N°63

25 novembre 1990 - Bimensuel - 4e année
N° de Commission paritaire: 68 984
N° ISSN 0982-8567

DERMATOLOGIE PRATIQUE

## CLINIQUE

# Diagnostic des alopécies cicatricielles

P. BOUHANNA *

Dans ce premier article les éléments essentiels du diagnostic positif et du diagnostic différentiel seront abordés. Le pronostic et les traitements médicaux ou chirurgicaux seront étudiés dans une prochaine parution.

**Définition:** Alopécies caractérisées par une atrophie tégumentaire et une disparition irréversible des follicules pilo-sébacés. Les causes sont multiples.

## DIAGNOSTIF POSITIF

### Aspect clinique schématique

Les alopécies cicatricielles sont caractérisées par une ou plusieurs zones glabres à peau fine, brillante, plus ou moins scléreuse avec une disparition complète des orifices pilo-sébacés. Toute repousse est donc impossible.

### Aspect histologique schématique

On retrouve un état atrophique et alopécique avec amincissement épidermique et aspect scléreux du derme. Les follicules pilo-sébacés sont remplacés par des bandes fibreuses verticales. Les muscles arrecteurs et les glandes sudoripares persistent plus longtemps.

## DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Les causes d'alopécies cicatricielles sont très nombreuses. De nombreuses classifications ont été proposées. Nous avons choisi arbitrairement mais pour des raisons didactiques et pratiques de distinguer d'une part les alopécies cicatricielles secondaires dont les causes sont relativement bien connues et d'autre part les alopécies cicatricielles primitives dont les mécanismes physiopathogéniques acquis restent incertains.

**Figure 1:** Alopécie pariétale non cicatricielle et **épide...solyse bulleuse dystrophique.**

**Figure 2:** Alopécie cicatricielle pariétale **post-forceps** (patient de 39 ans).

## MALADIES HÉRÉDITAIRES ET CONGÉNITALES

*Aplasie cutanée* («Dermal Defect»)
– au niveau de la fontanelle postérieure (65% des cas)
– lésions à limites nettes circulaires, triangulaires, étoilées, etc...
– lésion plus souvent unique que multiples
– peau d'aspect variable
* soit amincie avec épithélium pavimenteux
* soit disparition épidermique et/ou dermique
* soit au maximum absence de voûte osseuse voire de méninges
– c'est une anomalie du développement embryologique.

Il peut exister des cas familiaux et des anomalies viscérales associées: exemple du Syndrome de Johansson-Blizzard (microcéphalie, anodontie, hypothyroïdie).

*Alopécie triangulaire temporale*
– au niveau de la suture fronto-temporale
– lésion triangulaire de 3 à 3,5 cm de côté
– lésion congénitale non évolutive.

*Hamartomes multiples*
– alopécie cicatricielle avec parfois kystes trichilemmaux du cuir chevelu débutant dans l'enfance
– lésions kératosiques punctiformes sur le tronc et les membres avec puits palmo-plantaires.

*Naevi épidermiques - verruco sébacés - comédoniens*

*Incontinentia pigmenti*
– une alopécie cicatricielle apparaît environ dans 25% des cas
– elle apparaît dans la petite enfance et évolue en moyenne pendant deux ans.

*Ichtyose récessive liée au sexe*

*Maladie de Darier*

*Epidermolyse bulleuse dystrophique*
– une alopécie cicatricielle apparaît dans environ 10% des cas (photo 1).

*Les kératoses folliculaires*

**Aspect clinique**
– lésions acuminées kératosiques folliculaires à type de poin-

**ADDITIF:**

*article «le traitement médical des alopécies: le minoxidil» (paru dans le N° 60)*

Il convient d'ajouter que les Laboratoires Galderma commercialisent d'une part le minoxidil sous le nom de Neoxidil, et d'autre part Observance Shampooing N.I., shampooing 100 % non ionique formulé et indiqué tout particulièrement pour les cuirs chevelus sensibles ou sous traitement, dont le traitement Neoxidil.

SOMMAIRE EN DERNIÈRE PAGE

tes cornées, couleur peau normale ou légèrement érythémateuse
– la destruction du poil provoque soit une petite cicatrice atrophique, soit un petit kyste pilaire (grain de milium)
– l'affection est souvent familiale.

