

UNE ALOPÉCIE EN LISIÈRE CUIR CHEVELU D'UNE PATIENTE DE 73 ANS

Diagnostic par l'image



Dr Pierre Frances¹, Dr Roland Briche², Martin Sansquier³, Marine Ranger⁴

PRÉSENTATION DU CAS

Nous voyons en consultation une patiente de 73 ans qui présente un problème d'alopecie.

Tout a commencé à la suite d'une coupe de cheveux chez son coiffeur. Ce dernier s'est rendu compte que cette personne présentait une alopecie frontale.

La patiente ne pouvait que très difficilement la remarquer. En effet, sa chevelure assez fournie permettait de recouvrir le front.

En examinant cette personne, nous remarquons au niveau dermatologique :

- la présence d'une **alopecie frontale** qui prend l'aspect d'un bandeau. Cette zone est tout à fait dépourvue de follicules pileux (Fig. 1),

- l'existence d'un **érythème** et d'une **hyperkératose** autour des cheveux à proximité de la zone atteinte (Fig. 2, flèche verte),

- un **contraste entre la zone glabre de poil** qui est lisse comme la peau d'un bébé, et le **reste du visage** qui est plus ridé (Fig. 3 et 4),

- la **disparition des sourcils** (queue du sourcil) (Fig. 4, flèche verte).

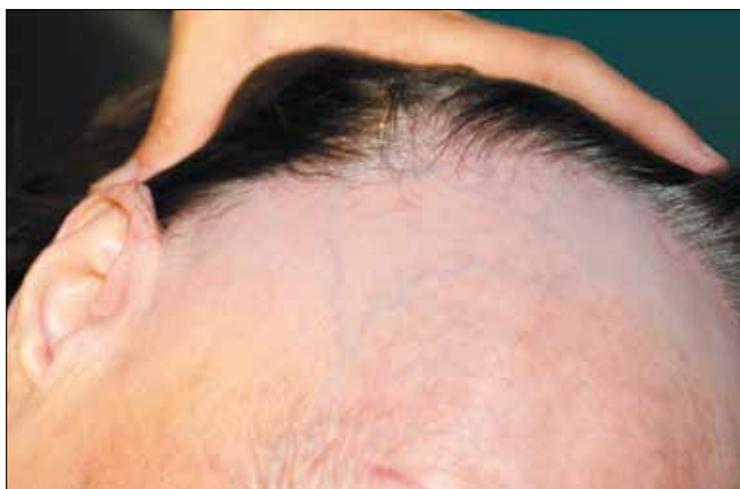


FIGURE 1 - Bande dépourvue de cheveux au niveau du front.



FIGURE 2 - Hyperkératose et érythème au niveau perifolliculaire (zone fléchée en vert).

Cette entité, survenant chez une femme en post-ménopause, est pathognomonique d'une alopecie frontale fibrosante.

L'ALOPÉCIE FRONTALE FIBROSANTE

Cette dermatose rare a été décrite pour la première fois par Kossard

¹Médecin généraliste, Banyuls-sur-mer
²Dermatologue, Perpignan
³Interne en médecine générale, Montpellier
⁴Externe, Montpellier

en 1994 [1].

Elle porte le nom d'**alopécie fibro-sante post-ménopausique**, car elle a été observée chez des patientes ayant plus de 50 ans [1, 2]. En effet, cette entité touche dans plus de 80 % les femmes de plus de 50 ans. Cependant, il est possible de rencontrer cette alopécie chez les femmes jeunes (17 % des cas), les hommes (3 % des cas), et des formes familiales ont également été décrites (6 % des cas) [3]. L'incidence et la prévalence de cette forme d'alopécie ne sont pas établies de manière précise du fait d'une importante sous-évaluation [2].

Son origine reste encore obscure, mais il est certain qu'à la base de cette alopécie, nous retrouvons une destruction du follicule pileux. Ce phénomène est secondaire à une réaction inflammatoire due aux cytokines pro-inflammatoires (interféron notamment), et aussi à une majoration des phénomènes d'apoptose qui touchent les follicules pileux [4].

Certains auteurs ont permis d'identifier une déficience génétique qui induit une réduction de la production du *peroxisome proliferator receptor* (PPAR). Ce déficit engendre un trouble du métabolisme des lipides, lipides qui jouent un rôle prépondérant dans le fonctionnement des glandes sébacées [2-4].

Cliniquement, nous retrouvons une zone glabre de cheveux en bande. Cette bande est très symétrique et ceinture l'ensemble de la zone frontale (aspect de recul fronto-temporal) [3, 4]. Cette limite alopeciante a une taille qui varie entre 3 et 8 cm [2].

Le plus souvent, la partie atteinte par cette dermatose présente un aspect nacré qui se différencie du

tissu cutané du visage qui est plus ridé et pigmenté [2, 3].

Cette différence s'explique par une modification de l'élasticité de la zone atteinte [5].

Au niveau de la frontière entre la zone non atteinte et cette partie dépourvue de follicules pileux, nous pouvons remarquer la présence d'un érythème périfolliculaire, mais aussi parfois une hyperkératose [6].

En parallèle, il est possible d'observer une chute des sourcils dans une proportion qui varie entre 50

et 75 % des cas, précédant celle des cheveux [2-4]. Une perte de la pilosité axillaire ou du reste du corps est possible, bien qu'elle se rencontre plus rarement [5].

D'autre part, les patients peuvent éprouver une sensation de cuisson, ou se plaindre d'un prurit le plus souvent très modéré [3].

