L'âge et la chevelure

Dr P. Bouhanna*

En matière de chevelure, contrairement à beaucoup d'idées reçues, les seuls réels dégâts liés à l'âge serait son blanchiment. En revanche, il est indéniable que les fluctuations hormonales en particulier chez la femme (ménopause) et la susceptibilité individuelle des bulbes des cheveux aux androgènes, peuvent déterminer une raréfaction capillaire inesthétique.

Ce dégarnissement est le plus souvent psychologiquement mal vécu par les deux sexes. L'appauvrissement d'une chevelure chez la femme âgée peut être également lié à la fragilité acquise des tiges des cheveux. Celles-ci ne peuvent résister à diverses agressions telles que le soleil, la mer, les abus de soins de coiffure, etc.

Pour certains, la disparition de la chevelure est un véritable drame; d'autres se consoleront, comme le faisait Platon, en se persuadant que "l'herbe ne pousse pas dans les rues à grandes circulations".

Jusqu'au XIX* siècle, l'ignorance de cette pathologie a été totale. Ainsi, même de nos jours, des publicités racoleuses, des instituts capillaires aux produits soi-disant miraculeux vont fleurir , et, ce beaucoup plus rapidement que la chevelure qu'ils promettent.

Alopécie androgénétique de type féminin. La patiente présente les cheveux qu'elle a récupérés en quelques mois.

Les progrès de la recherche, la fiabilité des méthodes d'examen et la prise de conscience des médecins spécialistes vont permettre de mieux comprendre et de mieux traiter les chutes capillaires en général et celles liées au vieillissement en particulier.

Trois grands progrès ont radicalement transformé le traitement préventif et curatif des alopécies masculines et féminines :

- d'une part, la prescription d'hormones d'oestrogènes, de progestatifs ou d'antiandrogènes chez la femme et de lotions à base de Minoxidil pour les deux sexes;
- des conseils et soins cosmétologiques adaptés à la fragilité des tiges capillaires;
- d'autre part, certains procédés chirurgicaux correcteurs devenus pour les deux sexes parfaitement simples et fiables.

ELEMENTS CLINIQUES ET PHYSIOPATHOGENIQUES

Aspects schématiques évolutifs des alopécies de l'homme et de la femme.

Schématiquement, la physiologie du cycle pilaire permet au cheveu de l'homme de vivre trois ans en moyenne et le cheveu de la femme cinq ans. Chaque cheveu a droit, en moyenne, à vingt-cinq vies successives. Ainsi, selon le sexe, la chevelure peut persister dans les conditions normales de 70 à 120 ans. Mais des facteurs essentiellement androgéniques vont accélérer le cycle des cheveux génétiquement prédisposés et vont ainsi déterminer des dégarnissements localisés ou diffus, plus ou moins précoces et plus ou moins importants.

Chez l'homme, il existe schématiquement trois stades (1) (classification simplifiée 1976) :

- **Stade I**

- type a - recul symétrique de la lisière frontale réalisant deux "golfes temporaux" plus ou moins profonds;

- type b - éclaircissement du sommet du crâne ou tonsure.

- **Stade II**

- type a - recul uniforme de la lisière frontale jusqu'au sommet du crâne;

- type b - avec tonsure associée;

- **Stade III**

Calvitie "hippocratique", terme ultime de l'alopécie où seule persiste la couronne temporo-occipitale.

Chez la femme, la forme habituelle atteignant le vertex évolue également en trois stades (2) :

- **Stade I**

Alopécie modérée du vertex ovalaire à grand axe antéropostérieur, situé à deux ou trois centimètres en arrière de la zone d'implantation frontale qu'elle respecte.

- **Stade II**

Alopécie franche avec cheveux courts gris ou blancs. Elle est située à un centimètre de la zone d'implantation frontale;

- **Stade III**

Alopécie du vertex quasiment totale mais avec conservation d'une mince bande chevelue frontale.

Modifications hormonales de la ménopause (3)

Les cheveux et les glandes sébacées sont indéniablement des cibles pour les hormones stéroïdiennes sexuelles (androgènes et oestrogènes).