**Différents aspects ou formes cliniques**

* *Kératose pilaire simple:* avec atteinte des membres et s'améliorant avec l'âge.
* *Kératose pilaire rouge atrophiante:*
– des éléments kératosiques, avec érythèmes en nappes et cicatrices cupuliformes;
– siège sur la queue des sourcils, le front et les régions pré-auriculaires (Ulérythème ophryogène);

**Figure 3:** Alopécie cicatricielle pariéto-occipitale après **brûlure** avec du lait bouillant à l'âge de 4 ans (patient de 17 ans).

– parfois anomalies cardio-vasculaires associées (syndrome de Noonan).
* *Kératose pilaire décalvante:*
Le syndrome de Siemens associe:
– kératose pilaire rouge atrophiante (visage-tronc-membres)
– alopécie cicatricielle localisée
– malformations associées: retard mental et staturo-pondéral, hyper aminoacidurie.
* *L'Atrophodermie folliculaire*
– l'alopécie cicatricielle diffuse est essentiellement associée à des dépressions ponctuées du dos des mains et des pieds.
– parfois associée à une chondrodysplasie calcifiante, une micromélie (Syndrome de Conradi: 25% des cas)
– les nappes érythémato-squameuses présentes à la naissance

**Figure 4:** Alopécie frontale cicatricielle après **radiothérapie.** Le toupet frontal a été épargné (patient de 28 ans).

disparaissent en quelques semaines.

## ALOPÉCIES CICATRICIELLES PAR AGENTS PHYSIQUES

L'altération définitive de tout ou partie du cuir chevelu par des agressions extérieures est fréquente et de diagnostic facile. Leur intérêt réside plutôt au niveau de la prévention du pronostic et du traitement.

*Tous les traumatismes suffisamment profonds* pour altérer les couches dermohypodermiques du scalp (depuis l'alopécie post forceps du nourrisson jusqu'au scalp de l'ouvrière à cheveux longs par une machine rotative etc...) (photo 2).

*Les brûlures au-delà du 2ème degré* profond d'origine électrique, chimique (soude caustique), liquides bouillants etc... (photo 3).

*Après radiothérapie*
* alopécie transitoire avec repousse 3 à 5 mois après si doses de 300 à 400 Rads sous 75 à 100 Kv
* alopécie cicatricielle à partir de 2 000 Rads (photo 4).

*Après infection mycosique*
– Favus
– alopécie cicatricielle du centre de la plaque et «godets» typiques avec persistance de quelques cheveux atrophiques sur les plaques
– Trichophyton Schonleïni est présent en Bretagne, Vendée, Poitou etc...
– Trichophytons Violaceum, Mentagrophytes, Verrucosum (Kerion).
– L'examen histologique est fondamental pour distinguer les plaques cicatricielles anciennes d'une pseudopelade: le collagène est scléreux sans fibres élastiques (colorations à l'orcéine) et présence d'une réaction fibroblastique.

*Après infections microbiennes*
a) Furoncles, anthrax, lupus tuberculeux, syphilis tertiaire, zona surinfecté.
b) Les folliculites du cuir chevelu.
* *Folliculite épilante de Quinquaud* (ou Acné décalvante)
– affection rare qui atteint l'adulte de sexe masculin
– de petites plaques alopéciques cicatricielles s'étendent excentriquement pour donner des plaques à contours orbiculaires, polycyliques en bordure desquelles il existe des points de folliculite érythémateuse non suppurée (photo 5).
* *Folliculite récidivante du cuir chevelu*
– affection fréquente de l'adulte de sexe masculin
– petites élevures érythémateuses puis croûteuses et prurigineuses
– donne rarement une alopécie cicatricielle.

OBSERVANCE N.I.
"DE L'INFLUENCE D'UN SHAMPOOING 100 % NON IONIQUE SUR LES CUIRS CHEVELUS SENSIBLES ET FRAGILISÉS".
Photo: Bertrand Marignac (Marie-Claire).
Un shampooing haute tolérance... qui mousse vraiment.
Soins Capillaires Dermatologiques
OBSERVANCE
Shampooing "N.I."
LABORATOIRES GALDERMA
NOUS AVONS CHOISI LA DERMATOLOGIE
Publicis Vicom

* *Acné nécrotique*
– les papules érythémateuses douloureuses deviennent pustuleuses puis se recouvrent d'une croûte ombiliquée ressemblant aux tuberculides papulonécrotiques.
* *Acné chéloïdienne de la nuque*
– en fait il s'agit d'une folliculite atteignant le plus souvent l'adulte de race noire.
* *Perifolliculits abcedens et suffodiens d'Hoffman:* c'est l'équivalent d'une acné conglobata du cuir chevelu.

