

## I Revues générales

# Chute de cheveux chez l'enfant : que rechercher ?

**RÉSUMÉ :** Chute de cheveux et alopecie sont des motifs fréquents de consultation. Les alopecies de l'enfant partagent majoritairement les mêmes causes que celles de l'adulte : la pelade, la teigne et les alopecies mécaniques auto-provoquées, comme la trichotillomanie, liée à un tic d'arrachement du cheveu ou les alopecies de traction. Chez le nouveau-né, il y a parfois un hamartome sous-jacent ou une aplasie cutanée congénitale, devant faire éliminer une dysraphisme occulte en cas de "colerette" de cheveux. Enfin, les atrichies ou hypotrichoses diffuses congénitales peuvent s'associer à une dysplasie pileaire parfois syndromique nécessitant un examen complet. Le motif de consultation n'est pas toujours celui d'une alopecie constituée, mais parfois d'une chute récente et rapide orientant vers un *effluvium* télogène diffus d'évolution spontanément favorable pour lequel il faudra rassurer la famille.



**S. MALLET**  
CHU de la Timone, MARSEILLE.

### Chute de cheveux chez l'enfant : que rechercher ?

Chute de cheveux et alopecie sont des motifs fréquents de consultation en pédiatrie. Le diagnostic est parfois facile, presque de "coup d'œil", de présentation identique à l'adulte, notamment pour la pelade, la teigne ou certaines alopecies de traction. Ces 3 causes représentent les ¾ des motifs de consultation. Mais ce qui rend la trichologie de l'enfant difficile, ce sont toutes les nombreuses autres causes. Il ne faut pas méconnaître certaines maladies avec anomalies de la structure des follicules pileaires parfois syndromiques, nécessitant souvent un avis spécialisé, des examens complémentaires et une prise en charge pluridisciplinaire [1,2].

Lors d'une consultation pour chute de cheveux de l'enfant, le médecin doit orienter son interrogatoire pour faire préciser :  
– s'il s'agit d'une chute excessive et diffuse des cheveux (= *effluvium*), "*mon enfant perd beaucoup ses cheveux*", ou s'il s'agit d'une disparition ou d'une raréfaction de

la densité capillaire (= alopecie), "*mon enfant a des plaques sans cheveux*" ou "*mon enfant a beaucoup moins de cheveux qu'avant*";

- si elle est acquise ou congénitale ou de révélation précoce;
- si elle est aiguë ou chronique, et depuis combien de temps elle évolue.

L'examen clinique de l'enfant devra ensuite rechercher :

- si l'alopecie est circonscrite "en plaque" ou diffuse avec raréfaction partielle (= hypotrichose) ou totale (= atrichie) des cheveux;
- s'il existe une anomalie de structure du cheveu (= dysplasie pileaire);
- si le cuir chevelu sous-jacent est indemne ou inflammatoire (érythème, squames), voire le siège d'une lésion hamartomateuse (hamartome sébacé de Jadassohn par exemple);
- si le processus semble cicatriciel ou si la repousse est possible.

L'examen ne devra pas se limiter aux cheveux et au cuir chevelu sous-jacent, il devra s'intéresser à l'ensemble de la

# Revue générale

peau et des autres phanères (sans oublier les dents), mais également à l'ensemble de l'enfant pour dépister une maladie syndromique (avec un examen neurologique complet) ou une maladie générale, sous-jacente comme une dysthyroïdie ou une infection. La liste des traitements de l'enfant, ses habitudes alimentaires pour dépister des régimes carentiels, ainsi que les antécédents personnels familiaux devront être précisés (**tableau I**).

## Les alopecies localisées acquises

### 1. Pelade

La pelade est une chute soudaine de cheveux. Elle peut être en plaque (pelade en aires) (**fig. 1**) ou totale (avec conser-

vation des autres poils) ou universelle (chute des tous les poils du corps) ou n'affecter que quelques zones portant des poils (sourcils, cils, poils corporels ou pubiens). Les plaques de pelade, bien limitées, rondes ou ovales, asymptomatiques, sur peau saine, sont facilement reconnaissables. Le cuir chevelu est lisse ou avec des cheveux cassés. En cas de doute diagnostique, des "cheveux en points d'exclamation" ("cheveux cadavérisés") sont à rechercher en dermoscopie, en périphérie des plaques actives [3].

