



# Chute de Cheveux et Alopécies de l'Enfant

Réunion ASFODER-AFCPA

23.01.14

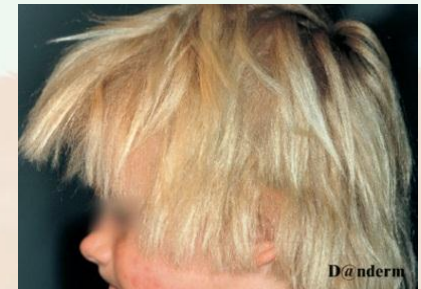
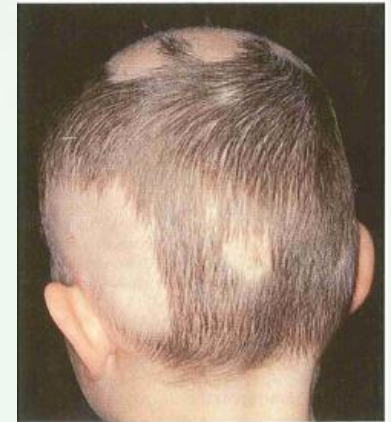
Guichard Alexandre + Puzenat Eve

# Classification des chutes de cheveux de l'enfant les plus fréquentes, en fonction de la clinique

- **Chutes de cheveux localisées non cicatricielles**: pelade, teigne, trichotillomanie, alopecie de traction, alopecie triangulaire, cheveux en anagènes isolés
- **Chutes de cheveux localisées cicatricielles** : aplasie (cutis) congénitale, infection fongique, bactérienne ou virale profonde, alopecie cicatricielle mécanique, chimique ou physique
- **Chute de cheveux acquises** : « cheveux à bulles », trichorrhexis nodosa
- **Chutes diffuses non cicatricielles** : effluvium télogène, pelade universelle ou totale, cheveux en anagènes isolés, hypo et atrichies congénitales
- **Chutes diffuses cicatricielles** : kératose folliculaire spinulosa décalvante, pseudo pelade de Brocq
- **Malformation génétique du cheveu** : trichorrhexis nodosa, monilethrix, pili torti, trichorrhexis invaginata (Syndrome de Netherton), Syndrome de Menkes, trichothiodystrophie, dysplasie ectodermique

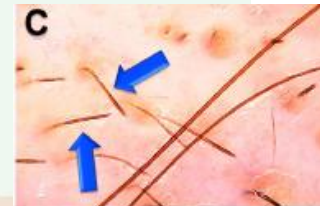
# Consultation

1. 1<sup>ère</sup> question : A t il eu déjà les cheveux normaux?
  - Oui : acquise (alopécie ou dermatose du cuir chevelu)
  - Non : innée (hypotrichie) avant la 1<sup>ère</sup> année de vie
2. Examen clinique du cuir chevelu et des autres poils
3. Prélèvement d'une mèche de cheveux par arrachage



# Examen clinique

- Macroscopique :
  - Alopécie diffuse ou localisée? (hypotrichie, effluvium télogène/pelade, trichotillomanie, traction)
  - Chute massive ou pas? (effluvium télogène)
  - Peau glabre ou cheveux cassés courts? (pelade/teigne)
  - Si localisée : forme ovale circonscrite, ou forme géométrique ou singulière (pelade/trichotillomanie)
  - Squames?
    - Sèches
    - Grasses
  - Prurit?
  - Erythème?
  - Pétéchies : trichotillomanie



- Trichoscopie :
  - Points noirs, jaunes, d'exclamation : pelade
- Microscopie (prélèvement mèche):
  - Anomalies de la tige : alopécie congénitale ou parfois acquise
  - Variation des diamètres (anisotrichose) : AAG
  - Lumière polarisée : alternance de bandes (queue de tigre) : trichothiodystrophie

