

Etiologie des alopecies chez la femme de 15 à 45 ans

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du Mali
Un peuple - Un but - Une foi



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2018 – 2019

N°...../

THESE

**ETIOLOGIES DES ALOPECIES DU CUIR
CHEVELU CHEZ LES FEMMES DE 15 À 45
ANS AU CNAM (EX INSTITUT MARCHOUX)**

Présentée et soutenue publiquement le 14 /11 /2019
Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par

Djeneba Keita

Pour l'obtention du Doctorat de médecine (Diplôme d'état)

JURY

PRESIDENT: Pr Ousmane FAYE

JUGE : Dr Binta GUINDO

DIRECTEUR: Dr Adama Aguisa DICKO

Co- DIRECTEUR: Dr Lamissa CISSE

DEDICACE

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut, tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance

Je dédie ce travail à

ALLAH le tout puissant, le miséricordieux qui nous a donné la chance de voir ce jour et nous permettre de réaliser ce travail. Qu'**ALLAH** nous assiste dans toutes nos entreprises

A notre PROPHETE MOHAMED

Salut et Paix sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier

A mon père : Mamadou Keita

Pour l'amour le plus beau que vous m'avez donné dans la vie. Ce travail est le résultat de nos innombrables encouragements et sacrifice que vous avez consentis à mon éducation et mon bien être. Tu m'as enseigné le sens de l'honneur, du devoir et de la dignité. Puisses – tu trouver, dans ce travail le témoignage de mon éternelle reconnaissance et mon amour familial indéfectible. Que Dieu te protège, te comble de santé, et te donne une longue vie. Que la grâce de dieu t'accompagne.

A ma mère : Fatoumata Traore

Tu es ma fierté et mon repère dans la vie. Ce travail est le fruit de ton dévouement, de tes sages conseils, de tes ambitions et d'énormes sacrifices consentis durant ces longues années études. Trouvez ici chère mère l'expression de ma profonde gratitude, que Dieu te garde aussi longtemps auprès de nous. AMEN

A ma 2eme maman : Nassira Sidibé

Pour l'affection que vous m'avez donnée. Ce travail est le fruit de vos prières et vos sacrifices que vous avez opté pour nous. Veuillez recevoir le témoignage de ma reconnaissance et de mon amour affectif.

A tous mes oncles et mes tantes

Veillez percevoir à travers ce travail, l'expression de ma profonde affection et mon énorme respect. Avec tout l'amour que je vous porte souhaite beaucoup de bonheur dans votre vie.

A tous mes frères et sœurs

Salif Keita, Bourama Keita, Soumaïla Keita, Ali Keita, Moussa Keita, Mohamed Dramane Keita, Tana Keita, Awa Keita, Fatoumata Keita, Sata Keita Diaminatou Traoré

La fraternité n'as pas de prix. J'espère qu'elle restera un lien sacré pour nous. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude

A Toutes mes amis :

Dr Maimouna Bassoum, Dr Diaratou Diarra, Fatoumata Konaté, Hawa Haïdara sitan Doumbia, Maimoutou Maïga,
Pour l'affection et vos conseils .j'aurai toujours besoin de vous et votre amitié est devenue une fraternité.je dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et mon respect je vous souhaite longue vie et beaucoup de bonheur.je prie Dieu que cette amitié ne s'éteigne jamais

Remerciements :

Nous tenons à remercier :

Tous les enseignements de la faculté de Médecine pour la qualité de l'enseignement dispensé,

La direction du centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM)

Tous les personnels du service dermatologie du CNAM

Mes maitres de stage : Pr Ousmane Faye, Dr colonel Karim Coulibaly, Pr Adama Dicko, Dr Binta Guindo, Dr Alima Keita, Dr Amadou Dicko, Dr Mamadou Gassama, Dr Ousmane Sylla, Dr Sala Sow, Dr Lassine Keita, Dr Lamissa Cissé, Dr Yamoussa Karabenta, Dr Aïcha Samaké, Dr Bekaye Traoré.pour leur amabilité, leur disponibilité. Ce fut une immense fierté pour moi de compter parmi vos étudiants.

Mes camarades thésards du service pour leur collaboration, leur esprit de bonne camaraderie qui a marqué nos relations pendant ces quelques années.

