

•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

Actualités sur la prise en charge des alopécies cicatricielles du cuir chevelu:

Dr Pascal Reygagne Centre de santé Sabouraud

Hôpital Saint-Louis, Paris.



•
•
•

Alopécie cicatricielle :

Cuir chevelu lisse : les limites...

- Orifices pilaires visible dans les formes inflammatoires débutantes.
- Ostium dilaté et très visible dans le lupus érythémateux chronique.
- Ostium invisible au cours des alopécies androgénétiques évoluées et au cours des pelades anciennes.

Alopécies cicatricielles, classification (2)

• PRIMAIRE

- lichen plan pilaire
- lupus chronique
- pseudopelade de Brocq
- syndrome de dégénérescence folliculaire
- mucinose folliculaire
- folliculite décalvante
- folliculite disséquante
- folliculite en touffe
- acné nécrotique
- teignes

• SECONDAIRE

- affections héréditaire ou congénitale: aplasie cutanée, harmartome, hypotrichose congénitale, etc...
- morphee, sclérodermie, lichen scléro atrophique.
- infiltrations tumorales, basocellulaire, spinocellulaire, angiosarcome, métastases...
- infiltrations granulomateuses: sarcoïdose, amylose, nécrobiose lipoïdique, infections
- alopécies physique ou chimique, radiodermite, nécrose vasculaire
- pustulose érosive du scalp

Alopécie cicatricielle primaire

• Lymphocytaire

- lichen plan pilaire
- lupus cutané chronique
- pseudopelade de Brocq
- syndrome de dégénérescence folliculaire
- AAG avec évolution cicatricielle
- mucinose folliculaire

• Neutrophilique

- folliculite décalvante
- folliculite en touffe
- folliculite disséquante
- acné nécrotique
- folliculite fibrosante
- teigne du cuir chevelu

LPP: signes cliniques

- femme âge moyen, insidieux.
- Nombreuses plaques atrophiques expansives coalescentes.
- Partout sur le cuir chevelu
- Erythème perifolliculaire violacé, Hyperkeratose folliculaire.
- Folliculite en touffe possible
- Test à la traction positif avec cheveux fragmentés
- Récidive périphérique
- Lichen plan cutané ou muqueux associé rarement (17 à 28%)



Persistance de cheveux au sein des plaques
centre Sabouraud

LPP: Histologie

- Infiltrat lichénoïde autour de l'infundibulum:
 - Isthme et infundibulum 80%
 - Bulbe 50%
- Infiltrat lichénoïde interfolliculaire possible
- Fibrose périphérique
 - Isthme et infundibulum 47%
 - Bulbe 87%
- IF directe : corps cytoïde positif en IgM et C3 (40%)
- Stade tardif : bandes fibreuses verticales

•
•
•

LPP : Traitement

- **Dermoveal gel** X 2 /jour 1 mois
puis X1 /j 1 mois, puis 1 jour/2
4mois
- **Kénacort** in situ mensuel, dilué
à 10mg/ml.

Lichen PP : le Plaquenil est-il efficace ?

- Etude ouverte sur 6 mois
- 12 Patients LPP ou PP (clinique et histologique)
- Hydroxychloroquine 400mg/jour - 6 mois
- Suivi clinique (photo) et macrophotographique
- 3/12 stabilisations cliniques mais -15% -5% et -4% en compte
- 12/12 aggravations macrophotographiques
 - Baisse moyenne du compte de cheveux de 14%
- Evolution à l'arrêt : pas suivie ; sentiment d'aggravation ?

NON

C Jouanique et al : Congrès mondial de Tokyo 2002

- Etude Mayo Clinic: 2 amélioration sur 9 cas

D Mehregan et al : Jaad 1992;27:935-42

•
•
•

Lichen PP : l'acitrétine est-elle efficace ?

- Etude ouverte sur 6 mois
 - 8 Patients LPP (clinique et histologique)
 - Acitrétine **30mg/jour** - 6 mois
 - Suivi clinique (photo) et macrophotographique
 - 6/8 aggravations cliniques et macrophotographiques
 - Effluvium télogène diffus important 8/8
- NON**

C Jouanique et al : Congrès européen de Marbourg 2003

Doses plus faibles ?

Associé aux APS ?

•
•
•

Lichen plan pilaire : Thalidomide?

