

Les alopecies chez l'enfant

comment ne pas perdre la tête...

4

Julie Powell

Cloé, quatre ans, vous consulte pour une perte de cheveux. Ses parents sont très inquiets et imaginent déjà le pire. Va-t-elle devenir chauve ? A-t-elle la leucémie ou une autre maladie grave ?

L'article qui suit va tenter de vous aider à y voir plus clair. En effet, chez l'enfant, plus de 90 % des cas de perte de cheveux peuvent être expliqués par quatre problèmes principaux faciles à diagnostiquer : la pelade ou *alopecia areata*, la teigne, la trichotillomanie et l'effluvium télogène.

NOTRE CUIR CHEVELU compte quelque 100 000 cheveux, dont de 85 % à 90 % sont en phase de croissance active (phase anagène), 5 % en phase involutive (phase catagène) et 10 % en phase de repos (phase télogène). La phase anagène dure environ de 3 à 5 ans, la phase catagène, quelques semaines et la phase télogène, environ trois mois. Il est donc normal de perdre entre 100 et 150 cheveux par jour, qui sont remplacés au fur et à mesure. Ce cycle se produit de façon asynchrone sur le cuir chevelu, ce qui explique pourquoi les humains ne muent pas.

L'anamnèse et l'examen physique¹⁻³

À l'anamnèse, il est important de vérifier si l'alopecie est congénitale ou acquise, et depuis combien de temps elle évolue. Les parents ont-ils observé une chute active des cheveux ? L'alopecie a-t-elle été graduelle ou subite ? Une revue des appareils et des systèmes s'impose pour évaluer la présence d'une maladie associée ainsi que l'effet de la prise de médicaments, d'une forte fièvre ou d'une intervention chirurgicale récente. On doit aussi s'enquérir d'un stress psychologique récent, tel que l'arrivée d'un bébé à la maison, des difficultés familiales ou scolaires, une maladie ou le décès d'un être cher. Des antécédents familiaux d'alopecie peuvent orienter vers une prédisposition génétique, comme dans le cas de la pelade.

À l'examen physique, on note d'abord si l'alopecie est localisée ou diffuse. Y a-t-il de l'inflammation (érythème et

desquamation) ? Le processus est-il cicatriciel (avec destruction du follicule pileux) ou non ? Ces renseignements sont importants pour poser un diagnostic clinique. Toute alopecie cicatricielle devrait être adressée en dermatologie.

La plupart des cas d'alopecie chez l'enfant sont acquis et localisés, comme la pelade, la teigne et la trichotillomanie. Parmi les causes fréquentes, seul l'effluvium télogène est diffus.

La teigne³⁻⁶

La teigne, ou *tinea capitis*, est une infection fongique du cuir chevelu causée par des dermatophytes. L'agent causal peut varier selon le lieu géographique ainsi que dans le temps. Dans notre milieu, de façon croissante depuis une quinzaine d'années, le responsable est le *Trichophyton tonsurans*. On rencontre encore à l'occasion, le *Microsporum canis*, qui vient de chatons ou chiots, et le *Trichophyton verrucosum*, provenant des vaches et d'autres animaux de ferme. Aux États-Unis, l'agent principal est de loin le *Trichophyton tonsurans*. Contrairement à *M. canis* et à *T. verrucosum*, qui sont transmis par des animaux infectés, le *T. tonsurans* est anthropophile et se communique d'un humain à l'autre, ce qui le rend très contagieux et qui explique l'état quasi épidémique de cette infection dans certains milieux.

Manifestations cliniques

La teigne, la cause la plus fréquente d'alopecie, doit être envisagée dans tous les cas d'alopecie localisée acquise chez l'enfant prépubère. Cependant, elle se distingue de la pelade ou de la trichotillomanie par la présence d'inflammation

La D^{re} Julie Powell, pédiatre-dermatologue, est chef du Service de dermatologie de l'Hôpital Sainte-Justine et professeure agrégée de clinique à l'Université de Montréal.

55



Photo 1. Teigne, forme séborrhéique. Dans cette forme précoce de teigne, on note de la desquamation mais peu d'alopecie. Cette forme ressemble à une dermatite séborrhéique et est typique de *T. tonsurans*.