- Trichogramme



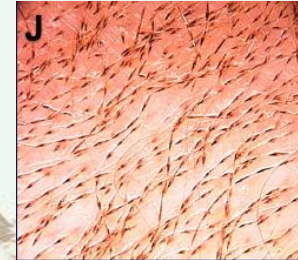
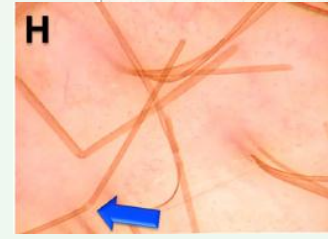
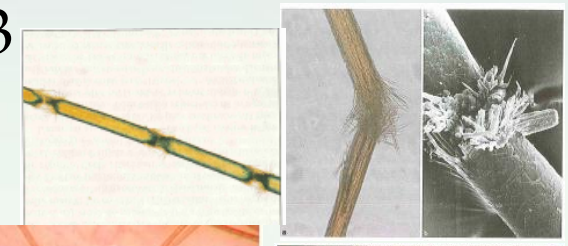
# Alopécies ou hypotrichoses congénitales

- Anomalies congénitales induisant fragilité, fractures, irrégularité le long de la tige
- Isolée ou dans un syndromique, ne pas se limiter au cheveu et rechercher alors : retard mental, physique, anomalie dentaire, unguéale, oculaire, kératose pilaire, ichtyose, troubles de la sudation, examiner autres poils
- Anomalie génétique (composition du cheveu, déficit enzymatique, troubles du métabolisme ou défaut/anomalie de synthèse de kératine)
- Recherche génétique chez parents
- Pas de traitement sauf symptomatique : limiter la traction lors des brossages, et lavage, limiter le séchage à chaud
- Corriger les carences (zinc, biotine, arginine, soufre, cuivre, hypothyroïdisme)
- Cosmétiques (après shampoings) et compléments alimentaires peuvent contribuer à renforcer la tige pilaire
- Parfois correction à l'adolescence et pendant grossesse

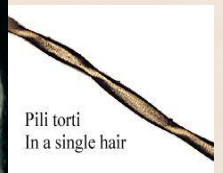
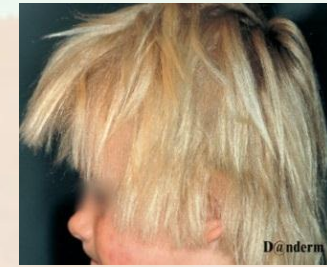


# Les principales hypotrichoses congénitales 1/3

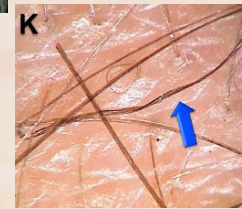
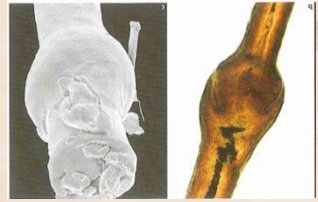
- Trichorrexis nodosa congénital. Au début, épais et devient fragile dans la première année. Alopécie partiel par fracture, cheveux courts, tige pileuse en poil de brosse. Isolé ou dans différents syndromes (Netherton, Menkes, Tay, Basex-Dupré-Christol)
- Monilethrix : alternance renflement/étranglement de la tige pileuse (collier de perle) + papules érythémateuses, kératose folliculaire, cheveux cassés et de différentes longueurs niveau occiput. Cheveux et autres poils dans formes sévères (J)
- Pili torti, zone aplatie et rotation de 180° sur l'axe longitudinal, répartition irrégulière. Pili torti sur qq cheveux peut être normal. Isolé ou dans Sd de Menkes(K)
- Trichorrexis invaginata, cheveu en « bambou », nodule conduisant à la fracture distribuées de manière irrégulière, cheveux fragiles restent courts. Parfois signes plus visibles sur duvet que sur cheveux, signe pathognomonique du Sd de Netherton