La pelade est une maladie multifactorielle comportant une prédisposition génétique avec des mécanismes auto-immuns, bien que l'association à d'autres maladies auto-immunes reste exceptionnelle et ne justifie donc pas de bilan biologique systématique de dépistage. Une composante



Fig. 1 : Pelade. Plaques alopeciques non inflammatoires arrondies ou ovalaires.

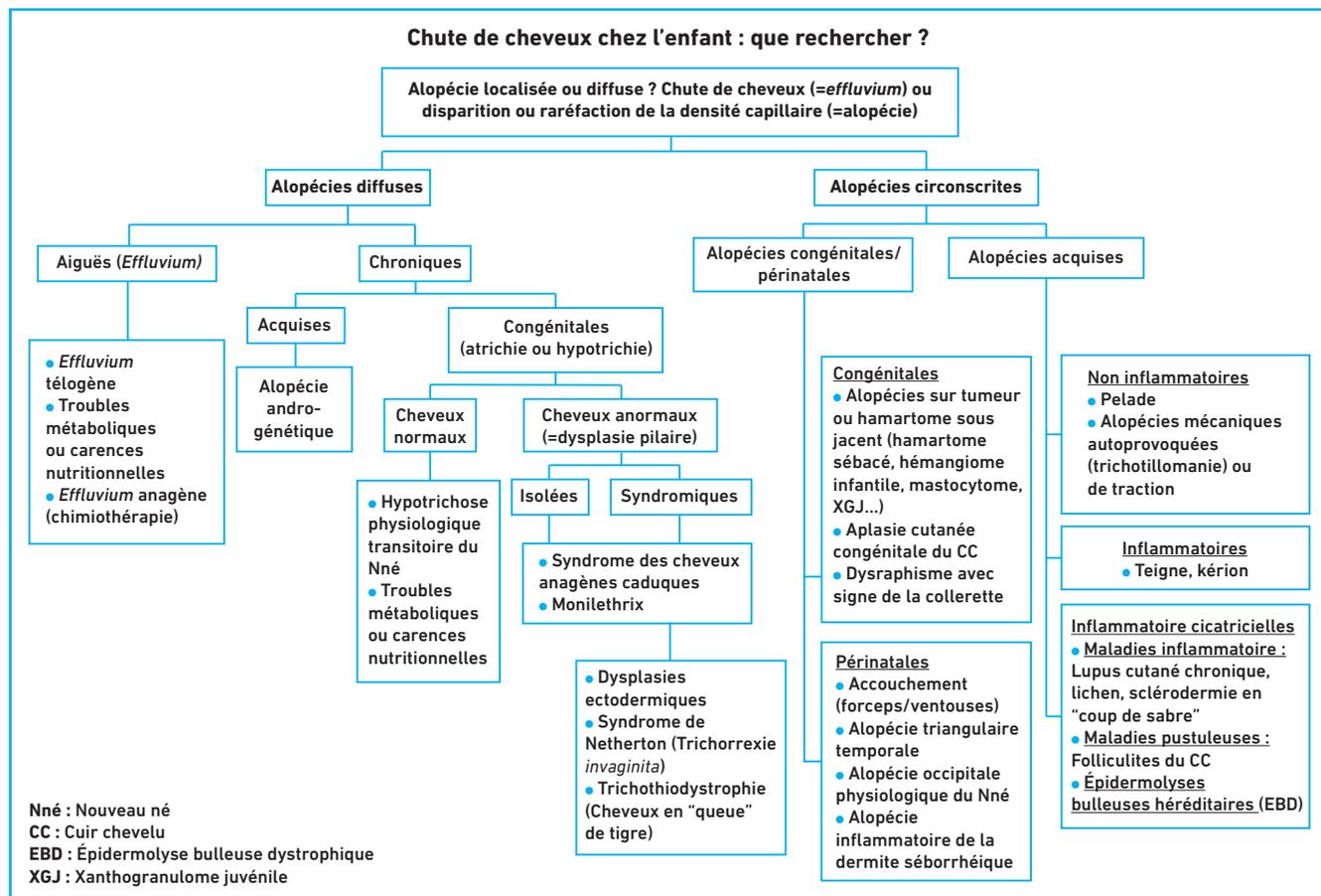


Tableau I.

psychogène est discutée, notamment dans son déclenchement. Les facteurs de mauvais pronostics sont la précocité d'apparition, la progression rapide, le caractère étendu, la forme ophiasique (= atteinte de la région occipitale), ou l'atteinte des ongles, avec par exemple un aspect grésé ou des ponctuations unguéales.

