gélules (Gelphan[®] : 6 à 9 gél/jour en 3 prises au milieu des repas pendant 2 à 3 mois),
 - . le fer sous forme de fumarate ou de protoxalate si carence ferrique,
 - . l'utilisation locale de shampoing doux 2 à 3 fois/semaine et de lotions "anti-chute" à la demande,
 - . des soins capillaires restreints tant que dure la chute.

b. Cas d'alopecie androgenogenetique (3, 5, 7)

Traitement locaux

- . utilisation des shampooing les moins détergents possibles 2 à 3 fois /semaines (bois de panama, rhassoul, shampooing doux),
- . association de dérivés antiséborrhéiques et antipelliculaires : réducteurs (huile de cade),
- . hormonothérapie locale à base d'agents inhibant la 5 α réductase (Progestosol®, Délipoderm®) à raison d'une à 2 applications/jour,
- . applications de minoxidil en lotion à 2% à raison de 2 applications par jour pendant 3 mois, puis un traitement d'entretien à raison de 2 applications 3 fois/semaines. La chute est la règle à l'arrêt du traitement.

Traitement généraux

- > Non spécifiques
 - . vitaminothérapie : vitamine H (Biotine) et vitamine B5 (Bépanthène) en cures IM ou locales par injections multiples dans le cuir chevelu,
 - . acides aminés soufrés (cystine®) prescrit per os 6 à 8 semaines.
- > Spécifiques uniquement chez la femme :
 - . suppression des dérivés de la 19-nortestostérone en cas de prise d'œstroprogestatifs,
 - . traitements par les antiandrogènes : Androcur®, Estroge® ou bien Diane 35®.

c. Cas d'alopecie post-ménopausique (4, 5)

- > Traitement hormonal : c'est un traitement hormonal substitutif fondamental qui associe un estrogène naturel du 1er au 24e jour et un progestatif non androgénique du 13e au 24e jour. Le cas échéant, à la place du progestatif, on prescrit de l'acétate de cyprotérone du 13e au 24e jour.
- > Traitement adjuvant :
 - . hormones thyroïdiennes si insuffisance thyroïdienne prouvée,
 - . recharge en fer de l'organisme en cas de carence martiale,
 - . traitement anti-âge cutané associant vitamine E et cystine,
 - . activateurs capillaires : vitamine B5 et gélatines à faible dose.
- > Traitement local : l'application biquotidienne de minoxidil peut également être très utile.

d. Cas d'alopecies localisées

- > La trichotillomanie (8) : le traitement psychologique comporte une approche psychothérapique, associée ou non à un traitement psychotrope, le plus souvent antidépresseur et anxiolytique. Le traitement dermatologique est souvent nécessaire, du moins dans un premier temps. Il peut être local et/ou général (vitaminothérapie par exemple).
- > Les teignes (9, 10) : le traitement débute dès le résultat de l'examen direct. Il comprend :
 - . une coupe des cheveux très courts élargissant le diamètre de la lésion pour une meilleure application de l'antifongique,
 - . un traitement local par un dérivé azoté ou la cyclopyroxolamine, par exemple Kétoder m® crème ou Mycooster® crème : 1 application/jour,
 - . un traitement général de 6 semaines ou de 2 mois au minimum pour un favus qui repose :
 - . soit une la griséofulvine (Griséofuline®) : cp 250, 500 mg, 10 à 20 mg/kg/j per os en 2 prises. Penser à l'effet d'induction enzymatique de ce produit,
 - . soit le kétoconazole (Nizoral®) : 200 mg en une prise quotidienne. Une surveillance biologique des transaminases hépatiques (1 fois/semaine puis 1 fois/mois) est indispensable pour dépister les hépatites dues au kétoconazole.
- > La pelade (8, 11, 12) : plusieurs types de traitements peuvent être envisagés :
 - . la corticothérapie locale, la ciclosporine A locale, l'immunothérapie locale, la PUVA-thérapie, l'isoprinosine per os,
 - . Les rubéfiants, le minoxidil et l'association "minoxidil-acide rétinoïque" utilisés par voie locale.
 - . Les bolus de solumédrol semblent efficaces,
 - . Les acides aminés soufrés (cystine, méthionine), la gélatine, la vitaminothérapie (vit. B5, Vit. H), le zinc... utilisés par voie générale.
 - . Une psychothérapie dite de soutien est le plus souvent réalisée par le médecin traitant. Elle aide le patient à mieux supporter son handicap physique et à envisager le recours à des traitements psychologiques très spécifiques.