- **Thalidomide 100mg/jour**

- 4 cas

- Pas de stabilisation

- Une neuropathie

NON

C Jouanique et al : Congrès européen de Marbourg 2003

-
-
-

LPP : The best treatment today ?

Inflammation clinique

+

Infiltrat lymphocytaire



Corticothérapie

Systemique

LPP : ciclosporine en cure courte?

- 3 patients de 47, 63 et 68 ans ; LPP depuis 1, 8 et 2 ans
- Echec de Plaquenil + Kenacort IL + corticoïde topique
- Ciclosporine 300mg/j 3 mois(n=2) 5 mois(n=1)
- 3 critères de jugement : disparition des SF, Arrêt extension (avis patient et médecin), disparition des signes locaux
- 2 rémissions persistantes à 1 an sans traitement
- 1 rechute à 3 mois (prurit) traitée par tacrolimus 0,1%

• *OUI mais..*

Jaad 2003;49:667-71

•
•
•

LPP et ciclosporine: notre expérience

- 13 LPP traités par ciclosporine
- Janvier 2004 à Juin 2006
- 31 à 59 ans
- 8 femmes et 5 hommes
- Diagnostic: clinique et histologique +/- IF
- LPP évoluant depuis 1 à 19 ans

Résultats cliniques

Taux de succès: $10/13 = \underline{77\%}$

- Réponse clinique complète
 - $8/13 = 54\%$
- Réponse clinique partielle
 - $2/13 = 23\%$
- Doses efficace : 250 mg – 400 mg
- Dosage $< 3,5\text{mg/kg/jour}$ jamais efficace
- 4 mois à 8 mois

-
-
-

Résultats : évolution clinique

Taux de rechute: 6/10 = 60%

- 3 rechutes rapides en cas de rémission partielle:
 - 3^{ème} mois
 - 4^{ème} mois
 - 5^{ème} mois
- 3 rechutes sur 7 réponses complètes :
 - 3^{ème} mois
 - 4^{ème} mois
 - 5^{ème} mois

•
•
•

Lichen plan pilaire et ciclosporine

- Dose optimum de 4 à 5mg/kg
- Durée de 4 mois
- Taux de réponse de 77%
- Taux de rechute à 6 mois de 60%
- Option thérapeutique
- Alternative à la corticothérapie générale
- Intérêt du Cellcept mieux toléré

LPP : Traitement

- **Dermoveal gel** X 2 /jour 1 mois puis X1 /j 1 mois, puis 1 jour/2 4mois
- **Kénacort** in situ mensuel, dilué à 10mg/ml.
- **Etrétinate** 10mg/jour +/- **Hydroxychloroquine**
- **Prednisone *per os*** 1mg/kg 15 jours diminué sur 4 à 6 mois.
- **Ciclosporine** 4 à 5 mg/kg 4 mois

AFFPM en couronne

- Femmes, le plus souvent post ménopausique
- Atteinte frontale et les tempes, symétrique et en bandeau
- Erythème et hyperkératose folliculaire en bordure lors des périodes d'activité
- Extension lente sur des années
- Alopécie non cicatricielle des sourcils
- Histologie de LPP souvent peu spécifique



Ann Dermatol Venereol 2003;130:607-10
centre Sabouraud

Un traitement pour les alopecies frontales fibrosantes (post ménopausiques)

- Acétonide de triamcinolone 20 mg/ml tous les 3 mois (n=16)
- Minoxidil à 5% 1ml X 2/jour (n=7)
- Finastéride 2,5mg / jour (n=7)
- Suivi 12 à 48 mois
- Stabilisation 15 fois sur 16
- Amélioration de l'AAGF non corrélée à amélioration de l'AFFPM

Mesure sourcil-ligne frontale
Pas de mesure de densité
Pas de photo standardisées
Pas de contrôle

•
•
•

LEC du CC: diagnostic clinique

- Plaques bien limitées
- Erythème diffus
- Squames diffuses
- Pas d'atrophie centrale importante
- Récidive centrale
- Dilatation des ostiums
- Dyschromie, telangiectasie
- Atteinte visage et oreilles assez fréquente