L'évolution est imprévisible. Un traitement est justifié, surtout les 2 premières années d'évolution. Après 5 ans, les chances de repousse sont faibles et l'abstention thérapeutique est souvent proposée. Une perruque ou postiche peut être prescrite, en plus du soutien psychologique. Les traitements de référence sont les dermocorticoïdes (niveau fort ou très fort), que l'on peut associer au minoxidil, mais il faudra se méfier de l'hypertrichose faciale iatrogène. Les inhibiteurs de la calcineurine topiques (Tacrolimus, Protopic) sont décevants. Les corticoïdes intralésionnels sont à réserver au grand enfant. En cas de pelade de mauvais pronostic, un traitement systémique par corticoïdes (bolus IV ou *per os*) ou méthotrexate peut être proposé, en particulier chez l'adolescent, lorsque le vécu est difficile [4].

## 2. Teigne et kérion

Le diagnostic de teigne, atteinte dermatophytique du cuir chevelu, est également clinique devant des plaques alopéciques, petites ou grandes, uniques ou multiples, d'extension centrifuge, sur un cuir chevelu inflammatoire (**fig. 2**). Les cheveux envahis par le dermatophyte se cassent

facilement, d'où la chute. Toutefois une culture peut être nécessaire afin de typer le dermatophyte pour adapter l'enquête épidémiologique ou redresser un diagnostic. L'inflammation du cuir chevelu sous-jacent est d'intensité variable, allant de formes pauci-inflammatoires, mimant une simple dermite séborrhéique, notamment lors des teignes à teigne *Trichophyton tonsurans*, à des teignes très inflammatoires et pustuleuses, prises volontiers pour des abcès bactériens avec des mis à plats itératives infructueuses.

Les antifongiques topiques ne sont prescrits qu'à titre adjuvant pour diminuer la contagiosité. Il faut privilégier un traitement par griséofulvine *per os*, 10 à 20 mg/kg/j en 2 prises avec un aliment gras pour augmenter l'absorption, pour minimum 6 semaines de traitement (et au moins 2 semaines après guérison clinique). Et bien que la griséofulvine puisse entraîner agranulocytose ou cytolysé hépatique, ces effets sont rares chez l'enfant et ne nécessitent pas de bilan biologique systématique, sauf chez les patients à risque ou lors d'un traitement prolongé. Peignes, brosses et couvre-chefs seront régulièrement désinfectés et ne doivent pas être partagés. Il n'y a pas d'éviction scolaire "si présentation d'un certificat médical attestant d'une consultation et de la prescription d'un traitement adapté" [5].

En cas de kérion, teigne inflammatoire et suppurative sévère (**fig. 3**), une corticothérapie générale (1 mg/kg/j) peut être asso-

ciée en plus du traitement antifongique. Il existe souvent une surinfection bactérienne, parfois à l'origine d'une errance diagnostique, qui doit être également traitée par une antibiothérapie appropriée, active sur le staphylocoque [6].

## 3. Alopécies mécaniques auto-provoquées: trichotillomanie et alopecie de traction

La trichotillomanie est le fait d'arracher, tirailler, briser ou tordre ses propres cheveux, de manière consciente ou non. Les plaques ont des contours irréguliers et souvent géométriques (**fig. 4**). Les cheveux sont cassés à des hauteurs différentes. Chez l'enfant, elle est considérée comme une habitude innocente ou un tic, un peu comme l'habitude de se ronger les ongles, voir s'apparente à un rite d'endormissement. Chez l'adolescent, il peut s'agir d'un trouble obsessionnel compulsif. À ne pas confondre avec la trichotemnomanie, acte plus manipulatif que compulsif, souvent à caractère interpellateur [7].