2. Indications chirurgicales

Chez la femme

L'alopecie androgénétique détermine le plus souvent un dégarnissement sagittal médian depuis le front jusqu'à la tonsure avec persistance d'une ligne chevelue frontale et parfois éclaircissement diffus temporo-occipital. Seule la région médiane basse est respectée. De ce fait, seule la technique de la transplantation si le coiffage est latéral (4, 13, 14, 15).

Chez l'homme

Les indications sont plus complexes et seront guidées par de très nombreux facteurs objectifs et subjectifs.

Schématiquement, certains paramètres sont pris en considération et dont on cite essentiellement :

- . l'importance du dégarnissement selon un des trois stades de la classification simplifiée de Bouhanna (1976),
- . le calibre, la forme et la couleur du cheveu,
- . la souplesse, l'épaisseur et l'état circulatoire du cuir chevelu,
- . une péréquation harmonieuse entre le souhait esthétique, l'âge et le psychisme du patient d'une part, et les possibilités techniques chirurgicales actuelles d'autre part (13, 14).

Le stade I

Il correspond à un recul des deux golfes frontaux et peut être corrigé :

- . soit par transposition par deux petits lambeaux en une ou deux séances,
- . soit par transplantation de 100 à 300 minigreffes en une ou deux séances,
- . soit par transplantation de 2 greffes fusiformes et 100 minigreffes en deux séances (13, 14).

Le stade II

Il s'agit d'un dégarnissement frontal complet qui sera traité :

- . soit par transposition de 2 lambeaux verticaux successifs, complétés par un réduction de tonsure ou par une transplantation de 200 à 300 minigreffes en 1 ou 2 séances,
- . soit par transplantation de 300 minigreffes en 2 séances successives avec finition de la ligne frontale antérieure avec des microgreffes (13).

Quand la calvitie frontale est minime, les mini-lambeaux s'adressent plutôt aux sujets jeunes et les implants

miniaturisés aux patients plus âgés (16).

--> L'alopecie tonsurale

Elle peut être corrigée :

- . soit par transplantation de 200 à 300 minigreffes en 1 à 2 séances successives,
- . soit par réduction unique ou itérative complétée par la transplantation de 100 à 200 minigreffes,
- . soit par transposition de 1 à 2 lambeaux verticaux complétée par une réduction et/ou séance de 100 minigreffes (13, 14, 15).

Le stade III

A priori, il devrait être plus facile de poser les indications opératoires dans ces cas de calvitie où seule la couronne persiste plutôt que dans les stades précédents où l'on ne peut qu'imaginer la poursuite du dégarnissement. En dehors de facteurs objectifs locaux et généraux déjà vus plus haut, on attache une grande importance à la nature précise du souhait esthétique du patient et à son profil psychologique.

- . La transplantation progressive de minigreffes de 3 à 4 cheveux (de 4 à 5 cheveux chez les noires, de 2 à 3 cheveux chez les asiatiques) en séances de 200 à 300 fragments, permettra la correction de cette calvitie en 3 à 4 séances,
- . La transposition de lambeaux verticaux sera préférée pour les patients dont la couronne temporale a plus de 10 cm de hauteur, une bonne souplesse et aucune précarité circulatoire. Ainsi, nous combinons soit 2 grands lambeaux ou 3 petits lambeaux à une réduction et une séance de minigreffes (13, 14).

Si la hauteur de la couronne est inférieure à 10 cm, il devient illusoire de vouloir couvrir une grande calvitie par une autre méthode que l'expansion cutanée.

Chez le patient plus âgé, les microgreffes peuvent constituer une solution de compromis pour habiller discrètement une surface totalement glabre.

Si l'élasticité du cuir chevelu est absente, on propose soit des implants, soit une expansion cutanée. Dans le cas contraire, on peut proposer 2 liftings du scalp à quelques mois d'intervalle (16, 17).