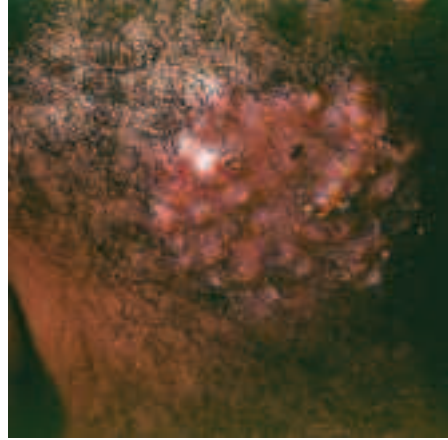


Photo 2. Teigne, kérion. Cette forme plus tardive, accompagnée d'une réaction inflammatoire intense, peut être confondue avec une pyoderme bactérienne.

qui peut être de gravité variable et qui se manifeste par de la desquamation et différents degrés d'érythème. La teigne, en particulier lorsque *T. tonsurans* est en cause, peut prendre des formes cliniques très variées, allant de l'aspect séborrhéique (*photo 1*) accompagné de desquamation et de très peu d'inflammation et d'alopecie, jusqu'au kérion (*photo 2*) associé à une inflammation très importante ressemblant à des abcès bactériens. Lorsque le cheveu se casse à la surface du follicule pileux, un aspect en « points noirs » ou « black dots » est présent. La manifestation classique comportant une ou plusieurs plaques alopeciques, inflammatoires et squameuses (*photo 3*) est plus facile à diagnostiquer. On doit toujours soupçonner la teigne chez un enfant prépubère souffrant d'une affection ressemblant à une dermatite séborrhéique qui est plutôt une maladie du nourrisson, de l'adolescent et de l'adulte. Une culture s'impose alors.

rette. Le spécimen est ensuite acheminé au laboratoire dans un contenant stérile. D'autres méthodes de prélèvement à l'aide de petites brosses ou de cotons-tiges stériles sont simples, efficaces et atraumatiques⁵, mais ne sont pas encore acceptées par tous les laboratoires. Comme la culture peut prendre plusieurs semaines, on peut commencer immédiatement le traitement si l'examen microscopique est positif ou si le diagnostic clinique est très évocateur. Les autres enfants de la famille doivent aussi être examinés.

Traitement⁴⁻⁶

Il faut se rappeler qu'un traitement local est inefficace et inapproprié contre la teigne. Le traitement de choix est la griséofulvine micronisée à raison de 20 à 25 mg/kg/j, en 1 ou 2 doses, à prendre avec des aliments gras pour en maximiser l'absorption. Le traitement doit s'échelonner sur une période de 6 à 8 semaines ou jusqu'à la disparition complète des symptômes et des champignons (culture de contrôle négative). Bien que la griséofulvine puisse entraîner des effets secondaires comme l'agranulocytose,

Evaluation

L'examen à la lampe de Wood révèle une fluorescence jaune verdâtre dans les cas de la teigne causée par *M. canis*, mais est négatif dans les cas dus à *T. tonsurans*. Par conséquent, il est plus ou moins utile au diagnostic selon les milieux. Un examen microscopique à la potasse (KOH) des squames et des cheveux ainsi qu'une culture sont nécessaires pour confirmer le diagnostic. Le prélèvement des squames et des cheveux cassés en bordure d'une lésion s'effectue avec une lame de bistouri n° 15 ou une cu-

La teigne, la cause la plus fréquente d'alopecie, doit être envisagée dans tous les cas d'alopecie localisée acquise chez l'enfant prépubère. Cependant, elle se distingue de la pelade ou de la trichotillomanie par la présence d'inflammation qui peut être de gravité variable.

La teigne nécessite un traitement par voie orale. Un traitement topique est inapproprié.

l'anémie aplasique et des perturbations hépatiques, ces effets sont exceptionnels chez l'enfant et ne nécessitent pas d'analyse systématique, sauf chez les patients à risque et dans le cas d'un traitement prolongé. Depuis quelques mois, la griséofulvine n'est plus offerte au Canada, le fabricant ayant cessé de la distribuer. Cette situation est problématique, car présentement la griséofulvine est le seul traitement oral officiellement reconnu par la Direction générale de la protection de la santé et la Food and Drug Administration américaine contre la teigne chez l'enfant. Actuellement, nous ne savons pas si ce retrait est temporaire ou non, car ce médicament est toujours commercialisé aux États-Unis.