Les infirmiers du service de dermatologie pour leur franche collaboration

A Mes docteurs

Dr Tall Kouressi, Dr lamissa cissé, Dr Ousmane Sylla, Dr Sow Sala et Dr Abdoulaye Kanouté

Etiologie des alopecies chez la femme de 15 à 45 ans

Vous m'avez soutenu depuis les premiers mois de ma thèse, les mois les plus difficiles. Vous m'avez accordé votre temps et votre savoir-faire. Sans votre aide précieuse ce travail n'aura pas vu le jour. Un profond respect et un remerciement particulier pour vos bonnes contributions à l'amélioration de ce travail. Que Dieu vous accorde une longue vie pleine de santé, de bonheur et de réussite.

A tous les DES pour tous ce que j'ai appris à vos côtés, vos conseils et vos multiples soutiens durant cette formation. Ce travail a été réalisé grâce à vous aussi, je vous remercie.

Hommages aux honorables membres de jury

A notre maitre et président du jury

Pr Ousmane Faye

- Professeur titulaire en dermatologie à la faculté de médecine et d'odontostomatologie
- Spécialiste en dermato - lépro - vénérologie et en anatomopathologie
- Ph D en santé publique épidémiologie et Science de l'information biomédicale de l'université pierre Marie Curie
- Vice doyen à la faculté de médecine et d'odontostomatologie
- Directeur de l'hôpital dermatologie au Mali
- Coordinateur du projet télé dermatologie au Mali
- Coordinateur du DES de dermato lépro Vénérologie

Cher Maître

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples et importantes occupations

Nous avons toujours admiré vos qualités scientifiques et sociales vous avez cultivé en nous l'amour du travail bien fait et la rigueur scientifique

Trouvez ici cher maitre l'expression de mes sincères reconnaissances

A notre maitre et juge

Dr Binta Guindo

- Dermatologue vénérologue de l'hôpital dermatologie du Mali

Cher maitre

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger cette thèse.

Nous avons apprécié vos qualités d'enseignante, votre compétence scientifique et votre extrême sympathie.

Veillez accepter cher maitre l'expression de notre plus grand respect

A notre maitre et co directeur de thèse

Dr lamissa Cissé

- Dermatologue vénérologue au centre de santé de référence de Koulikoro

Cher maître

Nous ne saurions exprimer nos remerciements pour l'accueil, l'appui et l'assistance dont vous avez la part pour la réalisation de ce travail.

Veillez accepter l'expression de nos sentiments les plus respectueux et les plus reconnaissants.

A notre maitre et directeur de thèse

Dr Adama Aguisa Dicko

- Maitre de conférences en dermato-léprologie-vénérologie à la faculté de médecine et d'odontostomatologie
- Chef de service de dermato-léprologie-vénérologie de l'hôpital dermatologie du Mali.

Cher maître

Permettez – nous de vous remercier cher maitre de la confiance que vous nous avez faite en acceptant de diriger ce travail.

Votre disponibilité, votre abord facile, votre dévouement et votre dynamisme font de vous un maître à suivre

veuillez accepter ici, cher Maître, l'expression de ma grande Sympathie et de mon profond respect. Puisse Allah vous accordez longue vie

Table des matières

I.	Introduction.....	3-4
II.	Objectifs.....	5
III.	Généralité.....	6-35
IV.	Méthodologie	37-38
V.	Résultat	39-47
VI.	Iconographie.....	48
VII.	Discussion et commentaire.....	49-50
VIII.	Conclusion et recommandation	51
IX.	Référence et bibliographie.....	52-55

Liste des abréviations

GEE : gaine épithéliale externe

GEI : gaine épithéliale interne

CMC : complexe membrano cellulaire

DHT : dihydrotestostérone

TTM : trichotillomanie

ACCV : alopecie centrale centrifuge cicatricielle

AAG : alopecie androgénique

PUVA : Photo chimiothérapie

ISRS : inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine

CNAM : Centre National d'appui à la lutte contre la maladie

EPST : établissement public à caractère scientifique et technologique

CVD : centre de développement des vaccins

CHUG : centre hospitalier universitaire de guinéen

FMOS : faculté de médecine et d'odontostomatologie

H : homme

F : femme

µm : micro mètre

J : jour

% : pourcentage

Cm² : centimètre carré

MM : millimètre

Mg : milligramme

Kg : kilogramme

IGM : immunoglobine M

I. Introduction :

Le cheveu est un élément de la pilosité humaine, plus ou moins étendue sur le sommet, les côtés et l'arrière de la tête.