- . La réduction de tonsure est un procédé complémentaire préconisé avant la transplantation de minigreffes ou après la transposition de lambeaux.
- . La grande réduction ou les expandeurs sont d'indications limitées. Ils feront le complément d'un grand lambeau.

la dermopigmentation vient utilement atténuer le contraste des cheveux greffés sur peau claire ou cicatricielle (13).

CONCLUSION

Les alopecies répondent à des étiologies et à des mécanismes variés. L'alopecie androgénétique est la variété la plus fréquente.

Plusieurs types de traitements peuvent être individualisés. Nous avons cité ceux que des tests scientifiques ont recon-

nus comme efficaces et les traitements à visée physiopathologique.

A côté de cet arsenal thérapeutique médical, seul le traitement chirurgical lorsqu'il s'impose, permet une correction définitive de la zone glabre.

De ce fait le chirurgien est appelé à apprécier le profil psychologique de son patient, à établir un planning des indications en expliquant les avantages et les inconvénients de chaque procédé et à faire une évaluation immédiate et prospective du résultat esthétique en tenant compte de l'éventuelle poursuite du processus alopeciant.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BEUREY J., DIDIER P.
Alopecies
E.M.C. Dermatologie, 4.1971-C, 12.855 A10, 1-12.
- 2 - DUPRE A., VIRABEN R.
Alopecies.
In Dermatologie et vénéréologie, Masson 1990 p : 623-629.
- 3 - CHERIF-CHEIKH J.L.
Les alopecies diffuses.
Rev. Prat. 1993, vol. 43, n°18 p = 2349-2353.
- 4 - BOUHANNA P.
Cheveux et calvitie. Les nouveautés médicales et chirurgicales chez la femme et chez l'homme.
Editions SIMEP, 1994.
- 5 - BRISSAUD - CATONI I.
Conduite thérapeutique à tenir devant une alopecie androgénogénétique.
Réal. Thérap. en dermatol. vénéréol. 1992, n°19, 8-10.
- 6 - BOUHANNA P.
Les nouveaux traitements chirurgicaux des alopecies.
Dermatologie pratique, 1991, n°72, 23-24.
- 7 - ROQUIER - CHARLES D.
Les alopecies du cuir chevelu.
Actualités pharmaceutiques, 1990, n°227, 21-23.
- 8 - CONSOLI S.G.
Psychisme et pathologie du follicule pilo-sébacé.
Rev. Prat. 1993, vol. 43, n°18, 18 : 2370-74.
- 9 - ANCELLET T., HENNEQUIN C., PAUGAM A.
Conduite à tenir devant une suspicion de teigne du cuir chevelu.
Décision en parasitologie et médecine tropicale, Ed. Vignon, 1994, 69-73.
- 10 - JACQUEMIN P., JACQUEMIN J.L.
Teignes vraies des cheveux.
Abrégé de parasitologie clinique, 3ème 1987, 242-47.
- 11 - BOUHANNA P.
Le minoxidil : qu'en penser à l'heure actuelle ?
Nouvelles dermatol. 1991, vol. 10, n°1, 24-34.
- 12 - BOUHANNA P.
Le minoxidil : 7 aspects particuliers dans sa prescription.
Réal. thérapeutique en dermatol. vénéréol. 1992, n°19, p/ 14-17.
- 13 - BOUHANNA P.
Les minigreffes : technique chirurgicale exclusive des alopecies.
Réalités thérapeutiques en dermatol. vénéréol. 1992, n°19, 28-33.
- 14 - BOUHANNA P.
Les indications actuelles des traitements chirurgicaux des calvitie masculines et féminines.
Revue EURO Dermatol. et MST, 1993, p : 36.
- 15 - BOUHANNA P.
Newer techniques in hair replacement. Surgical Dermatology in advances in current practice.
R.V. Roenigk and M. Roenigk, Martin Dunitz Publishers, 1993, vol. 51 : 527-53.
- 16 - DARDOUR J., MATHONNET D.M., AZIZA R.
Les indications chirurgicales dans le traitement de la calvitie.
Revue de chirurgie esthétique de langue française, 1993, vol. 18, n°73 : 15-19.
- 17 - DIVARIS M.
Calvitie : indications.
Revue de Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, 1993, vol. 94 n°6 : 379-82.