LEC : histologie

- Infiltrats lymphocytaires modérés ou denses
- Topographie profonde, peribulbaire, annexielle (glandes éccrines) et vasculaire, dermique, parfois hypodermique
- Présence de plasmocytes
- Atrophie épidermique, bouchons cornés
- Epaissement de la membrane basale (PAS)
- Dégénérescence des cellules basales plus que nécrose
- Dépôts dermiques de mucine (Bleu Alcian)
- Immunofluorescence: bande lupique IgG, IgM, C3
 - Positive dans 63 à 100% des cas selon les séries

LEC: traitement

- First line: Photoprotection et Hydroxychloroquine 400mg/jour pour 70kg au moins 6 mois et corticothérapie locale très forte +/- intralésionelle.
- Second line : en cas d'échec à 4 semaines remplacer hydroxychloroquine par chloroquine ou si le LEC est très extensif **Prednisone** 3/4mg /jour 2 semaines diminué sur 3 mois.
- Third line: **Thalidomide** ou **Dapsone**
- Si traitement précoce, repousse possible

Pseudopelade de Brocq : clinique

- Érythème très discret
- CC lisse
- Non squameux
- Extension lente
- Plaques nombreuses confluentes et très légèrement déprimées
en pas dans la neige



Pseudo pelade de Brocq : Traitement

(Idem LP pilaire)

- **Dermoveal gel** X 2 /jour 1 mois puis X1 /j 1 mois, puis 1 jour/2 4mois
- **Kénacort** in situ mensuel, dilué à 10mg/ml.
- **Etrétinate** 10mg/jour +/- **Hydroxychloroquine**
- **Prednisone *per os*** 1mg/kg 15 jours diminué sur 4 à 6 mois.

•
•
•
Alopécie Centrale Centrifuge Cicatricielle du vertex

ACCCV: diagnostique clinique

follicular degeneration syndrome
central centrifugal scarring alopecia (hot comb alopecia)

- 10%, femme noires âge moyen +/- homme
- vertex, extension centrifuge
- fer chauds, chaleur, traction, défrisages
- alopécie cicatricielle sévère, non inflammatoire
- parfois folliculites (rôle des préparations grasses)

ACCCV: traitement

- Éviter chaleur excessive , défrisage, coloration, tractions, tresses, extensions.
- Éviter les préparation grasses
- Vérifier ferritine > 30ng/ml ou plus
- minoxidil 2% matin et soir
- minoxidil 5% chez homme ou si absence duvet du visage
- doxycycline 100mg/jour si pustules
- corticostéroïde niveau 1 si inflammation clinique
- Kénacort intralesionel et perruque ou postiche

•
•
•

Folliculite épilante de Quinquaud

- Folliculite alopéciant du CC
- Début fréquent au vertex
- Aggravation par poussées
- Pus et sang
- Prédominance des hommes et de race noire
- Possible atteinte des autres zones pileuses
- Atrophie importante



•
•

Traitement de la Folliculite épilante de Quinquaud

1) Cyclines 100 à 200mg/jour

Doxycycline, minocycline en 2^{ème} intention
6 mois si efficace ; 12 mois si recidive
relais par sels de zinc

2) Rifampicine et Dalacine sur 10 semaines

3) Autres antibiotiques

Penicillines M, pristinamycine, quinolones
Acide fusidique et sels de zinc

4) Isotrétinoïne n'est pas un traitement de choix

5) Dapsone n'est pas conseillée

centre Sabouraud

• • • • • • • •

•
•
•

Cellulite disséquante du scalp

- Homme adulte jeune souvent de race noire
- Abscès, pseudoabcès, zone suintantes et communicantes
- Isotrétinoïne 0,5 à 1 mg/kg 6 à 8 mois
- Antistaphylococcique le premier mois
- Récidives possible: nouvelle cure



(Ou encore : AB antistaphylococciques et/ou sels de zinc.....)

centre Sabouraud

• • • • • • • •

Pustulose érosive du scalp

- Femmes âgées (F/H=2)
- Pustules larges superficielles érosives groupées en plaques
- Alopécie cicatricielle possible. Evolution lente
- Bactériologie négative avec pus stérile
- Histologiquement: infiltrats péri pilaires mixtes (lympho, plasm, polynucléaires)



Pustulose érosive du scalp

Traitements

- Dermocorticoïdes forts et gluconate de zinc *per os* pendant 4 mois Ann Dermatol Venereol 2005 (3 cas)
- Erythromycine *per os*
- Calcipotriol, tacrolimus topique
- Isotrétinoïne 0,75mg/jour (1 cas)
- Rifampicine et clindamycine, 10 semaines.