Il a un rôle de protection contre la chaleur et de régulation de la température. Les cheveux ont eu, dans toutes les civilisations une importance particulière. Ils sont l'expression de soi mais aussi de l'image que nous voulons donner à notre propre personne. La chevelure est un attribut de beauté et de séduction chez la femme. Selon la couleur, la coupe ou la façon de se coiffer, elle révèle une appartenance sociale, culturelle, religieuse, ou politique. Ils ont souvent un rapport avec la séduction, l'intimité et la pudeur de la personne. Toutes affections y touchant pourraient constituer un handicap social et une souffrance psychique importante. L'alopecie représente la perte pathologique des cheveux.

Il s'agit d'un signe fréquent en dermatologie, dont les étiologies sont multifactorielles. Ces affections peuvent être inflammatoires, infectieuses, traumatiques ou iatrogéniques. Alopecie androgénique est la variété la plus fréquente touchant aussi bien l'homme et la femme

L'étude des pathologies des cheveux reste difficile du fait de la croissance lente, et des facteurs multiples impliqués dans la genèse.

Une étude réalisée au Maroc à montrer une prédominance féminine avec un sex ratio H/F= 0,8 [1].

Chez le noir, les cheveux sont crépus, tortillés avec une sécrétion sébacée plus importante [2]. Ce milieu serait le siège d'une flore bactérienne particulière.

Dans notre contexte, la chevelure représente un élément clé de la beauté féminine.

Il existe ainsi une grande diversité de coiffure pour exalter la beauté à travers la chevelure. Les coiffures sont réalisées à chaque réjouissances (fête religieuse, mariage, baptême, nouvel an).

A l'occasion des coiffures, les femmes sont amenées à pratiquer le défrisage, les rajouts, les perruques qui sont autant de pratiques pouvant être néfaste pour les cheveux.

L'alopecie chez la femme peut entraîner un trouble de l'estime de soi conduisant à la dépression et altèrent ainsi la qualité de vie.

Plusieurs travaux ont été réalisés sur l'alopecie par les auteurs subsahariens [3, 4] ces travaux rapportent surtout les pratiques, mais ne décrivent pas les pathologies selon les pratiques de coiffage.

Une meilleure connaissance des étiologies de l'alopecie permettra de prévenir certaines alopecies chez les femmes et d'en améliorer la prise en charge des cas.

Etiologie des alopecies chez la femme de 15 à 45 ans

Le but de ce travail est de l'étudier les causes de l'alopecie chez les femmes de 15 à 45 ans dans le service de dermatologie du CNAM.

I. Objectifs

1. Objectif général :

- ✓ Etudier les étiologies de l'alopecie chez les femmes de 15 à 45 ans au CNAM

2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Décrire les aspects épidémio-cliniques de malades
- ✓ Déterminer la fréquence de l'alopecie en consultation dermatologique
- ✓ Décrire les étiologies identifiées
- ✓ Décrire les pratiques d'entretien capillaire des femmes.

III. Généralité :

A. Anatomie du cheveu :

Le cheveu, les ongles et les poils appartiennent à un groupe d'éléments anatomiques appelés phanères. Ce sont des annexes du tégument qui comprend la peau, les glandes sudoripares, et les glandes sébacées. Les phanères sont constitués à 95 % de kératine qui est une protéine fibreuse conférant la rigidité à ces éléments.

Sur le cuir chevelu de chaque être humain, on retrouve entre 100 000 et 150 000 cheveux implantés, ce qui représente entre 300 et 500 cheveux par cm². Le diamètre d'un cheveu varie entre 50 et 100 microns.

Chacun d'eux est composé de deux parties: une, visible appelée la tige pileaire et une partie invisible appelée la racine.