La ménopause est caractérisée par une diminution plutôt que par une interruption complète des sécrétions ovariennes. Du fait d'un effet androgénique direct et indirect (5-a-Réductase, dihydrotestostérone) sur

* *Centre Sabouraud du Cuir Chevelu, Hôpital Saint-Louis - Paris.*

des bulbes génétiquement prédestinés, la femme ménopausée va présenter un ralentissement de la pousse, une diminution du diamètre et une raréfaction de la densité des cheveux. Le cycle de renouvellement de chaque cheveu va être accéléré et va ainsi rapidement épuiser cette capacité de renouvellement (25 fois en moyenne). Le capital cheveu s'amenuise et une alopécie est ainsi créée: dégarnissement du sommet du crâne, avec persistance de la ligne frontale chevelue.

Deux autres effets hormonaux sont à signaler:

- augmentation ou diminution de la séborrhée;
- amincissement dermo-épidermique de la peau du cuir chevelu, voire dans des cas exceptionnels, un aspect cicatriciel (4).

Modifications liées au vieillissement

• Raréfaction de la vascularisation du cuir chevelu à un ou deux capillaires sinueux entourant le follicule des cheveux fins;

• Modifications de la tige du cheveu:

- les lamelles de la cuticule deviennent plus petites et plus nombreuses chez le sujet âgé;
- la vitesse de pousse ne semble réellement diminuée qu'au-delà de 70 ans;
- le blanchiment des cheveux est lié au génotype.

Fragilité et sécheresse des tiges des cheveux

Cette fragilité excessive est liée, d'une part à la diminution de la séborrhée et, d'autre part, à l'abus de soins capillaires (permanentes, défrisages, etc.).

Blanchiment des cheveux

Le blanchiment diffus des cheveux ou canitie est directement lié à l'âge. Il est dû à la diminution de l'activité mélanocytaire des bulbes. La canitie apparaît entre 30 et 50 ans chez le Blanc et 10 ans plus tard chez le Noir. Le plus souvent, elle débute par la barbe et s'étend aux tempes puis aux régions occipitales.

Ce blanchiment progressif est dû d'abord à une réduction progressive de l'activité mélanocytaire, avec dilution de la mélanine dans la tige du cheveu (cheveux gris), puis une disparition secondaire des mélanocytes (cheveux blancs).

Le seul traitement actuel reste la teinture capillaire.

Il faut rechercher une autre cause

L'interrogatoire et l'examen clinique seront complétés par l'examen microscopique des cheveux (trichogramme) et la recherche d'autres étiologies : endocrinienne (thyroïdienne, diabétique), métabolique (régimes amaigrissants, déficit en fer), infectieuses (syphilis secondaire)...

Il est plus difficile mais essentiel de faire la part entre les causes psychologiques de chute capillaire (5) (deuil, stress affectif...), et les problèmes psychologiques générés par l'évolution galopante d'une chute ou dégarnissement ?

TRAITEMENTS

Deux éléments fondamentaux sont apparus ces dernières années:

- Toute chute capillaire doit être examinée par un dermatologue afin de dépister l'une des multiples étiologies possibles.
- La mise au point d'examens de contrôle rigoureux des produits "antichute" ou "stimulateur" de la pousse capillaire devrait permettre la vérification de leur efficacité comme le souhaite, depuis 1988, la très vigilante FDA Américaine.

Devant toute chute capillaire, accompagnée ou non d'une alopécie, il est indispensable de déterminer l'intensité et le degré d'évolutivité de ces deux processus en pratiquant certains examens de routine (test de traction, trichogramme , phototrichogramme) (6).

Nous distinguons ainsi schématiquement :

1/ Les chutes capillaires modérées.

Au trichogramme, le rapport Anagènes/Télogènes est compris entre 3 et 4.

Ces chutes ne sont pas susceptibles de provoquer un dégarnissement et nous conseillerons donc une à deux cures par an de lotions cosmétologiques (à base de vitamines, d'acides aminés soufrés, et plus récemment, d'anti-5-α-réductase locale...), et la prise per os ou injectable de vitamines (H, B5, B6), d'acides aminés soufrés et de gélatine.