L'alopecie de traction survient lors de coiffures serrées et prolongées, comme les queues de cheval, chignons et nattes tirées, surtout chez les enfants à peau



**Fig. 2 :** Teigne légèrement squameuse et peu inflammatoire.



**Fig. 3 :** Kérion inflammatoire mimant une pyodermite bactérienne.



**Fig. 4 :** Trichotillomanie. Plaques alopéciques non inflammatoires irrégulières et géométriques.

## I Revues générales

noire. Le traitement consiste simplement à supprimer la cause. La repousse peut prendre 6 à 12 mois. Mais l'alopecie peut devenir permanente si la traction est répétée ou prolongée [8].

Il existe également des alopecies traumatiques non auto-provoquées, secondaires à une friction ou pression prolongée ; par exemple au niveau occipital après un séjour en réanimation, ou au niveau temporo-pariétal, symétrique voire géométrique, après un appareillage orthodontique. Ces alopecies peuvent également être définitives selon leur cause et leur durée.

### 4. Alopecies cicatricielles

Les alopecies cicatricielles, avec destruction définitive du follicule pileux par la fibrose sont rares chez l'enfant, à l'exception de la sclérodémie "en coup de sabre" (fig. 5). Les alopecies inflammatoires secondaires à un lichen ou à un lupus érythémateux chronique, les alopecies pustuleuses à type de folliculites et les alopecies des maladies bulleuses nécessitent un avis spécialisé et souvent une biopsie cutanée. Leur prise en charge thérapeutique est difficile.

### Les alopecies diffuses acquises

#### 1. Effluvium télogène

L'effluvium télogène une chute de cheveux aigue massive et diffuse, due à une désorganisation du cycle pileux, avec passage prématuré des cheveux de la phase anagène (phase de croissance) à la phase télogène (repos) [9]. À la traction ("pull test"), de nombreux cheveux tombent facilement. Elle survient 2 à 4 mois après un évènement déclencheur stressant, comme une intervention chirurgicale, une forte fièvre, un accident ou un stress psychologique. Les causes d'alopecie carencielles à éliminer sont une anémie ferriprive, une dysthyroïdie, une malnutrition, une

## POINTS FORTS

- Pelade, teigne et trichotillomanie, de diagnostic clinique facile, représentent les principales causes de consultation pour chute de cheveux chez l'enfant.
- Quand biopsier ? Devant une alopecie inflammatoire cicatricielle.
- Quand demander un bilan biologique ? Devant un *effluvium* télogène aigue sans cause évidente à l'interrogatoire (NFS, ferritinémie et TSH).

malabsorption, un régime très restrictif, ainsi que certains médicaments. La chute peut être impressionnante, mais il faut rassurer les patients car la repousse est constante en 6 mois. En l'absence de cause évidente, le bilan proposé contiendra NFS, ferritinémie et TSH. Enfin, l'interrogatoire éliminera rapidement un *effluvium* anagène massif par cytotoxicité d'une chimiothérapie.

#### 2. Alopecie androgénétique

L'alopecie androgénétique correspond à une chute de cheveux diffuse insidieuse, avec raréfaction et miniaturisation des follicules pileux, et avec recul symétrique des golfes temporaux et le

vertex [10]. Chez l'adolescente, il faudra éliminer un syndrome des ovaires poly-kystique. Avant la puberté, surtout s'il y a des signes de virilisation, il faudra également rechercher une hyperandrogénie organique (bloc surrénalien, tumeur hormono-sécrétante...).

### Les alopecies localisées congénitales et périnatales

L'hamartome sébacé de Jadassohn (fig. 6), placard papuleux jaune orangé, plus ou moins linéaire, de surface lisse, est la lésion congénitale associée à une alopecie la plus fréquente. Les hémangiomes du cuir chevelu, mais également les mastocy-



Fig. 5 : Sclérodémie linéaire profonde "en coup de sabre".



Fig. 6 : Hamartome verruco-sébacé de Jadassohn. Plaque alopecique congénitale papuleuse, jaune orangé lisse.

tomes ou les xanthogranulomes juvéniles du cuir chevelu peuvent être aussi responsables d'une alopecie en regard.

**L'aplasie cutanée congénitale** est l'absence de peau à la naissance. L'évolution se fait vers la guérison spontanée, avec cicatrice atrophique, parfois *in utero*. Elle est souvent localisée au vertex, et parfois associée à un syndrome malformatif, notamment des extrémités à rechercher. La présence du "signe du collier" (couronne ou touffe de cheveux plus épais, plus foncés ou plus longs) (**fig. 7**), surtout si la lésion se situe sur la ligne médiane, doit faire éliminer un dysraphisme occulte par une IRM avant tout geste chirurgical [11]!