## ALOPÉCIES «D'ORIGINE INCONNUE»

*Lupus Érythémateux*
Le lupus systémique est une cause rare d'alopécie cicatricielle. Le lupus érythémateux chronique est par contre une cause fréquente (20% des hommes porteurs d'un LE. et 50% des femmes).

**Aspects cliniques**
* Lésion cicatricielle centrale avec en bordure un érythème et une kératose ponctuée «qui creuse» l'orifice folliculaire;
* Lésion atrophique et érythème en nappe; sensible à la pression et lentement extensive (photo 6);
* Lésion atrophique blanche de grande taille à contours irréguliers; à différencier d'une pseudopelade de Brocq ou d'une folliculite épilante de Quinquaud.

**Eléments diagnostiques**
* Lésions cliniques évocatrices d'un lupus évolutif;
* Examens histologiques avec IFD évocateurs de lupus.

*Lichen plan*
* Une alopécie est présentée dans 40% des cas de lichen et peut-être associée à toutes les formes de lichens (photo 7).
* Cette absence atteint surtout la femme adulte mais aussi au cours des lichen secondaires (or, mepacrine).

**Aspects cliniques**
– plaque érythémateuse avec kératose ponctuée «qui fait saillie» au-dessus de l'orifice folliculaire
– plaque érythémateuse pure
– aspect pseudo peladique

**Eléments diagnostiques**
– lésions cliniques cutanéo-muqueuses évocatrices d'un lichen évolutif
– examen histologique et IFD évocateur de lichen (photo 8).

*Une forme à part: le syndrome de Graham-Little-Lassueur*
– le plus souvent chez l'adulte
– Triade symptomatique:
* lichen folliculaire cutané diffus
* alopécie non cicatricielle des aisselles et du pubis
* alopécie cicatricielle du cuir chevelu.

*Sclérodermie*
* Cause rare de lésions atrophocicatricielles du cuir chevelu; atteint surtout la femme de 20-30 ans;

**Figure 5:** Alopécie cicatricielle après **Folliculite épilante de Quinquaud**.

* habituellement lésion typique en «coup de sabre».

*Pseudo-pelade*
La pseudo pelade de Brocq (1885) est une alopécie cicatricielle bien reconnue cliniquement mais **idiopathique** dans 45% des cas (photo 9).

Les états pseudopeladiques ont des aspects cliniques similaires mais avec des signes anatomocliniques évocateurs d'une étiologie lupique, lichénienne ou sclérodermique.

Ces affections atteignent surtout l'adulte dans les deux sexes.

**Figure 6:** Alopécie **pseudopeladique lupique** évolutive (patiente de 52 ans).

XEROSE

A la question :
Un seul produit
peut-il traiter efficacement
la XEROSE
quelle qu'en soit son origine
ou son intensité ?

LES DERMATOLOGISTES
NOUS ONT RÉPONDU : NON

nous partageons leur avis

ROCHE POSAY

**TABLEAU N° 1**
**DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES ALOPECIES CIRCONSCRITES NON CICATRICIELLES AVEC CUIR CHEVELU LISSE, NON SQUAMEUX**

| Critères | Pelade | Trichotillomanie | Abus de soins capillaires |
|---|---|---|---|
| **Origine** | Imprécise<br><br>Hypothèses:<br>– psychologiques<br>– immunitaires (maladies autoimmunes parfois associées: thyroïdies, vitiligo, atopie)<br>– épine peladogène (granulome dentaire) | Tic d'arrachage de cheveux<br><br>Troubles psychologiques:<br>– mineurs chez l'enfant<br>– sévères chez l'adulte | Soit par traction: tresses, chignons, bigoudis, défrisages<br><br>Soit par cassure: permanentes, fers chauds, décolorations |
| **Aspect clinique** | Plaques alopéciques arrondies<br>– Surface lisse, blanche avec orifices pilo-sébacés visibles<br>– Hyperlaxité au plissement test de traction +++<br>Parfois «cheveux en point d'exclamation» | Plaques alopéciques à contours anguleux<br>Surface d'aspect normal<br>Test de traction = 0 à +<br>Cheveux courts cassés à des longueurs variables | Plaques alopéciques à contours géométriques linéaires anguleux<br>Teste de traction = 0 à +<br>Cheveux courts |
| **Tricho-gramme** | Cheveux dystrophiques | Normal (fort pourcentage d'anagènes) | Normal (avec altérations visibles en lumière polarisée) |
| **Formes cliniques** | Pelade ophiasique localisée à la couronne occipitale<br>Pelade totale étendue à tout le cuir chevelu<br>Pelade universalis, étendue à tous les cheveux et poils du corps, et altérations unguéales | Formes parfois étendues à presque tout le cuir chevelu (rares)<br>Parfois onychophagie associée | Parfois extension à la presque totalité du cuir chevelu |