2/ Les chutes capillaires importantes

Au trichogramme, le rapport Anagènes/Télogènes est inférieur à 3.

L'intensité et la persistance de ces chutes peuvent provoquer un dégarnissement. Une lotion à base de Minoxidil (7) peut être conseillée dans les deux sexes en l'absence de contre-indications. Le Minoxidil est un vasodilatateur périphérique dont l'application locale bi-quotidienne en solution à 2 % va avoir un effet "stimulateur" sur la croissance du cheveu.

L'évolution sous traitement est assez stéréotypée : accentuation possible de la chute pendant les quatre premières semaines, puis normalisation de la chute en 5 à 8 semaines dans plus de 90 % des cas et enfin augmentation du diamètre des cheveux intermédiaires (cheveux atrophiques non encore duveteux de plus de 1 cm de long et de plus de 40 m de diamètre). Une stabilisation en plateau de l'efficacité apparaît au bout d'un an.

Deux à quatre mois après l'arrêt du traitement, une chute anormale réapparaît et le diamètre des tiges diminue à nouveau. L'action du minoxidil repose essentiellement sur l'augmentation du flux sanguin et sur l'augmentation des mitoses cellulaires.

Il n'existe aucune influence sur le métabolisme de la testostérone. La tolérance locale (prurit, eczéma, etc.) et générale (cardiovasculaire) s'est révélée satisfaisante. En revanche, il faut signaler la survenue possible d'une pilosité du visage dont la topographie est différente de celle observée dans l'hirsutisme (oreilles, région prétragienne, région malaire, front, cou, dos des phalanges) et qui disparaît lors de la réduction ou de l'arrêt du traitement.

Chez la femme, le traitement hormonal substitutif est essentiel.
Au cours de la ménopause, il existe d'une part, la persistance des sécrétions androgéniques (surrénaliennes et ovariennes) et, d'autre part, la disparition des stéroïdes féminins qui se comportaient comme des anti-androgènes naturels.
Le traitement substitutif par de l'estradiol naturel (Oestrogel ou Estraderm TTS) sera associé à un progestatif non androgénique (3).
La prescription de fer per os et d'hormones thyroïdiennes permettra la correction d'un possible déséquilibre.
Chez l'homme,

- Une vitaminothérapie (acide pantothénique - vitamine H) en injection IM pourra être associée à la prise per os d'acides aminés soufrés cystéine - méthionine - vitamine B6 -, encures de deux mois, une à deux fois par an, à titre de traitements adjuvants.
- Le Finastéride est un inhibiteur spécifique de la 5-Alpha-Réductase, prescrit comme traitement symptomatique de l'hypertrophie bégnine de la prostate. Il pourrait être préconisé dans le traitement des alopécies androgénétiques masculines. Le médicament agit en inhibant la transformation de testostérone en dihydrotestostérone. (8)

3/ Dégarnissements capillaires importants avec chute stabilisée

La gêne esthétique occasionnée par ces alopécies peut inciter certains patients des deux sexes à souhaiter un regarnissement capillaire.
Dans l'Antiquité, les seules possibilités étaient palliatives: prothèses, postiches, coiffures, couvre-chefs, bicorne (Napoléon). Jules César n'avait-il pas promulgué un décret l'autorisant à porter la couronne de laurier des grand vainqueurs ? Ses mèches en "accroche-cœur" n'arrivaient plus à masquer sa calvitie évolutive.
Seule la chirurgie peut prétendre recouvrir , avec certitude, les zones chauves avec des cheveux qui persisteront à vie. Le but des traitements chirurgicaux est de répartir de façon homogène les cheveux définitivement persistants de la couronne chez l'homme, ou de la région occipitale médiane chez la femme, sur les régions clairsemées ou complètement chauves.
En 1976, dans la Revue de Chirurgie Esthétique (1), je formulais des critiques :
- à propos de l'aspect en "rangées de poireaux" ou en "cheveux de poupée" des greffes ou implants;
- à propos de l'aspect artificiel d'une certaine variété de lambeau.