■ EXAMENS DIAGNOSTIQUES

La réalisation d'un **prélèvement anatomopathologique** n'est pas systématique, cependant, si cet examen est effectué, il permet de



FIGURE 3 - Contraste entre zone alopecique lisse et brillante, et le reste du visage plus ridé, et plus pigmenté.



FIGURE 4 - Absence de pilosité au niveau de la queue du sourcil (zone fléchée en vert).

voir des similitudes entre cette dermatose et le lichen plan pileaire [2-6]. De ce fait, pour de nombreux auteurs, l'alopecie fibrosante serait une variante du lichen plan pileaire [3].

L'**examen histologique** permet de mettre en évidence un infiltrat constitué de lymphocytes au niveau du collet du follicule pileaire. On note aussi la présence de kératine, ainsi qu'une altération de la couche basale [7]. En évoluant, cette alopecie se caractérise par une majoration des cloisons fibreuses qui prennent la place des follicules pileux [2-7].

Au **niveau immunohistochimique**, nous retrouvons la présence de lymphocytes T au niveau périfolliculaire. Ces lymphocytes ne présentent pas de différence significative par rapport au lichen plan pileaire.

■ PLUSIEURS DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS PEUVENT ÊTRE ÉVOQUÉS [2-4]

1/ Le **lichen plan pileaire multifocal**. Dans cette situation, nous remarquons des placards de zones alopeciques qui évoluent, donnant des zones ovalaires alopeciques de manière asymétrique. En parallèle, il existe d'autres atteintes (ongles, muqueuses notamment). Cette description diffère de l'alopecie fibrosante qui est symétrique, et n'atteint pas d'autres parties du corps.

2/ La **pelade**, qui peut donner une alopecie lisse. Cependant, il est exceptionnel d'observer une limitation aussi nette et symétrique au niveau frontal.

3/ Le **syndrome de Graham Little Picardi Lassueur**. Dans ce cas de figure, l'atteinte du cuir chevelu n'est pas isolé. Il existe en parallèle une kératose périfolliculaire

qui concerne toutes les zones pileuses de l'organisme du patient, contrairement à l'alopecie fibrosante qui reste isolée.

4/ L'**alopecie liminaire frontale**. Elle est secondaire à des tractions répétées des cheveux (lors de la coiffure notamment). Ce comportement induit une modification de la ligne d'implantation des cheveux. Cependant, cette situation concerne les patientes plus jeunes. De plus, on ne met pas en évidence, dans ces cas, d'érythème périfolliculaire, car il ne s'agit que d'un problème mécanique.

5/ L'**alopecie androgénétique féminine** qui touche le vertex frontal. Contrairement à l'alopecie fibrosante, il existe une prédominance de cette alopecie au niveau latéral avec une prééminence de golfes temporaux dépourvus de poils. Cette alopecie évolue progressivement, et le plus souvent se stabilise quasi définitivement au bout de quelques années [3].

■ TRAITEMENTS

Parmi les traitements utilisés et référencés dans les études rétrospectives dans cette dermatose, la 5 α réductase (dutastéride) est le traitement le plus classique. Il permet d'obtenir dans près de 45 % des cas une amélioration clinique [8].

Cependant, d'autres procédés peuvent être choisis : l'hydroxychloroquine, le tacrolimus ou la prednisone.

A contrario, les traitements topiques comme les rétinoïdes ou les corticoïdes n'ont pas d'effet sur cette pathologie. Il en est de même lorsqu'un traitement hormonal substitutif de la ménopause est prescrit [2, 8, 9].

Il est possible d'effectuer un trai-

tement chirurgical de cette alopecie (reconstruction capillaire par transplantation de greffes en provenance de la région occipitale). Toutefois, ce traitement peut exposer à une reprise évolutive de la pathologie. En effet, une inflammation peut survenir à la base des follicules pileux, et compromettre de ce fait l'action thérapeutique [3]. ■

Correspondance

Pierre Frances
Médecin généraliste
1 rue Saint-Jean-Baptiste
66650 Banyuls-sur-mer
frances.pierre66650@gmail.com

✘ Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

MOTS-CLÉS

Alopecie frontale fibrosante, Cuir chevelu, Diagnostic différentiel, Érythème, Cheveux, Poils

Bibliographie

1. Kossard S, Lee MS, Wilkinson B. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia: a frontal variant of lichen planopilaris. *J Am Acad Dermatol* 1997 ; 36 : 59-66.
2. Bouhanna P. Alopecie frontale fibrosante postménopausique. *Revue Dermatologique du Cheveu* 2015 ; 8 : 22-6.
3. Saurat JH, Lipsker D, Thomas L et al. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. Elsevier Masson 2017.
4. Tosti A, Piraccini BM, Iorizzo M, Misciali C. Frontal fibrosing alopecia in postmenopausal women. *J American Acad Dermatol* 2005 ; 52 : 55-60.
5. Assouly P. Alopecie frontale masculine. *Images en Dermatologie* 2012 ; 5 : 132-5.
6. Heyer M, Stemm AV, Meigel W. Band-like alopecia of the forehead-hair zone : postmenopausal frontal fibrosing alopecia. *Hautarzt* 2002 ; 53 : 749-50.
7. Claude V, Blancher P, Grossin M, Henin D. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia : report of 3 cases. *Ann Pathol* 2002 ; 22 : 328-30.
8. Racz E, Gho C, Moorman PW et al. Treatment of frontal fibrosing alopecia and lichen planopilaris : a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2013 ; 27 : 1461-70.
9. Fertig R, Tosti A. Frontal fibrosing alopecia treatment options. *Intractable Rare Dis Res* 2016 ; 5 : 314-5.