**Aspect clinique**
– des petites plaques atrophiques (5 à 10 mm) isolées
– elles vont grandir et se multiplier («empreintes de pas dans la neige»)
– elles vont fusionner pour donner des plaques blanches, glabres, lisses sans duvet ni orifices folliculaires, un peu déprimées et difficiles à plisser. Les contours déchiquetés présentent parfois quelques cheveux plus épais et plus foncés.
– l'évolution insidieuse sans lésion inflammatoire périphérique et sans chute capillaire abondante va déterminer une plaque cicatricielle définitive qui se stabilisera en deux ou trois ans.

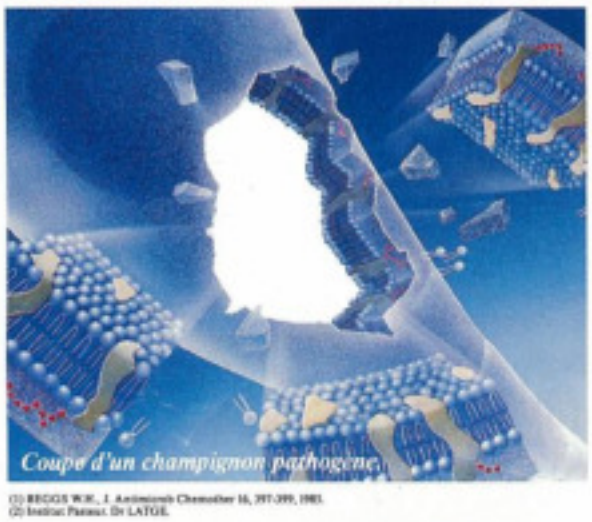
MYCOSES CUTANÉES

MYK 1%

NITRATE DE SULCONAZOLE

FONGICIDE (1)

PAR DESTRUCTION DE LA PAROI FONGIQUE (2)




NOUVEAU

Crème dispensateur

Solution

Gamme à une application par jour

FORMES et PRÉSENTATIONS : - *Crème* : Dispensateur de 15 g (polypropylène). - *Solution pour application locale* : Flacon de 15 ml (polyéthylène). COMPOSITION : - *Crème pour 100 g* : Nitrate de sulconazole : 1,000 g. - *Solution pour application locale : pour 100 ml* : Nitrate de sulconazole : 1,000 g. PROPRIÉTÉS : Le nitrate de sulconazole est un dérivé imidazolé possédant un large spectre antifongique et doué d'une activité antibactérienne. CT Monographie VIDAL. SORT DU MÉDICAMENT : CT Monographie VIDAL. INDICATIONS : Traitement local des mycoses superficielles cutanées. *Candidoses* : Traitement ou traitement d'appoint : - intertrigos génito-crureux, anaux et périanaux, - autres intertrigos. *Dermatophytes* : (crème-solution) - Traitement des dermatophyties de la peau glabre (herpès circiné). - Traitement ou traitement d'appoint : - intertrigos génitaux et crureux à dermatophytes (eczéma marginé), - intertrigos des orteils (pied d'athlète), - sycosis et kératoses. *Pityriasis versicolor* : (crème-solution). CT Monographie VIDAL. CONTRE-INDICATION : Hypersensibilité à l'un des composants (ou sensibilisation de groupe). MISE EN GARDE : Un traitement sur de grandes surfaces, sur une peau lésée, sous occlusion ou en couches épaisses, en raison du passage de l'antifongique dans la circulation générale, peut entraîner des effets systémiques. Ces effets sont particulièrement à craindre chez les nourrissons et les enfants en bas âge. PRÉCAUTIONS D'EMPLOI : *Pour usage local exclusif.* - Si l'appareil des réactions suggérant une sensibilisation ou de l'irritation, l'utilisation du produit doit être interrompue. - Éviter le contact du produit avec l'œil. - GROSSESSE ET ALLAITEMENT : en raison du soupçon d'effet embryotoxique chez l'animal, il est recommandé de ne pas utiliser chez la femme enceinte et éviter chez la femme en période d'allaitement. - Candidoses : il est déconseillé d'utiliser un savon à pH acide. EFFETS INDÉSIRABLES : Effet systémique : voir MISE EN GARDE - Localement des manifestations d'intolérance peuvent se produire : prurit, sensations de brûlures, érythème. MODE D'EMPLOI et POSOLOGIE : Appliquer la crème ou la solution sur les lésions à traiter, une à deux fois par jour, en fonction de la sévérité de l'infection. CT Monographie VIDAL. CONSERVATION : A l'abri de la lumière. LISTE I : A.M.M. 312 304.6 (1990) Crème, dispensateur de 15 g. - 331 127.3 (1987) Solution, flacon de 15 ml. Mis sur le marché en 1989. PRIX : Crème : 28,70 F (dispensateur de 15 g). - Solution : 28,70 F (flacon de 15 ml). - Remb. Séc. Soc. à 70 %.
Pour de plus amples informations, se reporter au dictionnaire VIDAL.
Laboratoires CASSENNE - Département EUROSIS - 1, Terrasse Bellini - 92088 PARIS-LA DEFENSE Cedex 3 - Tél. (1) 40.81.40.81.