Trois procédés ont révolutionné cette chirurgie, en permettant sous anesthésie locale, la correction de la plupart des calvities masculines ou féminines, tout en permettant le shampooing et la reprise professionnelle dès le lendemain.

a) les microgreffes

De minuscules fragments du propre cuir chevelu du patient recelant une ou deux racines sont plantés avec une aiguille, un peu comme le repiquage du riz. Ces cheveux vont persister définitivement et donnent un aspect naturel. 1000 à 2000 cheveux peuvent être transplantés en une séance.

b) la réduction de tonsure simple ou assistée (9,10)

La pose préalable durant un mois d'un extendeur (lame en silastic), mise sous tension par les crochets placés à ses extrémités, est venue remplacer la technique de ballonnets gonflables. La souplesse obtenue permet une excision de zone chauve plus importante et plus durable.

c) les mini-lambeaux verticaux (11)

Il s'agit de petites bandes prélevées sur la couronne avec leurs cheveux longs et disposées sur la région frontale sans suture apparente, avec des cheveux naturellement orientés vers l'avant.

4/ Certains soins cosmétiques adaptés peuvent compléter la prescription (12)

- Massages quotidiens pour assouplir des cuirs chevelus trop scléreux;
- Arrêt des manipulations capillaires agressives;
- Shampooing très doux pour usages répétés; Baumes de rinçage;
- Lotions et shampooings anti-pelliculaires (cade, coaltar, pyrithione, zinc, etc.) ;
- Shampoings, lotions, crèmes ou huiles à base de Colostrum ou de Karité contre la sécheresse des tiges.

En dehors du blanchiment qui semble directement lié à l'âge, de nombreux facteurs étiologiques acquis ou héréditaires provoquent chez l'homme ou chez la femme âgée, chute et dégarnissement capillaire.
Les progrès actuels des bilans médicaux et des contrôles des efficacités thérapeutiques médicales, chirurgicales et cosmétologiques, permettent d'apporter une solution à bon nombre de problèmes capillaires liés à l'âge.

BIBLIOGRAPHIE

1 - **Bouhanna P. - Netof J.** A propos des transplantations de cuir chevelu. Critiques et Propositions. Rev. Chir. Esth. 1976. 7: 2 : 17-23.
2 - **Ludwig E.** Classification of the types of androgenetic alopecia (common baldness) occuring in the female sex. Br. J. Dermatol. 1977. 97 : 249-257.
3 - **Bouhanna P.** Les alopécies de la femme ménopausée. Reproduction humaine et hormones. 1988. 1: 33-41.
4 - **Kossard S.** Post menopausal frontal fibrosing alopecia. Scarring alopecia in a pattern distribution. Arch. Dermatol. 1994. 130 : 770-774.
5 - **Cash TF. and al.** Psychological effects of androgenetic alopecia on women : Comparisons with balding men and with female control subjects. J. Am. Acad. Dermatol. 1993. 29. 4 : 568-574.
6 - **Bouhanna P.** The phototrichogramm. A technique for the objective evaluation of the diagnosis and course of diffuse alopecia. In Montagna and Al. Proceeding of the 1st International Multidisciplinary Colloquium of Cosmetology-Salus. Edit. Roma. 1983 : 277-280.
7 - **Bouhanna P.** Le Minoxidil : qu'en penser à l'heure actuelle ? Nouv. Dermatol. 1991. 10. 1: 24-34.
8 - **Bouhanna P.**
Quoi de neuf sur le cuir chevelu ? L'année Thérapeutique. Réal. Thér. Avril. 1996. 60-66.
9 - **Brandy D.**
The use of retention sutures and tensed silastic-dacron strips for the prevention of stretch-back after alopecia-reducing procedures. J. Dermatol. Surg. Oncol. 1994. 20 : 666-671.
10 - **Frechet P.** Scalp Extension. J. Dermatol. Surg. Oncol. 1993. 19 : 616-622.
11 - **Bouhanna P. - Dardour J-C.** Hair Replacement Surgery. Ed. Springer Verlag. Berlin. 1996.
12 - **Bouhanna P.** Cheveux et Calvitie. Les nouveautés médicales et chirurgicales chez la femme et chez l'homme. Ed. Simep-Masson. 1994.