•
•
•

Sclérodermie en coup de sabre

Diagnostic facile

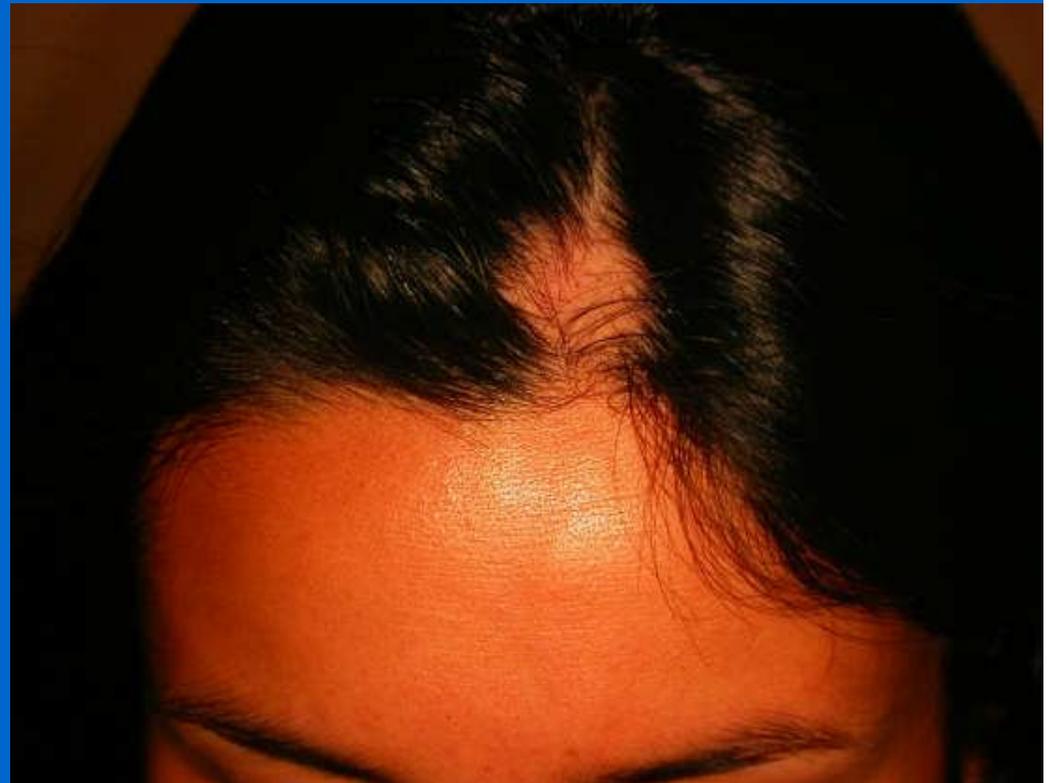
Confirmation histologique

**Corticothérapie générale
de blocage**

1mg/kg 15 jours

Décroissance sur 3mois

**Corticothérapie locale
forte et in situ en
alternative**



centre Sabouraud

• • • • • • • •

Sarcoïdose du cuir chevelu

- Rare, le plus souvent femme noire ou antillaise
- Alopécie cicatricielle très bien limitée peu spécifique parfois infiltrée parfois pseudopeladique
- Sarcoïdose évolutive ou antécédent
- Chercher autres localisation
- Bilan systémique



Alopécie post radique

- Alopécies temporaires
- Alopécies définitives isolées si 45 Gy ou plus:
biopsie et minoxidil 5%
- Radiodermites tardives:
 - Séquelles d'anciennes radiothérapie épilantes pour teigne
 - Chirurgie de lambeaux si ulcération ou à visée esthétique

-
-
-

CONCLUSION

- Traitements difficiles le plus souvent
- Traitements efficaces possibles pour LEC
- Évaluations thérapeutiques nécessaires pour lichen plan pilaire et pseudopelade
- **Photographies et macrophotographies** avec repérage précis permettent de contrôler l'efficacité des traitements.
- Chirurgie efficace au stade cicatriciel et souvent seul traitement des alopécies cicatricielles de l'enfant.

- Septième Samedi de Sabouraud

Tel: 01 42 49 39 37

- Samedi 28 Juin 2008 9h à 17h
 - Musée des moulages
 - Hôpital Saint Louis

ermouki.cepc3@wanadoo.fr