Devant cette situation, nous devons envisager diverses solutions de rechange. Le kétoconazole n'est pas recommandé en raison de son manque d'efficacité et des effets secondaires possibles, surtout sur le foie. Plusieurs études cliniques sur le traitement de la teigne chez l'enfant^{5,6} ont montré que la terbinafine (Lamisil®) est efficace et bien tolérée. Toutefois, elle n'est pas encore officiellement approuvée pour cette indication. Il s'agit cependant de la solution de rechange la plus fréquemment utilisée aux doses suivantes pendant quatre semaines : 62,5 mg/j pour les enfants de 10 kg à 20 kg ; 125 mg/j pour les enfants de 21 kg à 40 kg et 250 mg/j pour les enfants de plus de 40 kg. Le dosage et la durée optimale de ce traitement restent à définir. L'itraconazole (Sporanox®) est un autre choix, à raison de 5 mg/kg/j pendant 4 semaines, ainsi que le fluconazole (Diflucan^{MC}, à 6 mg/kg/j pendant de 3 à 4 semaines. Il est recommandé d'associer ce médicament à un traitement adjuvant sous forme de shampooing à effet sporicide (à base de sulfure de sélénium [Selsun®, Selsun Blue®],

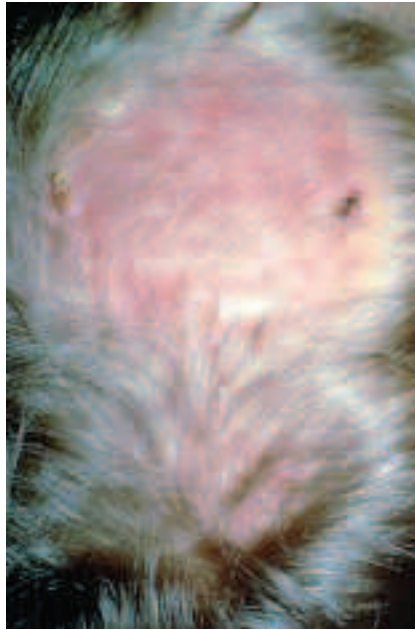


Photo 3. Teigne, forme inflammatoire classique. Présence d'alopecie, d'érythème et de desquamation. *M. canis* et *T. tonsurans* peuvent tous deux être responsables de cette forme de la maladie.



Photo 4. Pelade. Plaque alopecique, non inflammatoire et arrondie caractéristique.

de kétoconazole [Nizoral®] ou de ciclopirox [Stieprox®]) à la fréquence de deux fois par semaine pour l'enfant et sa famille dans le but de diminuer la contagiosité. Peignes, brosses à cheveux, chapeaux doivent être désinfectés régulièrement en cours de traitement et ne doivent pas être partagés. Il n'est pas nécessaire de retirer l'enfant atteint de l'école ou de la garderie après le début du traitement.

La pelade^{3,7,8}

Cette maladie, dont la cause est encore mal connue, mais qui est probablement d'origine auto-immunitaire, se présente par une perte assez subite complète ou quasi complète des cheveux sur une ou plusieurs plaques. Ce phénomène est très anxiogène pour les parents qui se demandent si les cheveux vont repousser. Heureusement, le pronostic de repousse pour un premier épisode est de plus de 95 % en moins d'un an. Il est cependant moins favorable pour les épisodes récurrents, dans le cas d'une perte très étendue, chez l'enfant de moins de 2 ans ou en cas d'antécédents d'atopie. L'enfant présentant des épisodes récidivants de pelade devrait être évalué par un dermatologue.

Manifestations cliniques

Typiquement, l'enfant ou l'adolescent présente une ou quelques plaques d'alopecie rondes ou ovales d'un diamètre variant de un à quelques centimètres (photo 4). La surface cutanée est lisse, sans érythème ni desquamation : c'est une alopecie localisée, non cicatricielle et non inflammatoire. Les lésions sont habituellement non symptomatiques, mais une vague sensation de douleur locale, de prurit ou de brûlure est parfois signalée. La lésion s'étend de façon centrifuge et peut évoluer pendant plusieurs semaines et plusieurs mois.

