Revues générales

Quelle attitude pratique chez une femme qui perd ses cheveux ?

RÉSUMÉ : La plainte d'une perte de cheveux chez les patientes est fréquente et source d'une anxiété importante. Une anamnèse approfondie des antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, dermatologiques et diététiques ainsi que des habitudes cosmétiques doit être recueillie systématiquement. Cette anamnèse, avec l'examen clinique dermatologique, suffira pour poser un diagnostic dans une grande partie des cas. L'examen sanguin apportera des informations complémentaires. Dans les cas où cela ne suffirait pas, un trichogramme, une biopsie ainsi qu'un prélèvement bactériologique et mycologique pourront être effectués. Les traitements essayés devront toujours être évalués afin d'optimiser la prise en charge de ces patientes.

V. DEL MARMOL, A. RAKOSI
Service de Dermatologie,
Hôpital Erasme, BRUXELLES.

Le traitement des alopécies intrigue les patients et le monde médical depuis la nuit des temps. Le papyrus Ebers, l'un des plus anciens traités médicaux, retrouvé en Égypte, contient des prescriptions pour traiter les patients souffrant de calvitie composées de divers aliments dont l'ail et le miel qu'il fallait avaler après avoir récité une invocation magique destinée au dieu du soleil [1].

La perte de cheveux est souvent anxiogène et source de gêne pour les patientes. Le regard des autres ainsi que leurs commentaires sont souvent dérangeants et remettent en question l'image que ces femmes ont d'elles-mêmes. Il leur faut se réapproprier cette nouvelle image que le miroir leur renvoie. C'est une joie pour le médecin d'être pour elles une oreille attentive, patiente, bienveillante, pleine d'empathie et de non-jugement, et de bâtir avec elles une relation de confiance, un lien thérapeutique fort.

Anamnèse et antécédents

La consultation commence par un questionnaire en gardant à l'esprit le cycle pilaire [2]. Pour rappel, celui-ci commence par la phase de croissance dite anagène qui dure de 2 à 6 ans. Le follicule traverse ensuite une phase d'involution nommée catagène pendant 3 semaines. La dernière étape est la phase de repos puis de chute : il s'agit de la phase télogène qui dure 2 à 3 mois. Ces phases ne sont bien évidemment pas synchronisées et la masse capillaire est donc en perpétuel renouvellement.

L'âge de la patiente doit être pris en compte et ses antécédents sont recherchés de manière approfondie : depuis quand perd-t-elle ses cheveux ? Un médicament a-t-il été introduit ou une posologie changée ? Que s'est-il passé 3 mois avant le début de la perte ? A-t-on affaire à une perte diffuse ou localisée (cela permet d'orienter la démarche clinique vers le type d'effluvium) ? S'agit-il de zones bien spécifiques telles que la région fronto-pariétale comme cela a été trouvé typiquement dans l'alopécie androgénétique de la femme ? Ou s'agit-il plutôt des golfes et des régions frontales et temporales comme dans le cas de l'alopécie androgénique de l'homme ? Quels traitements ont déjà été essayés ? Combien de temps ?

Revues générales

Mère	Grand-père/grand-mère maternel(le)	Oncles/tantes maternels
Père	Grand père/grand-mère paternel(le)	Oncles/tantes paternels
	Frères/sœurs	

Tableau I : Anamnèse familiale de l'alopécie.

Ont-ils été efficaces ? Ont-ils été bien tolérés ? Étaient-ils source d'effets secondaires ?

L'anamnèse familiale est particulièrement importante pour les pathologies à prédisposition génétique telles que l'alopécie androgénétique et la pelade. Un tableau reprenant l'atteinte familiale pourra ainsi être dressé (***tableau I***).

1. Les antécédents chirurgicaux

Il convient de rechercher les éventuels antécédents chirurgicaux afin d'exclure des anesthésies générales susceptibles d'induire un effluvium télogène 3 mois plus tard. Des carences pourront être suspectées après une chirurgie de l'obésité (*bypass* ou anneau gastrique) [3] ou après une chirurgie ayant entraîné des saignements importants, et donc un déficit en fer.

2. Les antécédents médicaux

La connaissance des antécédents médicaux permet de rechercher les pathologies auto-immunes, les dysthyroïdies, les dysparathyroïdies, l'hypertension, les allergies ou encore les manifestations rhumatologiques.

