

■ Cuir chevelu

Prise en charge des alopecies : analyse, traitement, précautions

RÉSUMÉ : La prise en charge des alopecies connaît un essor considérable. Actuellement, il existe tout un arsenal thérapeutique et chirurgical permettant d'enrayer ou de limiter une alopecie et de redistribuer les cheveux vers des zones d'alopecie.

Grâce à l'amélioration des techniques et de l'instrumentation chirurgicales, les praticiens sont désormais en mesure d'apporter à la plupart des alopecies des solutions dont le rendu est naturel, durable et esthétique. Les patients bénéficiant de ces traitements sont souvent satisfaits du résultat, ce qui leur redonne confiance en eux.



É. BOUHANNA
Chirurgie esthétique et réparatrice, PARIS.

■ Comment aborder une alopecie ?

1. Types d'alopecies

Il existe plusieurs types d'alopecies. Dans la majorité des cas, que ce soit chez la femme ou chez l'homme, l'alopecie est de type androgénétique. Dans d'autres cas, l'alopecie peut être post-traumatique (brûlure, post-chirurgicale, post-radiothérapie...) ou bien liée à une inflammation pathologique du cuir chevelu (alopecie frontale fibrosante, pelade, lupus, infection).

2. Évolution de l'alopecie

La prise en charge d'une alopecie est différente selon le degré d'évolution de celle-ci. Bien que l'interrogatoire, l'examen et les moyens d'explorations (trichoscopie, TrichoScale...) permettent d'apprécier l'évolution probable de l'alopecie, il est généralement difficile d'affirmer sur une projection à long terme le stade ultime d'un dégarnissement. Les mises en garde sont toutefois reconnues pour des patients présentant un dégarnissement avant 30 ans. Dans ce cas de figure, la stratégie thérapeutique

doit en effet tenir compte d'un possible dégarnissement poussé à l'extrême.

3. Examen du cuir chevelu

L'examen consiste à évaluer la surface des zones dégarnies et la surface d'alopecie possible dans le temps.

La zone chevelue restante est analysée de manière à obtenir différents paramètres : couleur des cheveux, forme, épaisseur, densité capillaire au cm², surface de la zone chevelue. Ces paramètres permettent d'évaluer, en vue d'une ou de plusieurs implantations capillaires, le nombre d'unités folliculaires utilisables pour redensifier les zones dégarnies.

Des méthodes d'exploration telles que le TrichoScale, la trichoscopie (**fig. 1**) et la biopsie peuvent être utilisées pour apporter une analyse précise de ces différents paramètres, ou lorsqu'il existe un doute diagnostique.

■ Comment traiter une alopecie ?

Le traitement d'une alopecie ne consiste pas uniquement "à remettre des

Cuir chevelu

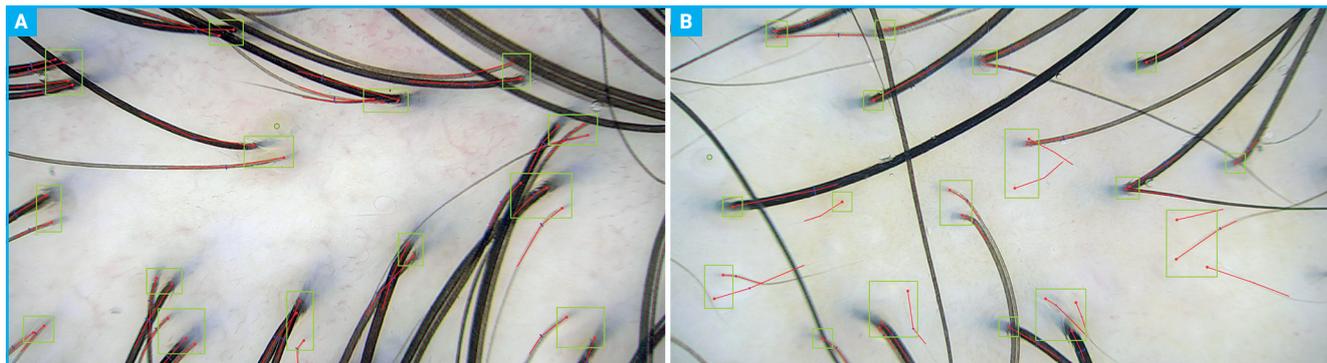


Fig. 1A : Aspect des cheveux sains dans la région occipitale. B : aspect des cheveux touchés par un processus alopeciant dans la région frontale.

cheveux”. La prise en charge d’une alopecie est globale, avec un suivi dans le temps.

1. Ralentir ou enrayer l’alopécie

Les traitements disponibles actuellement, dont les effets anti-chutes ont été validés scientifiquement, sont :

>>> Minoxidil : cette lotion médicamenteuse doit être appliquée quotidiennement sur l’ensemble de la chevelure, et pas uniquement sur les zones dégarnies. Le dosage recommandé est de 5 % chez les hommes et de 2 % chez les femmes. Le minoxidil permet non seulement d’améliorer la circulation sanguine au niveau du cuir chevelu, mais également d’allonger la durée du cycle pileux et de redonner de l’épaisseur aux cheveux.