L'examen général peut révéler des pertes de poils à



Photo 5. Pelade totale
 Dans de rares occasions, l'alopecie peut atteindre tout le cuir chevelu.
 Excellente réaction au traitement par le minoxidil topique pendant 15 mois.

d'autres endroits (sourcils, cils, poils corporels ou pu-
 biens) ou des ponctuations unguéales (*pitting*).

On peut assez souvent détecter des cheveux « en point
 d'exclamation » en périphérie des plaques de pelade encore
 évolutives, ce qui constitue un indice diagnostique. Un
 petit nombre de patients peuvent présenter plusieurs
 plaques confluentes résultant en une perte de cheveux très
 étendue ou complète (*photo 5*). On appelle « ophiasis »
 une pelade en forme de bande alopecique atteignant la
 région rétro-auriculaire et occipitale (*photo 6*). Ces deux
 variantes ont un moins bon pronostic.

Évaluation

Dans le cas d'un premier épisode localisé de pelade, au-
 cun examen de laboratoire n'est nécessaire.

Dans les cas récidivants ou graves, un bilan de base in-
 cluant une formule sanguine et un bilan thyroïdien est
 raisonnable, car une association est possible avec certaines
 autres maladies auto-immunes, telles que la thyroïdite de
 Hashimoto et l'anémie hémolytique auto-immune. En

dehors de la découverte occasionnelle d'auto-
 anticorps, ce bilan est presque toujours nor-
 mal chez l'enfant sans symptômes et ne change
 en rien notre approche thérapeutique.

Une biopsie du cuir chevelu n'est pas né-
 cessaire pour poser le diagnostic.

Traitement

Comme cette maladie présente un haut taux
 de rémission spontanée, l'observation dans les
 cas simples est justifiée. Lorsque la repousse
 tarde, un corticostéroïde topique est envisagé
 en première ligne. Les injections intralésion-
 nnelles sont habituellement mal tolérées par les
 enfants et, par conséquent, peu utilisées. D'au-
 tres traitements sont disponibles pour traiter
 les cas réfractaires : l'anthraline topique à 0,5 %,
 le minoxidil topique à une concentration de
 2 % à 5 %, l'immunothérapie locale avec di-
 phencipronolone (DPCP) et la photochimio-
 thérapie (PUVA). Ces modalités sont d'efficacité variable
 et relèvent du dermatologue. On peut aussi conseiller au
 patient une prothèse capillaire. Les répercussions psycho-
 logiques étant importantes, des groupes de soutien sont
 disponibles, comme l'Alopecia Areata Foundation (É.-U.)
 et la Fondation de l'alopecie areata du Québec.

La trichotillomanie et l'alopecie de traction¹⁻³

Ces deux affections sont attribuables à un traumatisme
 externe et occasionnent une alopecie acquise localisée et non
 cicatricielle. Le type de traumatisme peut être soit une trac-
 tion, soit une friction.

Trichotillomanie

La trichotillomanie est un trouble de nature compul-
 sive où le patient arrache ses propres cheveux, de façon
 consciente ou non. La trichotillomanie n'est pas rare : sa
 prévalence serait de 1 %, avec prédominance féminine
 (2,5 filles contre 1 garçon). La trichotillomanie touche
 habituellement les enfants et les jeunes adolescents. Elle

Typiquement, l'enfant ou l'adolescent présente une ou quelques plaques d'alopecie rondes ou ovales d'un diamètre variant de un à quelques centimètres. La surface cutanée est lisse, sans érythème ni desquamation : c'est une alopecie localisée, non cicatricielle et non inflammatoire.

peut aussi se rencontrer chez l'adulte, mais le pronostic est alors moins bon. En pédiatrie, la trichotillomanie peut, en général, être considérée comme un tic, un peu comme l'habitude de se ronger les ongles.