Monilethrix



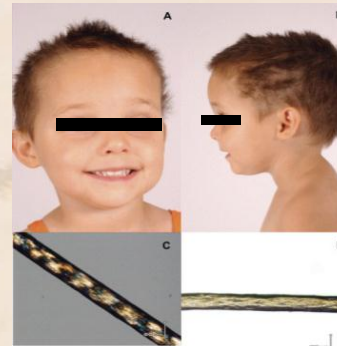
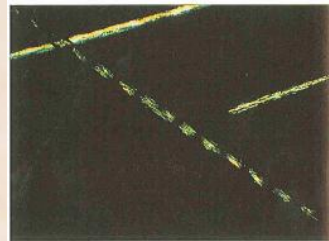
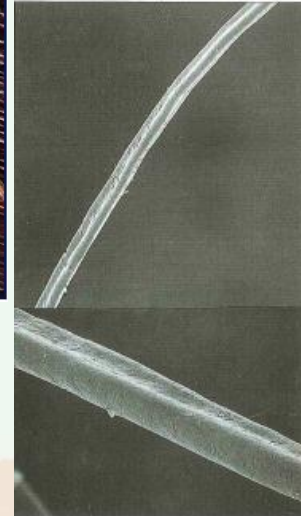
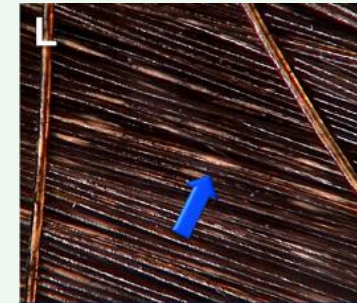
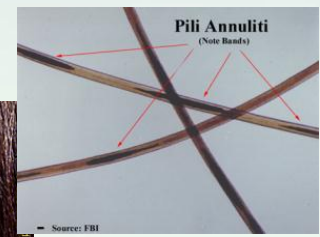
Pili torti  
In a single hair



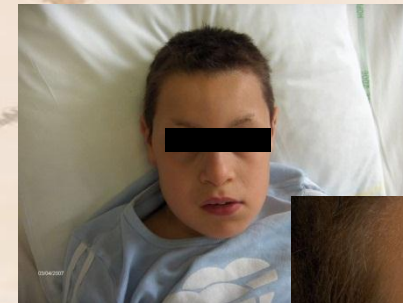
Trichorrhexis invaginata

# Les principales hypotrichoses congénitales 2/3

- Pili annulati. Alternance de bande sombre et claires sans torsion, pas fragile mais une aspect atypique. Associé au syndrome des cheveux laineux.
- Pili canaliculi ou trianguli. Cheveux secs, ternes, mats, non fragiles, clairs, abondants, incoiffables, en « fibre de verre », parcouru par un ou plusieurs canaux creusés tout au long de la tige. Syndrome des cheveux incoiffables
- Trichothiodystrophie, cheveux courts et cassants. Cils, sourcils, poils peuvent être affectés. Associé à retard mental/physique variable, dysplasie dentaire, unguéale, cataracte, ichtyose, prématurité. Alternance de bandes sombre et brillantes en lumière polarisée (queue de tigre) (peut être absent au début de la vie mais concentration en soufre diminuée)