La patiente a-t-elle présenté un épisode fébrile d'au moins 3 jours à plus de 39 °C ? Cela permet en effet de prendre connaissance du contexte médical, qui peut contre-indiquer ou au contraire indiquer certains traitements, et de la prise de médicaments (la date de leur introduction par rapport à la perte de cheveux peut orienter le diagnostic). La patiente présentera un effluvium anagène aigu 10 à 20 jours après la prise du médicament, un effluvium anagène ou un effluvium subaigu après plus de 3 mois ou finalement un effluvium chronique après plusieurs mois voire plusieurs années [4].

Existe-t-il une prise chronique de vitamines ? Cela permet d'envisager ou au contraire d'exclure une intoxication à la vitamine A ou au sélénium par exemple.

La prise de cortisone par infiltration intra-articulaire, injection retard ou comprimés doit être exclue. Parfois, les patientes disent ne pas avoir été en contact avec un corticoïde alors qu'après investigation des épisodes allergiques il s'avère qu'elles l'ont été. Il faut savoir que la cortisone peut induire un effluvium télogène spectaculaire réversible 6 mois après le dernier contact. Il convient donc de ne pas négliger les différentes médications inductrices d'effluvium anagène, télogène ou encore à action androgénique. La prise d'anticoagulants, par exemple, est susceptible d'induire un effluvium télogène.

3. Les antécédents gynécologiques

La recherche des antécédents gynécologiques donne un aperçu de l'histoire gynécologique de la femme (âge des premières règles, abondance des menstruations, nombre de grossesses, parité et âge du début de la ménopause). A-t-elle dû subir une interruption de grossesse ? Y a-t-il eu des fausses couches ? Est-elle sous traitement hormonal ? Si oui, est-il bien toléré ? Les cycles sont-ils réguliers ? Un effluvium peut survenir en post-partum, après une interruption de grossesse, des fausses couches ou après l'arrêt d'un moyen de contraception.

4. Les antécédents dermatologiques et leurs traitements

Ils permettront de mettre en évidence une hyperandrogénie se présentant par un éventuel hirsutisme et une acné traitée par isotrétinoïne susceptible d'induire un effluvium anagène dystrophique [5].

5. Les antécédents diététiques

Ils permettent d'exclure le recours aux "*crash diets*" (régimes trop rapides) ou aux régimes très restrictifs qui sont suivis d'un effluvium télogène dans les 3 mois [6]. Des carences chroniques peuvent quant à elles engendrer un effluvium anagène.

6. Les habitudes cosmétiques

Il convient de s'intéresser à la nature et à la fréquence des traitements capillaires : teintures, colorations, permanentes, brushing. Les habitudes de lissage peuvent aussi provoquer une alopécie. Dans le cas des patientes afro-antillaises, les coiffures traditionnelles induisent une traction continue sur les follicules. Dans un premier temps, l'alopécie est réversible, mais elle peut devenir irréversible si les femmes conservent leurs habitudes [7].

L'examen clinique

1. Observation

L'examen clinique permet de définir la ou les zones atteintes ainsi que leur densité, de différencier une alopécie cicatricielle d'une alopécie non cicatricielle. La question à se poser est celle-ci : y a-t-il des croûtes, des squames, des pustules ou des hyperkératoses périorificielles ?

2. Le test de traction

Ce test consiste en une traction ferme mais non forcée d'un ensemble de 50 à 60 cheveux que l'on saisit entre le pouce, l'index ou le médius. Le test de traction est positif si plus de 10 % des cheveux se sont détachés. Il est d'autant plus sensible si les patientes ne se sont pas lavé les cheveux durant les 2 à 5 jours précédents. Le test sera répété à différentes localisations afin d'évaluer l'activité de la maladie, son ampleur, l'extension et le type d'effluvium [8].

Examens complémentaires

1. Le trichogramme

Le trichogramme a précédé la dermatoscopie [9]. Il est utile pour compléter l'identification du type d'effluvium en analysant la proportion de cheveux à chacune des phases du cycle capillaire. Il doit idéalement être réalisé au 5e jour du shampooing. Il consiste à arracher d'un seul coup une mèche de 50 à 100 cheveux avec une pince hémostatique à griffes puis à la déposer sur une lame de verre en la fixant avec un micropore et une goutte de colle de cyanoacrylique. Une seconde lame permet de maintenir le prélèvement et de faciliter l'orientation. Il ne faut surtout pas oublier d'annoter la localisation d'origine du prélèvement. On évalue ensuite au microscope les extrémités proximales des cheveux prélevés, les tiges, l'homogénéité de leur diamètre, le pourcentage de cheveux cassés. On comptabilise le pourcentage de cheveux télogènes, de cheveux dystrophiques ou normaux.