Manifestations cliniques

La trichotillomanie se caractérise par des plaques circonscrites d'alopecie partielle dont les contours sont irréguliers et souvent géométriques (photo 7), par opposition aux lésions arrondies de la pelade. Les cheveux sont de longueurs différentes, ce qui les rend rudes au toucher. Il n'y a ni rougeur, ni desquamation. On peut parfois observer des excoriations ou des pétéchies périfolliculaires. Les régions frontopariétales ou frontotemporales sont les plus fréquemment atteintes, habituellement du côté opposé à la main dominante seulement. Une atteinte des cils ou des sourcils est aussi possible. Lorsqu'une grande région est touchée, il faut soupçonner un problème psychopathologique associé⁹. Cette alopecie, habituellement non cicatricielle, peut le devenir dans des cas chroniques et graves.

Conduite

Avant tout, il faut expliquer aux parents que l'enfant ou l'adolescent arrache ses cheveux lui-même. Cette explication est souvent difficile à faire accepter aux parents, surtout si la manipulation des cheveux n'est pas évidente. De plus, l'enfant



Photo 6. Ophiasis. Pelade en bande le long de la marge des cheveux. Cette forme a un moins bon pronostic.



Photo 7. Trichotillomanie. Plaque alopecique aux rebords linéaires et cheveux de différentes longueurs.

de cheval et les nattes serrées (photo 8). Elle peut survenir aussi après des traitements capillaires chimiques ou thermiques. Le traitement consiste simplement à éliminer la

ou l'adolescent nie fréquemment « jouer » avec ses cheveux, et le processus se déroule assez souvent de façon inconsciente au moment de l'endormissement.

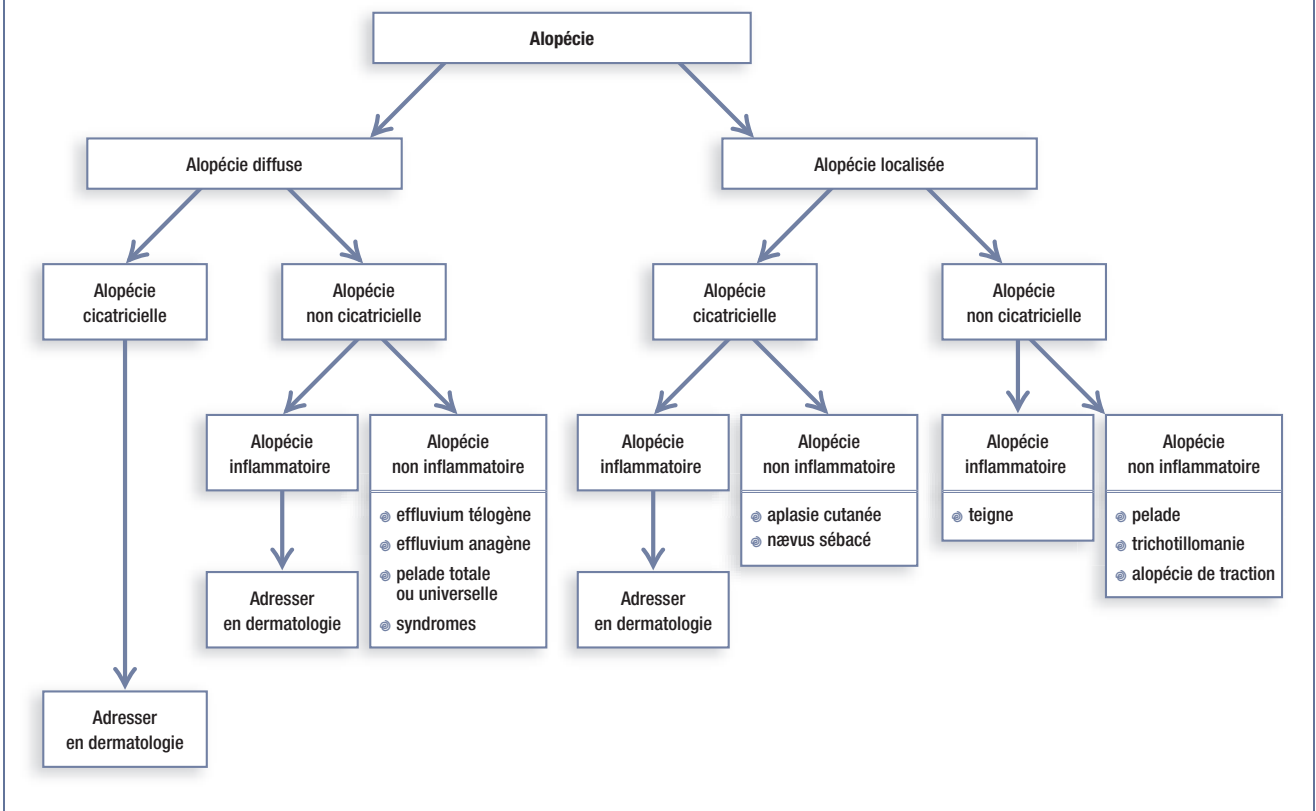
Le médecin doit se montrer rassurant quant à la nature bénigne et transitoire du problème. Un événement traumatique ou stressant, mais habituellement pas majeur, peut expliquer le phénomène dans plusieurs cas. Souvent, une discussion ouverte avec l'enfant et ses parents est suffisante pour résoudre le problème. Certains auteurs proposent d'appliquer une substance huileuse sur les cheveux au coucher, ce qui rend la traction plus difficile ! Aussi, l'usage d'un objet substitut, tel qu'un toutou à poils longs, aide parfois à détourner l'attention de l'enfant : il arrache les poils du toutou au lieu de ses propres cheveux ! Une consultation en psychiatrie peut parfois s'avérer nécessaire dans les cas graves, une association étant possible avec des troubles obsessionnels-compulsifs, la schizophrénie et le syndrome de Gilles de La Tourette.