Trichothiodystrophie

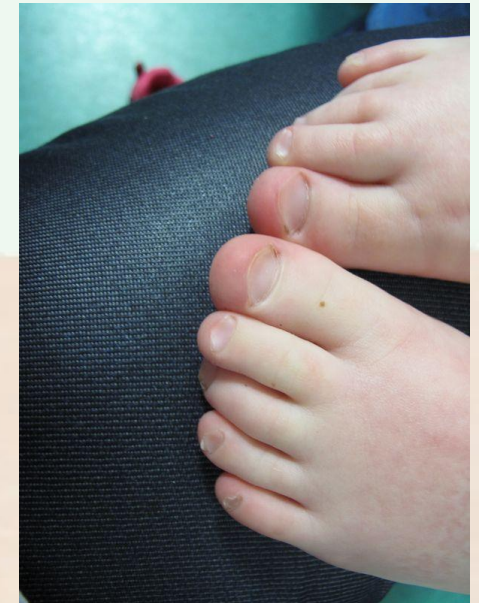




# Les principales hypotrichoses congénitales 3/3

## Dysplasies ectodermiques

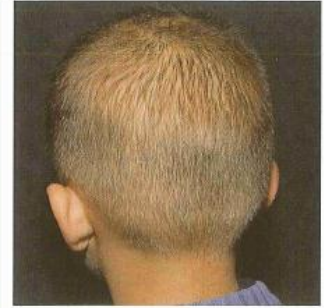
- Famille regroupant de nombreuses pathologies (env 160)
- Poils , dents, peau, sueur
- Diagnostic de dysplasie quand au moins 2 signes





# Le syndrome des cheveux en anagène isolés

- Les cheveux poussent très peu et ces enfants ne vont pas chez le coiffeur.
- Les cheveux s'arrachent facilement à la traction, sans douleur. Pas de chute spontanée.
- Du à une altération du système de support et d'ancrage à la gaine épithéliale interne y est altérée.
- S'observe le plus souvent chez des sujets blonds ou blond foncé.
- Souvent fillettes de 2 à 5 ans
- Le trichogramme permet d'affirmer le diagnostic : les cheveux sont tous de type anagène et dépourvus de leur gaine, avec des bulbes anagènes tordus + absence gaine épithéliale + cuticule enroulée, frisée partie proche du bulbe. Le diagnostic différentiel est la pelade.
- Il n'y a pas de traitement, il faut simplement éviter de tirer sur les cheveux ; l'aspect s'améliore avec l'âge.



# Pelade

(Alopecia Areata)

- Plaque alopécique ronde/ovale bien limitées de taille variable (qq cm)
- Le plus souvent unique
- Mais des formes totale ou universelle
- Pas cicatricielle mais si zone glabre!!
- Souvent asymptomatique
- Maladie auto-immune de système
- Atteinte unguéale en dés à coudre
- Diagnostic :
  - Clinique
  - Trichoscopie:
    - non cicatriciel avec persistance des orifices
    - Cheveux cadavérisés en périphérie (points noirs)
    - Cheveux en points d'exclamation ou batte de baseball (cassés avec base amincie)
    - Points jaunes (infundibulum remplis de débris, kératine et de sébum)
  - Test traction positif quand pelade active
- Mauvais pronostic si :
  - Avant puberté
  - ATCD familial
  - Ancienne : >2ans
  - Forme étendue
  - Atteinte de l'ongle
  - Associé à autre MAI
- Récidives fréquentes
- Pas d'examen paraclinique ni bilan de maladie auto-immune (même si la fréquence de maladie auto-immune associée (vitiligo, dysthyroïdies) semble augmentée)

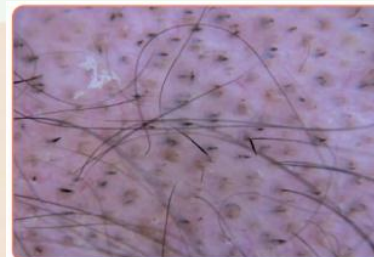
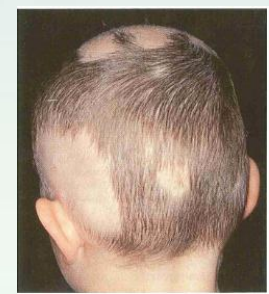
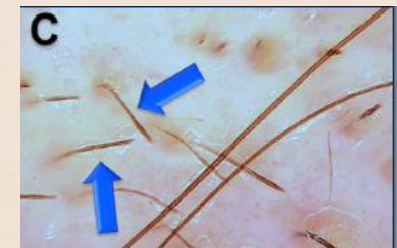
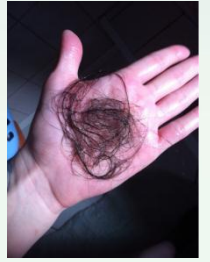


Figure 2. Pelade aigue avec nombreux cheveux dystrophiques et points jaunes.