(1) BEGGS W.H., *J. Antimicrob Chemother* 16, 397-399, 1985.
(2) Institut Pasteur. Dr LATGE.

TVIG157

**Figure 7:** Alopécie évolutive d'origine **lichenienne** (patient de 54 ans)

**Aspect histologique**
L'image histologique varie selon le stade évolutif:
– au stade initial, en bordure de la zone pathologique présence d'une perifolliculite lympho-histologique des deux tiers supérieurs du cheveu.
– à la phase d'état, l'épiderme est aminci et le derme prend un aspect scléreux et les follicules pilo-sébacés sont remplacés par des bandes fibreuses verticales; les muscles arrecteurs et les glandes sudoripares persistent plus longtemps.
– les plaques anciennes présentent un état scléro-atrophique banal.

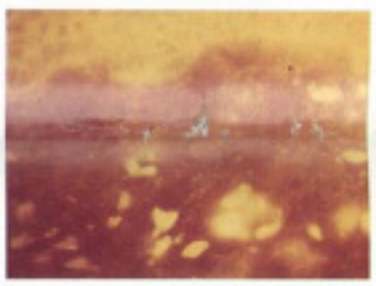


**Figure 8:** Aspect microscopique en IFD évocateur d'une origine lichenienne.

**Toujours rechercher l'éventuelle étiologie d'un état pseudo-peladique avant de se contenter du diagnostic de pseudo-pelade**
* une orientation clinique en fonction des signes vus plus haut.
* surtout un examen histologique avec immunofluorescence directe pratiqué en périphérie de la lésion cicatricielle:
– *le lupus érythémateux classique*
– infiltration lymphocytaire péripilaire prédominant autour du bulbe du cheveu
– immunofluorescence positive avec dépôts d'Ig G et d'Ig M en bande continue ou granuleuse.

– *Le lichen plan*
– infiltration lymphocytaire sur toute la hauteur du follicule pilosébacé, détruisant la gaine épithéliale externe et attaquant la basale;
– présence de corps colloïdes dans le derme papillaire.

– *La sclérodermie*
– peut être mieux reconnue cliniquement devant une plaque nacrée, ivoirine cernée par un liséré lilacé,
– l'histologie montre une atrophie dermo-épidermique considérable avec disposition horizontale des faisceaux collagènes et du réseau élastique.

**Autres causes**
*Dermatomyosite*
* forme poïkilodermique;
* avec lésions folliculaires (dermatomyosite de Wong).
*Pemphigoïde cicatricielle*
* dépôts à Ig G en immunofluorescence directe;
* pas d'anticorps circulants.