Ainsi, on distingue:

- l'isthme du follicule pileux, c'est la zone où s'abouchent la ou les glandes sébacées,
- le "bulge", renflement situé juste sous l'insertion du muscle arrecteur, c'est une zone très importante où sont situées les cellules souches du poil,
- la région sus-isthmique qui comprend la tige pileaire et l'infundibulum, c'est une cavité en communication avec la surface de la peau, bordée par un épithélium en continuité avec l'épiderme de surface,
- la région sous-isthmique qui comprend la racine du poil entourée de ses gaines
- la gaine épithéliale externe et la gaine épithéliale interne.

1. La racine

La racine se termine dans sa profondeur par une partie renflée appelée le bulbe. Elle est logée dans une invagination épidermique : le follicule, entouré d'une couche conjonctive appelée le sac fibreux.

Autour du follicule, il y a le muscle arrecteur du poil et plusieurs glandes sébacées d'où l'appellation de follicule pilo-sébacé.

1-1) Le follicule pilo-sébacé [5, 6,7]

Les follicules pileux commencent à se développer entre les huitième et douzième semaines de vie in utero à partir d'une placode ectodermique, les premiers poils étant visibles chez le fœtus vers le cinquième mois. Les cheveux quant à eux, font leur apparition au septième mois.

C'est une fine enveloppe d'épiderme creusée dans le derme qui abrite la racine pileaire à 4 mm sous le cuir chevelu.

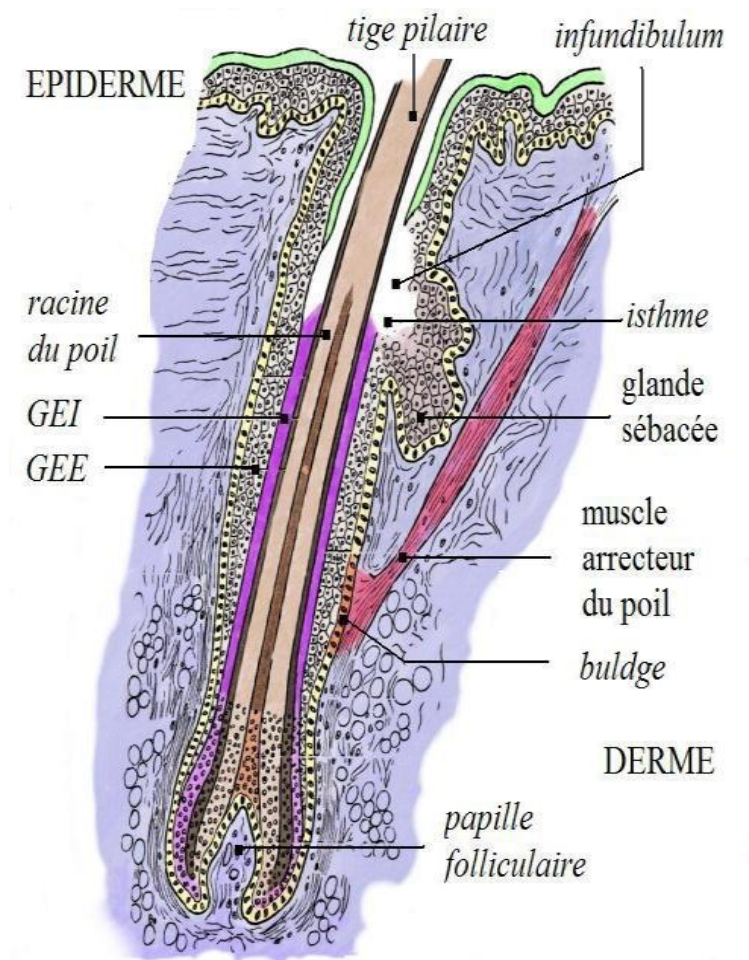


Figure 1 : schéma du follicule pilo sébacée [8]

1 - 2) La papille dermique

Invagination de l'épiderme dans le derme, la papille dermique est une zone Essentielle richement vascularisée qui règle la vie du follicule. Composée de collagène dermique et de kératinocytes, elle permet de relier le fond du follicule au reste de l'organisme. La vascularisation de cette papille est primordiale dans la vie du follicule pilo-sébacé et la croissance du cheveu. [9]

1- 3) La matrice pileaire

Située à la base du follicule et entourant la papille dermique, elle génère les cellules de kératine appelées kératinocytes et les transforme en cheveux : c'est le phénomène de la kératinisation.