Dr Assouly



# Effluvium télogène



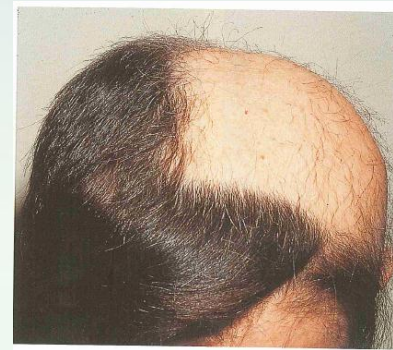
- Chute cheveux brusque, abondante, diffuse
- Aiguë ou chronique
- Facteurs retrouvés 2-4 mois avant la chute :
  - carence en fer,
  - dysthyroïdies,
  - infection systémique avec forte fièvre,
  - chirurgie avec AG
  - médicamenteuse (anticonvulsivant, anticoagulant, antidépresseurs, chimiothérapie...)
  - ou moins fréquent : malnutrition, malabsorption, anomalies rénale ou hépatique





# Trichotillomanie

- Tic d'épilation des cheveux
- Fréquente chez l'enfant
- Durée moyenne env 4,6mois
- Souvent limitée et de bon pronostic.
- Clinique :
  - Les cheveux ont des longueurs différentes.
  - Le cuir chevelu est normal (ni inflammatoire, ni érythémateux, ni squameux ni atrophique)
  - Lésion unique ou multiple, presque alopecique, principalement pariétale et vertex
  - Forme des lésion géométrique ou singulière
  - Possible présence de pétéchies au niveau de l'émergence du cheveu
  - Les cheveux résistent à la traction (≠ pelade)
  - Il existe des formes étendues et une prise en charge psychiatrique doit alors être systématique.
  - Autres poils rarement atteints
  - Onychophagie peut être associée
- Histologiquement il existe une trichomalacie, des cheveux cassés à l'intérieur des follicules, des hémorragies intrafolliculaires, de nombreux cheveux catagènes et une absence de signe inflammatoire.
- Trichogramme : nombre de cheveux terminaux normal, un faible nombre de cheveux duvets et une augmentation du nombre de cheveux catagènes et télogènes.



# Fausse teigne amiantacée

= *Pityriasis amiantacea*

- Mode réactionnel particulier non spécifique qui peut trouver son origine dans plusieurs affections ; plus qu'une pathologie à part entière :
  - Psoriasis (souvent première manifestation isolée de pso chez l'enfant)
  - Dermite séborrhéique
  - Dermo-epidermite microbienne streptococcique
- Dermite du scalp est assez fréquente et souvent récidivante.
- Elle n'est pas habituellement alopeciante, bien que la traction du cheveu soit parfois positive.
- **Clinique :**
  - Présence de façon diffuse ou par plaques de squames épaisses et sèches, blanchâtres, à reflets brillants argentés, adhérentes, agglutinant et plaquant les cheveux
  - Le prurit et tics d'arrachement des squames peut entrainer des cassures voire raréfaction (d'où la confusion avec teigne tondantes)
- Traitement :
  - Décapage des lésions avec préparation magistrale à base de 8 à 10% (ou 3 à 5% si étendu) d'acide salicylique dans Onguent Laroche-Posay ou Diprobase crème ou Excipial Hydrocrème. 3 à 4 soirs de suite sous bonnet de bain (occlusion + protection literie). Puis laver avec shampoing réducteurs à base d'ichtyol et/ou huile de cade (Alphacade, Kertyol, Nodé DS...)
  - Si psoriasis : dermocorticoïdes d'activité modérée crème ou gels (locapred, locoid) le soir.
  - Si DS : shampoings antifongique (Ketoderm, Sebiprox, Kelual DS...)
  - Si ni DS, ni pso et suintant = origine infectieuse : décapage + antiseptique gel (Hexomédine® ou diaseptyl®) + shampoing réducteur. Si récurrence rapide ou impossibilité d'obtenir décapage complet : antibiothérapie générale à base de macrolides (Josamycine, erythromycine) ou Penicilline V pendant 6-15j.  
Si échec -> pso -> dermocorticoïdes