Alopecie de traction

Ce type d'alopecie se rencontre fréquemment en présence de certains types de coiffure, comme les queues

La trichotillomanie se caractérise par des plaques circonscrites d'alopecie partielle dont les contours sont irréguliers et souvent géométriques, par opposition aux lésions arrondies de la pelade. Les cheveux sont de longueurs différentes, ce qui les rend rudes au toucher. Il n'y a ni rougeur, ni desquamation.

Alopécie chez l'enfant : algorithme diagnostique



cause ; la repousse peut prendre de 6 à 12 mois. Dans de rares cas, si le traumatisme est répété pendant de longues périodes, la perte de cheveux peut devenir permanente.

L'effluvium télogène^{1,2,10}

Ce problème se caractérise par une chute de cheveux diffuse acquise qui résulte du passage prématuré des cheveux de la phase anagène (phase de croissance) à la phase télogène (repos). L'anamnèse révèle habituellement un événement stressant, comme une intervention chirurgicale, une forte fièvre, un accident ou un stress psychologique important, s'étant produit de 2 à 4 mois avant le début de la perte de cheveux. La chute anormale peut persister pendant de 4 à 6 mois avant que la repousse ne



Photo 8. Alopecie de traction. Résulte de la traction chronique causée par des tresses serrées.

s'amorce. D'autres causes possibles sont une anémie ferriprive, l'hyper ou l'hypothyroïdie, une diète amaigrissante draconienne ainsi que certains médicaments comme la warfarine, l'héparine, le propranolol et la vitamine A à fortes doses. Lorsque la cause n'est pas établie, la chute peut devenir chronique.

Manifestations cliniques

L'effluvium télogène est une alopecie diffuse, non inflammatoire et non cicatricielle. À la traction (« pull test »), de nombreux cheveux tombent facilement. L'examen des racines des cheveux ainsi prélevés révèle une prédominance télogène, soit des cheveux avec un aspect en bulbe. La chute peut être impressionnante, mais n'évolue

pas vers une alopecie complete. La repousse est habituelle, mais peut prendre plus de six mois.

Évaluation

En l'absence d'un facteur causal évident, une évaluation s'impose pour éliminer une cause sous-jacente : un hémogramme, le dosage du fer sérique et de la ferritine ainsi qu'un bilan thyroïdien sont habituellement suffisants chez l'enfant, si l'anamnèse et l'examen physique sont normaux.