Les kératinocytes de la couche germinative se divisent toutes les 39 heures et donnent les cellules filles qui vont se différencier en quatre types cellulaires au fur et à mesure de leur progression vers la surface :

- les cellules centrales forment les 3 parties du poil (cuticule, cortex, moelle)
- les cellules périphériques formeront la gaine épithéliale (GEI). [10,11]

2) Les gaines épithéliales

La gaine épithéliale externe (GEE) forme un tube où passe le cheveu pour émerger et arriver à la surface de la peau.

Quant à la gaine épithéliale interne (GEI), elle est accolée à la tige pilaire et forme une enveloppe kératinisée qui entoure le poil en voie de formation. Elle contient de nombreux granules éosinophiles de trichohyaline. Cette protéine a pour rôle principal d'agréger les filaments de kératine.

3) Les glandes sébacées

Les glandes sébacées sont en général annexées aux poils, mais il existe quelques régions où elles ne le sont pas ; les lèvres, le gland, la face interne du prépuce, les petites lèvres, l'aréole des mamelons et les paupières. Leur taille est inversement proportionnelle à celle du poil. Il s'agit de glandes exocrines tubulo-alvéolaires dont la portion sécrétrice est située dans le derme. Leur produit de sécrétion, le sébum, est lipidique. Il est déversé dans le canal excréteur de la glande sébacée puis le conduit pilo-sébacé.

4) Le muscle arrecteur du poil

Le muscle arrecteur du poil est un muscle lisse qui est oblique et longe la face externe de la glande sébacée. Il s'insère :

- à sa partie inférieure sur la lame basale du follicule pileux et
- à sa partie supérieure sur la lame basale de la jonction dermo-épidermique.

La contraction du muscle arrecteur provoque une saillie du poil qui se verticalise, phénomène connu sous la forme d'une horripilation.

2. La tige pilaire :

Elle est située au-dessus de l'orifice folliculaire.

Elle comporte trois couches de l'intérieur vers l'extérieur :

- la moelle

- le cortex
- la cuticule.

La moelle contient des grandes cellules anucléées plus ou moins disjointes, souvent Remplacées par des bulles d'air. Elle ne semble pas avoir une réelle importance fonctionnelle.

Le cortex représente 90% du poids des cheveux et leur donne leur couleur, leur solidité, Leur résistance et élasticité par la présence de cellules épithéliales riches en kératine et En pigment. [12]

Enfin, La cuticule est formée de 6 à 10 couches de cellules kératinocytes non pigmentées, Aplatis et imbriquées les uns dans les autres et dont le bord libre est orienté vers L'extrémité du cheveu. Les cellules sont jointes les unes aux autres par Complexe Membrano-cellulaire (CMC) de façon assurer une forte cohésion. Ceci permet de Protéger les cheveux des agressions extérieures (le soleil, l'eau de mer, les décolorations brutales) mais aussi de leur donner leur brillance, leur douceur et leur souplesse. [13]

3. Le cycle pileaire

La formation des poils n'est pas continue dans le temps. Périodiquement, les follicules terminaux passent par une période de repos pendant laquelle la vieille tige pileaire s'élimine pour laisser place au poil qui repousse. Ce cycle Évolutif comporte 3 phases de durée très inégales.

– À la phase anagène (de croissance), le follicule est profond et a une activité kératogène permanente qui dure 2 à 3 ans chez l'homme et 6 à 8 ans chez la femme. Pendant cette phase, le poil ne fait que s'allonger (0,2 à 0,5 mm/j).

– La phase catagène est courte, 3 semaines en moyenne ; l'activité mitotique de La matrice cesse et la partie profonde du follicule semble se résorber jusqu'à la hauteur du bulbe, laissant derrière une petite traînée de cellules matricielles et De fibroblastes de la papille.

– La phase télogène (de repos) dure de 3 à 6 mois. Le poil n'a plus aucune zone kératogène et il est resté collé par son extrémité massue dans le sac folliculaire atrophié, réduit au reste de sa gaine externe. Puis un nouveau follicule anagène va se reformer et le poil télogène tombe définitivement.