*Necrobiose lipoïdique* surtout chez la femme d'âge mûr.
*Mucinose folliculaire* (photo 10)

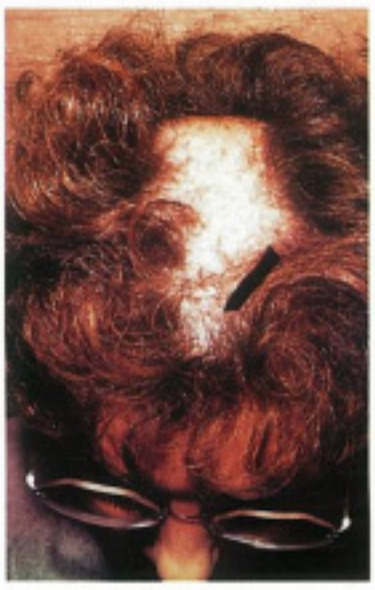


**Figure 9:** Alopécie pseudopeladique stabilisée et **d'étiologie non retrouvée** (patiente de 45 ans).

*Alopecia parvimacularis*
* épidémies brusques chez l'enfant
* alopécies en plaques de 1 à 2 cms
* régression en quelques semaines dans 90 % des cas
*Tumeurs:* Epitheliomas baso-cellulaires, métastases etc... (photo 11).

**Figure 10:** Alopécie cicatricielle due à une **mucinose folliculaire.**

## DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1. Devant une alopécie non cicatricielle associée à un état squameux, il faut avant tout suspecter une teigne.

2. Devant une alopécie à cuir chevelu lisse et non squameux le diagnostic est parfois difficile avec une plaque de pelade, de trichotillomanie ou après abus de soins capillaires, d'autant qu'il peut exister des formes associées.

Un tableau permet de distinguer schématiquement les trois étiologies (cf. tableau).

**Figure 11:** Alopécie après **métastases d'origine utérine (patiente de 72 ans).**

## CONCLUSION

En règle générale le diagnostic d'alopécie cicatricielle est cliniquement facile.

Le diagnostic étiologique est parfois difficile devant la multiplicité de certaines causes et les mystères pathogéniques d'autres causes.

Nous verrons dans un prochain numéro les différentes possibilités thérapeutiques tant préventives que médicales curatives et chirurgicales. ■

* PARIS


**DERMATOLOGIE PRATIQUE**

Edité par
**L.E.N. Médical**
48 bis, avenue Kléber
75116 PARIS
Tél. 47 55 06 06
Télex 640 748
Télécopie 47 55 69 41

**Conseil scientifique**
Pr. A. Puissant
Pr. C. Beylot
Pr. J.-L. Bonafé
Dr C. Demay
Pr. Ph. Lauret
Pr. J. Sayag
Pr. M. Weber

**Directeur de la rédaction**
Dr. C. Oliveres-Ghouti

**Directeur de la publication**
Dr. L. Elgozi

**Secrétaire de rédaction**
K. Joussaume

**Chefs de publicité**
J. Amsellem-Bruna
Isabelle Pérochon

**Maquette**
J. Solvignon

CESSIM


# NOUVEAU LIVRE

## Chirurgie dermatologique pratique

Les Laboratoires Pierre Fabre Dermatologie sont heureux d'annoncer la parution du **2e tome** de l'ouvrage des **Docteurs Ascher, Bonvallot, Bui et Diner** intitulé :

**«Chirurgie Dermatologique pratique»**

La conception de ce livre est totalement novatrice : avant tout fondé sur le pragmatisme, il a pour but de proposer des attitudes et des solutions pratiques aux différents problèmes posés en chirurgie dermatologique.

Les gestes et procédés chirurgicaux sélectionnés sont fiables, reproductibles, et réalisables sous anesthésie locale.

L'accent est mis sur les «recettes» souvent négligées dans les traités théoriques et pourtant tellement indispensables.

Dans le même esprit, un effort tout particulier a été fait afin de faire bénéficier l'ouvrage de très nombreux schémas descriptifs et originaux, ainsi que d'une iconographie abondante, de qualité.

Le **tome I** paru en 1987 comporte les généralités indispensables détaillant matériel, anesthésie, gestes de base...

Le **tome II** peut être considéré comme la pierre angulaire de l'ensemble.

Il est consacré à l'analyse des difficultés rencontrées dans l'abord de chaque région anatomique avec leurs pièges respectifs et les solutions chirurgicales qui en découlent.

**Un troisième tome** est en cours de préparation, s'ouvrant sur certains procédés particuliers trouvant des applications en chirurgie dermatologique comme le laser, la dermabrasion, le filling...

L'ensemble de ces 3 tomes souhaite constituer non seulement une assistance à la décision chirurgicale mais surtout un véritable manuel d'artisanat chirurgical. ■