Diagnostic différentiel

L'effluvium télogène peut parfois être difficile à distinguer de la pelade diffuse dans sa phase initiale. Le tableau clinique et l'évolution après quelques semaines permet habituellement de préciser le diagnostic. On appelle « effluvium anagène » la chute de cheveux diffuse survenant après la prise d'agents antimétaboliques ou une radiothérapie, car les cheveux touchés sont en croissance. La repousse survient après l'arrêt du traitement.

LES CAUSES DE L'ALOPÉCIE chez l'enfant sont nombreuses, mais la teigne, la pelade, l'alopecie traumatique (trichotillomanie et alopecie de traction) et l'effluvium télogène peuvent expliquer la grande majorité des cas. Ces maladies sont assez simples à reconnaître en suivant l'algorithme proposé dans la *figure* et en effectuant un nombre minimal d'évaluations. ☘

Date de réception : 31 août 2004

Date d'acceptation : 1^{er} octobre 2004

Mots clés : alopecie, enfants, teigne, pelade, trichotillomanie, alopecie de traction, effluvium télogène

Bibliographie

- Al-Fouzan AS, Nanda A. Alopecia in children. *Clin Dermatol* 2000; 18: 735-43.
- Harrison S, Sinclair R. Optimal management of hair loss (alopecia) in children. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 757-70.
- Vasiloudes P, Morelli JG, Weston WL. Bald spots: Remember the « big three ». *Contemp Pediatr* 1997; 14: 76-91.
- Elewski BE. Tinea capitis: a current perspective. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 1-20.
- Chan YC, Friedlander SF. New treatments for tinea capitis. *Curr Opin Infect Dis* 2004; 17: 97-103.
- Friedlander SF, Aly R, Krafchik B et coll. Terbinafine in the treatment of *Trichophyton tinea capitis*: a randomised, double-blind, parallel-
- Bérard F. Diagnostic et traitement de la pelade. *Ann Dermatol Venereol* 2000; 127: 1S29-1S33.
- Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 549-66.
- Tay YK, Levy ML, Metry DW. Trichotillomania in childhood: case series and review. *Pediatr* 2004; 113 (5): e494-8.
- Shapiro J, Wiseman M, Lui H. Practical management of hair loss. *Can Fam Physician* 2000; 46: 1469-77.

S U M M A R Y

Hair loss in children: don't pull your hair out over it. Hair loss in children can be a source of distress for patients and their parents as well as for the treating physician. In children, over 90% of cases can be explained by one of four disorders, that are fairly easy to recognize: tinea capitis, alopecia areata, trichotillomania or traction alopecia and telogen effluvium. Tinea capitis is a fungal infection of hair and scalp and is the main cause of alopecia in pre-pubertal children: it is an acquired, circumscribed, non-scarring alopecia with scaling (inflammation). Diagnosis is made by fungal culture that demonstrates either *Trichophyton tonsurans* or *Microsporum canis* in our milieu. Topical treatment for this condition is inappropriate; oral antifungal therapy is necessary. Alopecia areata is an autoimmune condition that causes acquired, circumscribed, non-scarring, non-inflammatory hair loss. In children, it usually carries a good prognosis and regrowth can occur spontaneously or following topical corticosteroid treatment. No investigation is necessary for a first episode of alopecia areata. Trichotillomania is a form of traumatic alopecia caused by the child pulling out his own hair. It presents as a localized patch of hair loss, non-scarring and without inflammation; it differs from alopecia areata by its more irregular shape and the presence of broken hairs of different lengths. This condition can be associated with psychological problems but is usually not severe in children and is similar to a tic such as nail-biting. Traumatic hair loss can also occur with certain hairstyles such as tight braids and ponytails; this is called traction alopecia and is reversible with a change of styling habits. Finally, a diffuse, non-inflammatory, non-scaling hair loss can occur following a stress such as surgery, a febrile illness, crash diets and certain medications. This is called telogen effluvium and is caused by a premature passage of growing hair to the resting phase (telogen). This typically occurs 2 to 4 months following the triggering event, lasts for several months then hair spontaneously regrows within 6 to 12 months. A diagnostic algorithm is proposed.

Keywords: alopecia, children, tinea capitis, alopecia areata, trichotillomania, traction alopecia, telogen effluvium