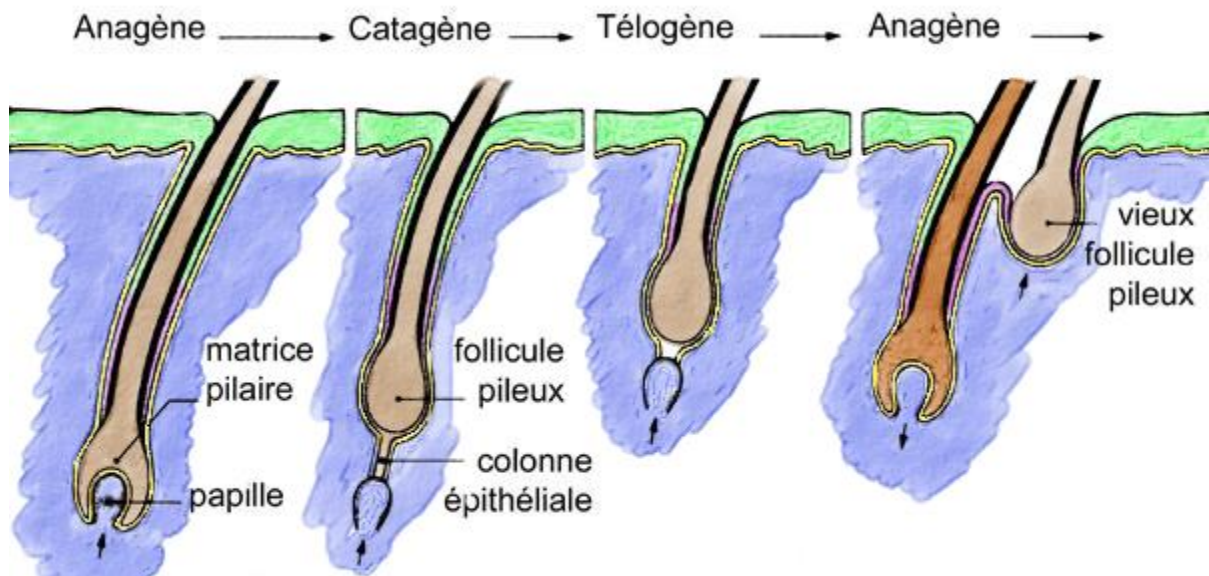


Figure 2 : le cycle pileux [8]

Source: <http://www.docteur---sarfat.com/index.html> [8]

4. La vascularisation :

La vascularisation du follicule pileux est assurée par de très nombreux capillaires situés dans la papille. L'apport de sang artériel se fait par des vaisseaux issus du plexus artériel dermique profond, le retour par des veinules qui rejoignent le plexus veineux dermique profond.

5. L'innervation :

On distingue des terminaisons nerveuses libres situées dans la papille dermique et qui sont entremêlées aux vaisseaux. Le rôle de ces terminaisons nerveuses papillaires est probablement d'intervenir dans le maintien de la trophicité et dans le renouvellement du poil et du cheveu au cours du cycle pileux.

A. Les facteurs de croissances et de chutes des cheveux [14] [15] [16] [17]

De nombreux facteurs modifient la croissance des cheveux et provoquent leur chute. Ces facteurs peuvent être hormonaux, héréditaires et génétiques, nutritionnels, psychiques, sexuels fonction de l'âge, extérieurs, mécaniques, chimiques, circulatoires, médicamenteux, infectieux et fonction du tabac.

1.1) hormonaux

La chute des cheveux dépend essentiellement des hormones sexuelles. Les hormones mâles appelées hormones androgènes, sont responsables en grande partie de la chute des cheveux. Elles provoquent une séborrhée et une atrophie progressive du noyau situé dans le bulbe pileux. Ce phénomène est dû à une

sensibilité particulière du follicule pilosébacé à la dihydrotestostérone (DHT) formée à partir de la testostérone sous l'action d'une enzyme appelé la 5-alpha-réductase. Attention cependant, car si l'excès de sébum et parfois associé à une alopecie, il ne faut pas en conclure pour autant que le phénomène de cheveux Gras est un signe de future alopecie. Les autres hormones agissant sur la croissance des cheveux sont les œstrogènes, hormones femelles, qui au contraire ont une action inhibitrice des androgènes au niveau des bulbes du cheveu.