**L'alopecie occipitale physiologique du nouveau-né** (**fig. 8**), fait suite à la phase de synchronisation périnatale des cycles pilaires [12]. Le frottement de la tête sur l'oreiller, fréquemment incriminé par les parents ne fait qu'accélérer cette chute physiologique!

**L'alopecie mécanique liée au traumatisme de l'accouchement**: l'instrumentation obstétricale (forceps, ventouse), voire même l'ischémie par la pression de la tête contre le bassin maternel, peut



**Fig. 8**: Alopecie occipitale physiologique et transitoire du nouveau-né.

induire une alopecie transitoire.

**La dermatite séborrhéique du nourrisson** peut également être à l'origine d'une alopecie inflammatoire transitoire dans les zones séborrhéiques du cuir chevelu. Si cette alopecie devient définitive, il faut penser à l'*incontinentia pigmenti*, réinterroger les parents sur la présence initiale de vésicules et rechercher une dermatose blaschkoïde hyper ou hypo pigmentée de l'enfant plus âgé.

**L'alopecie triangulaire temporale** correspond à une petite zone, uni ou bi latérale, de forme triangulaire ou ovale le cuir chevelu est glabre, recouvert que d'un duvet. Bien que présente à la naissance, elle n'est remarquée que plus tard, lors de la pousse des cheveux avoisinants [13].

### Les alopecies diffuses congénitales (atricchies ou hypotrichies)

Il faudra différencier, la simple et banale hypotrichose physiologique transitoire du nouveau-né, d'éventuelles troubles métaboliques ou carences nutritionnelles. Il faudra également explorer les alopecies liées à une anomalie de la tige pilaire et/ou secondaires à des maladies génétiques, de diagnostic difficile et trompeur, nécessitant un avis spécialisé et des

examens complémentaires, notamment des tiges pilaires en microscopie optique et/ou en lumière polarisée [14].

Enfin, il ne faudra pas méconnaître le syndrome des "cheveux anagènes caducs" ou "anagènes courts", d'installation insidieuse, mais de révélation souvent tardive et parfois brutale suite à la chute de cheveux sans douleur pour un traumatisme anodin. Il s'agit de jeunes enfants, souvent blonds aux cheveux fins, peu denses, mais d'aspect globalement normal. Les parents n'ont jamais amené l'enfant chez le coiffeur, car les cheveux restent courts! Le test de traction est positif. Au trichogramme, il y a une prédominance de cheveux en phase télogène, le cycle anagène étant raccourci. Il faut rassurer l'enfant et ses parents, il y a souvent une amélioration spontanée à l'adolescence [15].

### BIBLIOGRAPHIE

1. GOLDBERG LJ, CASTELO-SOCCIO LA. Alopecia: Kids are not just little people. *Clin Dermatol*, 2015;33:622-630.
2. HARRISON S, SINCLAIR R. Optimal management of hair loss (alopecia) in children. *Am J Clin Dermatol*, 2003;4:757-770.
3. LENCASTRE A, TOSTI A. Role of trichoscopy in children's scalp and hair disorders. *Pediatr Dermatol*, 2013;30:674-682.
4. MAZEREUW-HAUTIER J, MAZA-RIOLAND A, ROYER M. Childhood alopecia areata. *Ann Dermatol Venereol*, 2012;139:151-155.
5. MÖHRENSCHLAGER M, SEIDL HP, RING J *et al*. Pediatric tinea capitis: recognition and management. *Am J Clin Dermatol*, 2005;6:203-213.
6. TOROK RD, BELLET JS. Tinea capitis mimicking dissecting cellulitis. *Pediatr Dermatol*, 2013;30:753-754.
7. BRZEZINSKI P, CYWINSKA E, CHIRIAC A. Report of a Rare Case of Alopecia Areata Coexisting with Trichotillomania. *Int J Trichology*, 2016;8:32-34.



**Fig. 7**: Aplasie cutanée congénitale avec signe du "collier de cheveux", devant faire éliminer un dysraphisme occulte par IRM cérébrale.