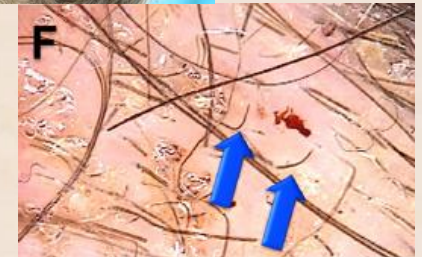




# Teigne

## *Tinea capitis*

- Dermatophytie très contagieuse (*Microsporum canis*, *Trichophyton tonsurans* *Trichophyton audunii*)
- Contamination par contact direct : chat, cochon d'inde et indirect (objet, homme-homme)
- Clinique :
  - Sèche :
    - Tondante :
      - A grande plaque (=microsporique): (4-6 cm) tache rose qui se couvre de squames fines, poudreuses, cendrées et les cheveux cassent à quelques millimètres de leur émergence (sensation rugueuse). Tous les cheveux de la lésion sont touchés.
      - A petite plaques (=trychophytique) , début insidieux, ne touchent que certains cheveux. Cheveux coupés ras, aspect de comédon, points noirs + squames, alopecie diffuse
    - Favique : plaques croûteuses surélevées, grises, jaunâtres ou jaune soufre, irrégulières de contour, d'étendues variables. Alopecie cicatricielle
  - Inflammatoire (Kerion). Croute squameuse, pustule, gonflement, érythème, suppuration, douleur. Guérison spontanée après expulsion des cheveux infectés.
- Diagnostic:
  - Clinique
  - Trichoscopie
  - Lumière de Wood (pas toujours positif!!! Dépend de l'espèce)
  - Culture

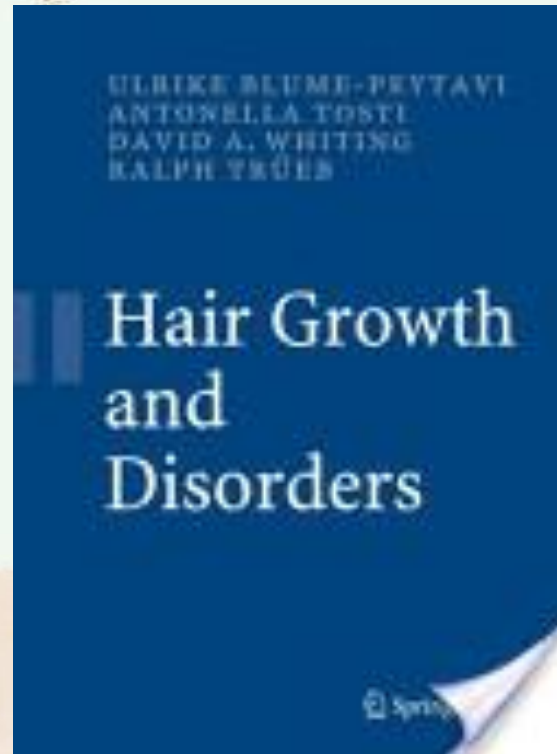




# Conclusion

- Interrogatoire et examen clinique importants
- Importance des antécédents personnels et familiaux
- Ne pas se restreindre aux cheveux  
-> rechercher d'autres signes associés
- Bien différencier alopecies innées et acquises
- Savoir adresser au dermatologue