Les hormones thyroïdiennes et parathyroïdiennes, quand elles sont sécrétées en trop forte ou trop faible quantité, interviennent aussi sur le cycle pileux mais plus faiblement. L'aspect du cheveu est surtout modifié pendant les importantes modifications hormonales de la vie (puberté, grossesse, post-partum, ménopause).

1.2) héréditaires et génétiques

La nature, la densité, la forme, l'épaisseur, la couleur et la longueur des cheveux sont Génétiquement déterminées et sont différentes d'un individu à l'autre, au sein d'une même famille ou selon l'ethnie. Ce facteur intervient aussi dans la calvitie. Ainsi, un caucasien a plus de chance d'avoir une calvitie qu'une personne asiatique.

1.3) nutritionnels

Une alimentation mal équilibrée et notamment carencée en protéines, en acides aminés soufrés (cystine, méthionine, cystéine) en oligo-éléments (cuivre, zinc, fer, phosphore, plomb, arsenic), en vitamines (A, B5, B6, B12, C, E, H, PP) et en acides gras essentiels (acide linoléique, linoléique) influent sur la croissance du cheveu, sa finesse et sa dépigmentation. Attention donc à tous les régimes amaigrissant drastiques et/ou la prise d'anorexigènes qui engendrent de nombreuses carences. de plus, une alimentation riche en sucres et en graisses qui favorise l'hypercholestérolémie, l'hypertriglycéridémie et le diabète ne va altérer la capacité de vasodilatation artérielle et les échanges, et donc favoriser la chute du cheveu.

1.4) psychiques

Un choc émotionnel traumatique, des troubles psychologiques, des périodes de stress sous toutes leurs formes, peuvent être à l'origine d'une perte de cheveux les jours (10 à 15) voir les semaines qui suivent (généralement 3 à 5 mois environ) (14). Cette chute est cependant spontanément régressive après plusieurs semaines. Le follicule pileux est le tissu de l'organisme dont la vitesse de multiplication est la plus rapide. Ceci signifie qu'en cas de problème ou de

stress, la pousse peut être stoppée. C'est la cause de chute la plus fréquente chez la femme [18].

1.5) sexuels et âges

Les cheveux poussent plus vite chez la femme que chez l'homme, et plus rapidement chez l'enfant en période de croissance. Cette poussée commence à diminuer à partir de la puberté.

1.6) extérieurs

La croissance est différente selon les saisons. En effet, elle est plus rapide l'été avec le soleil que l'hiver. De plus, la vie citadine et sa pollution atmosphérique ralentissent la pousse des cheveux.

1.7) mécaniques

La chute des cheveux est favorisée chez les femmes qui ont des habitudes de coiffures connues pour être très agressives pour le cheveu. Les brushings, les tresses très serrées et chignons, les « défrisages » et les bigoudis entraînent un effilochage et une véritable cassure des cheveux. De plus, certaines manies ou tics de grattage (la trichotillomanie) d'une zone du cuir chevelu peuvent entraîner des chutes par arrachage tout comme un brossage trop brutal.

1.8) chimiques

Parmi les facteurs chimiques on trouve les décolorations trop rapprochées, les Shampoings mal adaptés et les permanentes qui fragilisent la tige capillaire en détériorant sa structure par les agents tensio-actifs qu'ils contiennent. Ces facteurs favorisent l'élimination des cheveux lors du brossage.

1.9) circulatoires

Une mauvaise vascularisation et innervation du bulbe pileux provoque un ralentissement des mitoses et favorise la chute du cheveu. Comme indiqué auparavant, l'hypercholestérolémie, l'hypertriglycéridémie et le diabète vont altérer la capacité de vasodilatation des artérioles et donc favoriser la chute de cheveu.

1.10) médicamenteux

La plupart des traitements anticancéreux (anti mitotique), certains anticoagulants,

Diurétiques antihypertenseur et hypolestérolémiants, les héparines, des dérivés La colchicine, des psychotropes (amphétamines et lithium), la vitaminothérapie (Si surdosage en vitamine A), les antagonistes de l'acide folique (méthotrexate), les traitements hormonaux (antithyroïdiens de synthèse, stéroïdiens de synthèse surtout chez la femme), et certains types d'intoxication comme avec le sel de thallium (un raticide), ainsi que les radiothérapies ou accidentelles ou thérapeutique sont responsables de chutes de cheveux.