2. Le phototrichogramme

Il est réalisé à l'aide d'un appareillage de dermoscopie numérique. Une première image d'une zone de 1 cm^2 est réalisée puis la zone est rasée. Cette zone est à nouveau photographiée 8 à 10 jours plus tard, ce qui permet d'évaluer objectivement la repousse des cheveux anagènes, et donc le cycle et la densité capillaire à travers le pourcentage de cheveux en phase anagène, la vitesse de croissance, la densité capillaire et l'homogénéité [10].

3. La trichoscopie

La trichoscopie [11] a l'avantage de permettre un examen de l'ensemble du cuir chevelu de manière non invasive. De façon systématique, il faut observer la tige pilaire, les orifices folliculaires, la surface cutanée périfolliculaire et interfolliculaire, les vaisseaux sanguins. L'examen de la tige pilaire permet de distinguer les fractures, les modifications de diamètre, les structures noueuses, les torsions ou boucles, la présence de bandes et la forme des petits cheveux. Généralement, 2 ou 3 cheveux émergent d'une unité folliculaire. Parfois, il peut y en avoir 4, particulièrement dans les phototypes plus élevés. Chez les sujets sains, moins de 30 % d'unités folliculaires n'ont qu'un seul cheveu émergent. Il y a une diminution du nombre de cheveux émergents, notamment dans l'effluvium télogène et l'alopécie androgénétique. Mais le nombre de cheveux peut aussi être augmenté (cheveux en touffes). Des petites touffes avec 5 à 7 cheveux sont observées dans les maladies inflammatoire comme la teigne (*tinea capitis*) et le lichen plan pilaire. De larges touffes avec au minimum 10 cheveux sont caractéristiques des folliculites décalvantes, elles sont souvent entourées d'une large squame autour du follicule pileux.

Les points ou "*dots*" correspondent à l'ouverture des follicules pileux lorsqu'ils sont observés à l'aide d'un dermatoscope. Les points noirs sont des résidus de cheveux pigmentés cassés ou détruits au niveau du scalp. Ils sont fréquents dans la phase aiguë d'une pelade, d'une folliculite décalvante, d'une teigne ou encore dans un contexte de trichotillomanie. Les points jaunes sont des résidus de kératine et/ou de sébum retrouvés dans les pelades, les lupus discoïdes, l'alopécie androgénétique et les folliculites décalvantes. Les points blancs représentent la fibrose observée lors d'une destruction folliculaire dans les alopécies cicatricielles dont le lichen plan. Les petits points blancs sont observés chez les patients de phototype foncé : ils correspondent aux follicules pileux vides ou à la portion épidermique des glandes eccrines. Des points rouges ont été décrits dans le lupus discoïde. Des points rose à brun au niveau des sourcils sont retrouvés chez les patients souffrant d'alopécie frontale fibrosante.

La peau périfolliculaire et interfolliculaire facilite le diagnostic *via* les différents patrons de couleur et de squames observés. Des squames diffuses, homogènes et blanches sont retrouvées dans le psoriasis, le lupus, la dermatite allergique et la xérose cutanée. En revanche, si ces mêmes squames sont jaunes, elles sont caractéristiques de la dermatite séborrhéique, du lupus et de l'ichtyose. Si elles sont périfolliculaires, blanches et tubulaires, elles sont alors pathognomoniques du lichen plan pilaire. Dans un contexte de folliculite décalvante, elles sont plutôt jaunâtres, tubulaires et avec un col. Le cuir chevelu peut prendre un aspect "sale" dans le lupus dû à l'incontinence pigmentaire. On observe en revanche des zones blanches et rosées, comme une "glace à la fraise", dans le lichen plan pilaire et autres alopécies cicatricielles. L'exsudat est jaune dans la folliculite décalvante, les infections bactériennes, les cellulites disséquantes et les teignes. Une hyperplasie épidermique associée à une fibrose donne naissance à un épaississement cutané qui s'organise de manière concentrique autour des follicules pileux, donnant un motif en étoile caractéristique de la folliculite décalvante.

La trichoscopie permet d'analyser la morphologie des vaisseaux qui sont aussi caractéristiques des différentes pathologies comme, par exemple, les vaisseaux en forme d'épingle concentrée dans une alopécie cicatricielle.