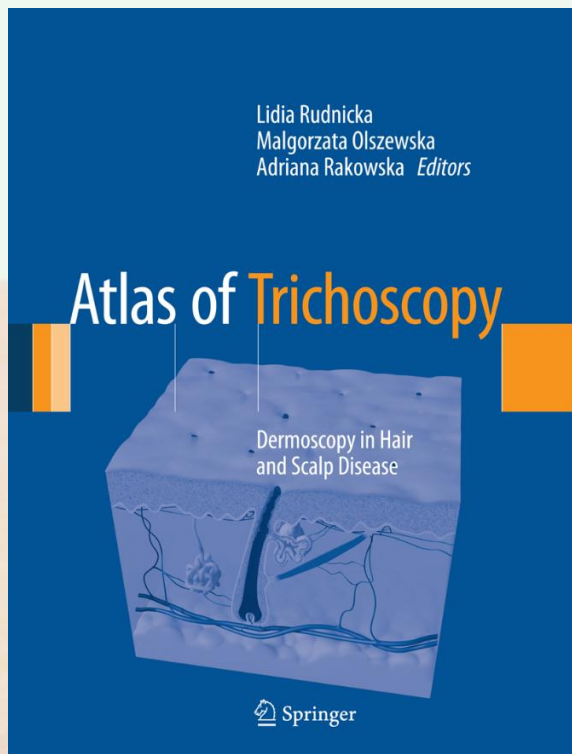
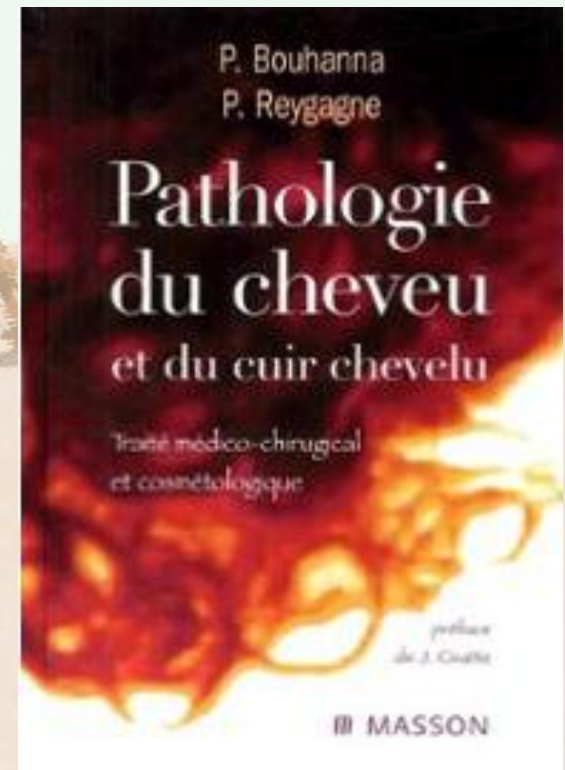
# Pour aller plus loin...



Trichologie: maladies du follicule  
pilosébacé

[FRANCISCO CAMACHO MARTINEZ](#),  
[WILLIAM MONTAGNA](#)

Grupo Aula Medica, 1997 –  
767 pages



# Diagnostic principaux des chutes de cheveux de l'enfant selon l'âge

1-3 ans	4-11 ans	12-18 ans
Anomalie génétique de la tige pileaire	Chute auto-immune ou post-inflammatoire	Chute auto-immune ou post-inflammatoire
Hypotrichie, atrichie et aplasie congénitale	Anomalie acquise de la tige pileaire	Chute localisée acquise non cicatricielle
Infection du cuir chevelu (rare)	Infection du cuir chevelu	Alopécie androgénogénétique et dysrégulation hormonale
Chute auto-immune ou post-inflammatoire (rare)	Chute diffuse acquise non cicatricielle	Chute diffuse acquise non cicatricielle
	Hypotrichie congénitale (rare)	Alopécie cicatricielle (rare)