>>> Finastéride : il s’agit de comprimés qui se prennent par voie orale et qui traitent uniquement l’alopécie androgénétique masculine. Le dosage est de 1 mg par jour. Le finastéride permet de ralentir les cycles capillaires en inhibant l’enzyme 5-alpha réductase, enzyme responsable de la transformation de la testostérone en DHT. Bien que l’efficacité de ce traitement ne soit pas négligeable, les patients restent relativement réticents du fait d’une possible baisse de libido dans 1 % des cas et de rares cas de dépressions imputés à cette molécule.

>>> Traitement PRP : le plasma riche en plaquette (PRP), obtenu par une

centrifugation du sang du patient, est injecté dans le cuir chevelu, au niveau des zones dégarnies. La forte concentration de facteurs de croissance contenus dans le PRP permet de régénérer les cellules souches du follicule pileux et de stimuler la repousse des cheveux de façon naturelle.

>>> Mésothérapie : on injecte dans le cuir chevelu du patient un mélange de polyvitamines composé d’acides aminés, de vitamines, d’oligo-éléments, de minéraux et de vasodilatateurs. Cela contribue à nourrir le cheveu en profondeur, tout en améliorant la vascularisation du cuir chevelu.

>>> Micro-greffe dermique : cette technique, récemment utilisée dans le cadre de l’alopécie androgénétique, consiste à prélever par biopsie un fragment de derme qui, après broyat, va donner une suspension de cellules souches que l’on réinjecte dans la zone de dégarnissement. Ce procédé crée une néovascularisation qui stimule les cellules germinatives des follicules.

2. Apporter des cheveux sur les zones dégarnies

La greffe capillaire est désormais la solution principale et quasi exclusive pour redistribuer des cheveux vers une zone d’alopécie. La méthode FUE (*follicular unit extraction*) est actuellement la méthode de prélèvement privilégiée.

>>> FUE : quelles instrumentations pour prélever les unités folliculaires ?

Chaque opérateur s’oriente vers la technique et l’instrumentation qu’il estime les plus adaptées à sa pratique, l’objectif étant toutefois d’allier simplicité, rapidité, efficacité et qualité.

● *Technique manuelle*

Les extractions manuelles pures sont progressivement abandonnées du fait du faible rendement (nombre d’unités folliculaires/heure) et de la qualité inconsistante des extractions liée à la fatigabilité de l’opérateur.

● *Technique motorisée*

Les chirurgiens utilisant la technique FUE privilégient désormais les instrumentations motorisées [1]. La rotation motorisée du punch (*fig. 2*) permet de prélever, en fonction du type de cuir chevelu, de 1 000 à 1 500 unités folliculaires par heure. L’opérateur se concentre sur l’axe et la profondeur de pénétration du punch pour obtenir des unités folliculaires de bonne qualité. Idéalement, il est recommandé d’avoir l’aide d’une assistante pour réaliser simultanément l’extraction (*fig. 3*).

● *Technique robotisée*

La robotisation est une nouvelle approche de la greffe capillaire. Très médiatisée, elle

impressionne par sa haute technologie. Mais à l'heure actuelle, son utilisation nécessite la présence d'au moins trois personnes. Comparée aux techniques motorisées classiques, elle ne permet pas de réduire le temps d'intervention

ni d'augmenter le nombre d'implants par séance. Les améliorations apportées à cette technologie pourront peut-être, dans les années à venir, offrir un résultat justifiant son coût.

>>> FUE: comment gérer la zone donneuse?

La préparation va dépendre du nombre d'unités folliculaires que l'on souhaite prélever. Pour extraire entre 2 000 et 3 000 implants, il est nécessaire de procéder au rasage étendu de la zone donneuse à 1-2 mm de longueur. Pour prélever entre 1 000 et 2 000 greffons, un rasage en bandes étagées suffit (fig. 4). Enfin, pour les alopecies limitées qui ne nécessitent pas plus de 1 000 unités folliculaires, une technique sans aucun rasage peut être envisagée [2].

● Alternative FUL-FUT

Certains patients ne souhaitent pas raser leur cuir chevelu ou ont une densité trop

faible au niveau de la zone donneuse. Dans ces cas, il est préconisé d'utiliser la technique FUL (FUT à cheveux longs) qui est une technique de prélèvement par bandelette. Le chirurgien prélève une bandelette horizontale de cuir chevelu au niveau de la couronne. Il peut ainsi extraire jusqu'à 3 000 implants en une seule séance.

>>> FUE: quelle méthode d'implantation?

Les implants prélevés en technique FUE sont particulièrement fins et squelettisés. Cette caractéristique contribue à rendre le résultat final plus naturel. En revanche, elle rend l'implant plus vulnérable lors des manipulations. C'est pourquoi, afin de minimiser le risque de traumatisme des follicules lors de leur implantation sur la zone receveuse, il est recommandé d'utiliser l'implanteur de Choi [3] qui permet d'assurer à la fois la microperforation du scalp et l'introduction des unités folliculaires (fig. 5).