4. La biopsie

Un prélèvement bactériologique pourra être effectué par incision d'une pustule ou dans l'orifice d'une biopsie. Bien que le diagnostic soit le plus souvent clinique, une biopsie à l'aide d'un punch de 4 mm est à prévoir si l'évaluation clinique ne permet pas de poser un diagnostic [12]. Le prélèvement doit se faire en bordure de plaque, notamment pour les alopécies cicatricielles. La dermatoscopie détermine la localisation et l'orientation [13]. La biopsie doit être orientée parallèlement à l'implantation des cheveux. Le prélèvement est analysé en

Revues générales

POINTS **FORTS**

- La perte de cheveux est source d'angoisse pour les femmes. Il est essential de bâtir avec elles un lien thérapeutique fort, basé sur la confiance.
- Les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, dermatologiques et diététiques ainsi que les habitudes cosmétiques doivent être recherchés.
- L'anamnèse familiale est indispensable pour les pathologies à prédisposition génétique.
- Le trichogramme, le phototrichogramme, la trichoscopie, la biopsie et le bilan biologique fournissent des informations complémentaires si besoin.
- Il n'existe pas encore de traitement curatif mais plusieurs molécules sont en cours d'évaluation.

coupe verticale et horizontale. Un prélèvement supplémentaire de 2 mm pourra être effectué pour l'immunofluorescence directe afin de distinguer un lichen plan pilaire d'un lupus.

5. Le bilan biologique

La prise de sang est guidée par l'anamnèse. Suivant les cas, elle évaluera la fonction hépatique, la fonction rénale, la fonction thyroïdienne (TSH et anticorps) et hormonale, le dosage de la vitamine D, la PTH, la glycémie à jeun, les facteurs antinucléaires, la recherche d'une déficience en zinc ou en fer, et finalement un surdosage de vitamine A ou sélénium [14].

Conclusion

Vu le caractère anxiogène de cette plainte, il est indispensable de faire preuve d'écoute, d'empathie et de patience face à ces femmes en détresse même s'il ne s'agit pas d'une pathologie médicale grave. L'analyse d'une perte de cheveux nécessite une anamnèse approfondie, une recherche poussée des antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, dermatologiques, diététiques et cosmétiques. L'examen clinique permet bien souvent de poser le diagnostic. Le bilan sanguin fournit des renseignements complémentaires. Au cas où le mystère persisterait, un trichogramme, voire une biopsie ou encore un prélèvement bactériologique ou mycologique pourront être réalisés. Les traitements antérieurs apporteront également des informations. Il n'existe pas encore de traitements curatifs mais de nombreuses molécules sont en cours d'évaluation pour résoudre cette question épineuse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Trüeb RM. Female alopecia: guide to successful management. *Springer Science & Business Media*, 2013.
2. Krause K, Foitzik K. Biology of the hair follicle: the basics. *Semin Cutan Med Surg*, 2006;25:2-10.
3. Bloomberg RD, Fleishman A, Nalle JE *et al.* Nutritional deficiencies following bariatric surgery: what have we learned? *Obes Surg*, 2005;15:145-154.
4. Tosti A, Misciali C, Piraccini B *et al.* Drug-induced hair loss and hair growth. *Drug Saf,* 1994;10:310-317.
5. Tosti A, Piraccini BM. Diagnosis and treatment of hair disorders: an evidence-based atlas. *CRC Press*, 2005.
6. Goette DK, Odom RB. Alopecia in crash dieters. *JAMA*, 1976;235:2622-2623.
7. Haskin A, Aguh C. All hairstyles are not created equal: what the dermatologist needs to know about black hairstyling practices and the risk of traction alopecia (TA). *J Am Acad Dermatol*, 2016;75:606-611.
8. Maguire HC, Kligman AM. Hair plucking as a diagnostic tool. *J Invest Dermatol*, 1964;43:77-79.
9. Galliker NA, Trüeb RM. Value of trichoscopy versus trichogram for diagnosis of female androgenetic alopecia. *Int J Trichol*, 2012;4:19-22.
10. Van Neste DJ, de Brouwer B, de Coster W. The phototrichogram: analysis of some technical factors of variation. *Skin Pharmacol*, 1994;7:67-72.
11. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A (Eds.). Atlas of trichoscopy: dermoscopy in hair and scalp disease. *Springer Science & Business Media*, 2012.
12. Vujovic A, Del Marmol V. The female pattern hair loss: review of etiopathogenesis and diagnosis. *BioMed Res Inter*, 2014;2014:767628.
13. Miteva M, Tosti A. Dermoscopy guided scalp biopsy in cicatricial alopecia. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2013; 27:1299-1303.
14. Almohanna HM, Ahmed AA, Tsatalis JP *et al.* The Role of Vitamins and Minerals in Hair Loss: A Review. *Dermatol Ther* (Heidelb), 2019;9:51-70.

Les auteures ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.