Fig. 2: Pénétration du punch motorisé.



Fig. 3: Extraction simultanée de l'unité folliculaire par l'assistante.



Fig. 4: Aspect d'une zone donneuse après rasage de 2 larges bandes étagées et aspect camouflé du rasage après coiffage.



Fig. 5: Chargement de l'implanteur par l'assistante et introduction de l'implant par le chirurgien sur la zone receveuse.

Cuir chevelu

POINTS FORTS

- La stratégie de traitement d'une alopecie doit tenir compte de l'âge du patient et de son dégarnissement futur.
- Chaque étape d'une greffe de cheveux est importante. Le mauvais contrôle de l'une d'elles peut compromettre le résultat.
- Mieux vaut extraire une quantité limitée de greffons mais avec une bonne repousse qu'un nombre important mais avec un faible taux de repousse.

Résultats décevants après une greffe de cheveux : quelles sont les raisons possibles ?

Chaque étape, au cours d'une séance d'implantation capillaire, est fondamentale. Bien que la réalisation nécessite la participation d'une ou de plusieurs assistantes, le chirurgien doit pouvoir contrôler l'ensemble du processus car le dysfonctionnement d'une seule étape peut entraîner une absence de repousse plus ou moins importante et une perte sèche des implants qui auront été puisés dans le capital cheveux du patient.

L'ISHRS (*International Society of Hair Restoration Surgery*) a fait part récemment de son inquiétude face à des centres de greffe capillaire, notamment à l'étranger, qui proposent à bas coûts des séances de 3 000 à 4 000 implants sur une journée. Un nombre important de patients ayant subi ce type d'intervention se retrouve avec très peu de repousses et avec une zone donneuse totalement dépeuplée, ce qui ne permet pas d'envisager de séance de correction.

Quelles raisons pour une mauvaise prise de greffe ?

>>> Mauvaise mise en condition :

- absence d'arrêt du tabac ;
- absence de traitement encadrant la greffe de cheveux (minoxidil, finastéride) : l'utilisation de ces traitements au cours d'une greffe capillaire augmente

la prise de greffe, diminue la chute des cheveux encore présents dans la zone d'implantation et accélère la repousse des cheveux implantés [4].

>>> **Cuir chevelu pathologique** : réaliser une implantation dans un tissu pathologique rend le résultat plus aléatoire. L'approche est dans ce cas beaucoup plus prudente avec la possibilité de réaliser des tests pour évaluer la prise de greffe.

>>> **Extraction d'unités folliculaires de mauvaise qualité** : l'extraction est une étape fondamentale et elle est fortement dépendante de l'expérience de l'opérateur. Un chirurgien expérimenté aura un taux de transections quasiment nul. Lorsque le geste chirurgical n'est pas parfaitement contrôlé, il en résulte un nombre de greffons sans racine ou bien avec une seule racine ce qui ne permet pas, une fois implantés, de donner un résultat satisfaisant.

>>> **Mauvaise conservation des greffons avant implantation** [5] : les unités folliculaires récoltées au moment de l'extraction subissent inéluctablement un traumatisme. La dévascularisation, les modifications de température, les microtraumatismes lors des manipulations, une mauvaise hydratation sont autant de facteurs qui compromettent la survie des implants.

Une bonne gestion des unités folliculaires entre l'extraction et l'implantation

permet d'obtenir un taux de survie optimal des implants. Celle-ci doit respecter les critères suivants : conservation des unités folliculaires à 4,5 °C, utilisation de solutés de conservation adaptés (HypoThermosol, Plasmalyte, ATP, PRP...) qui diminuent les réactions enzymatiques responsables des dégradations cellulaires, gestion du temps de réimplantation qui idéalement doit limiter l'hypoxie à moins de 3 h (le premier implant extrait doit être le premier réimplanté).

Conclusion

Le traitement d'une alopecie nécessite une prise en charge globale associant une analyse précise de l'alopecie, une prévision de l'évolution à long terme, une stabilisation de la chute de cheveux par l'utilisation des différents traitements anti-chutes disponibles, et une redistribution des cheveux vers les zones dégarnies par les différentes techniques de greffes capillaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. ORS S, OZKOSE M, ORS S. Follicular unit extraction hair transplantation with micromotor: eight years experience. *Aesthetic Plast Surg*, 2015;39:589-596.
2. PARK JH, YOU SH, KIM NR. Nonshaven follicular unit extraction: personal experience. *Ann Plast Surg*, 2019;82:262-268.
3. LEE SJ, LEE HJ, HWANG SJ *et al*. Evaluation of survival rate after follicular unit transplantation using the KNU implanter. *Dermatol Surg*, 2001;27:716-720.
4. AVRAM MR, COLE JP, GANDELMAN M *et al*. Roundtable Consensus Meeting of The 9th Annual Meeting of The International Society of Hair Restoration Surgery. The potential role of minoxidil in the hair transplantation setting. *Dermatol Surg*, 2002;28:894-900.
5. COOLEY JE. Optimal graft growth. *Facial Plast Surg Clin North Am*, 2013;21:449-455.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.