1.11) les infections

Toute maladie infectieuse peut donner lieu à une chute de cheveux parfois très importante jusqu'à plusieurs mois après. Un tel épisode de chute est régulièrement retrouvé lors d'un épisode de fièvre typhoïde, de rougeole, ou encore de syphilis. Une chute de cheveu est également retrouvée lors d'un état grippal bénin s'il est associé à une fièvre prolongée sur plusieurs jours et supérieure à 39,5°. une infection fongique peut aussi provoquer une perte locale de cheveux.

1.12) le tabac

Le tabagisme est responsable d'un vieillissement prématuré des cheveux avec une aggravation de l'alopecie androgénique et du grisonnement des cheveux. Le tabac intervient sur la microcirculation. Or, comme déjà expliqué, la croissance des cheveux dépend de la qualité de cette vascularisation. En effet, lors d'une diminution de la vascularisation, les cheveux seront moins bien alimentés en nutriments. L'effet néfaste du tabac sur les cheveux a été confirmé Par une étude de 2007 qui confirme le lien entre alopecie et tabac chez les asiatiques [19]

Classification des Alopecies :

Les alopecies sont soit d'origine acquise ou congénitale.

I- les alopecies acquises :

A. Les alopecies acquises non cicatricielles

1- Localisée :(mais pouvant s'étendre)

1-1 pelade

1-1-2 définition

La pelade est une affection fréquente, caractérisée par une alopecie en aire, localisée, mais pouvant se généraliser. Il s'agit d'une maladie auto-immune- car souvent associée à d'autres MAI- dont l'étiologie reste mal connue. On retrouve aussi fréquemment un terrain topique. Elle se voit à tous les âges.

1-1-3 Epidémiologie

Le risque de développer une pelade au cours de sa vie est estimé à 1,7%. Il n'existe aucune prédominance du sexe. C'est le motif d'environ 2% des consultations dermatologiques. Une personne atteinte sur deux à moins de 20 ans, et 2% des pelades débuteraient avant l'âge de 2 ans. L'incidence familiale varie selon les études de 10 à 27%. Si l'un des deux parents est atteint d'une pelade grave, le risque pour l'enfant de développer une pelade au cours de sa vie serait de 6% et celui de développer une pelade grave de 2% [20]

1-1-4 Clinique

Une plaque alopecique glabre ronde, à limite régulières entourée de cheveux très courts dont l'extrémité est renflée : on parle de cheveux en point d'exclamation. Dans les formes graves, on observe des cheveux cassés dès leur émergence formant un dépôt noirâtre, comblant l'orifice folliculaire. Elle peut toucher également les poils (barbe, sourcils, cils) ainsi que les ongles.

1-1-5 Diagnostic

Le diagnostic peut être fait sur des bases cliniques. Une biopsie du cuir chevelu est rarement nécessaire, mais elle peut être utile

1-1-6 Diagnostic différentiel

Alopecie androgénique : la perte de cheveux est structurée et est généralement plutôt que aigue progressive.

Effluvuim télogène : l'alopecie diffuse est difficile en absence d'un facteur de précipitation évident.

Syphilis : la syphilis est rarement observée mais doit être suspectée chez les patients à haut risque ou présentant d'autres signes ou symptômes une formation de croute localement sur le cuir chevelu

1-1-7 Le traitement

Le traitement des formes mineures fait appel en première intention à la corticothérapie locale. On proposera un dermocorticoïde de classe 1 (Dermoval) en crème à raison d'une application par jour, (suivie par un dermocorticoïde de classe 2 chez l'enfant), et associé à du Minoxidil à 2 ou 5%. L'efficacité du traitement ne sera visible que trois mois après le début des applications. Dans les formes sévères (pelade universelle, décalvante totale ou ophiasique étendue), on essaiera la puvathérapie corporelle totale. Une prise en charge psychologique (réassurance soutien) est quant à elle fondamentale. La rechute est fréquente

1-2-La trichotillomanie

1-2-1 Définition

La trichotillomanie (TTM) est un tic de manipulation et /ou d'arrachage des cheveux conduisant à une alopecie visible, le plus souvent circonscrite, plus ou moins étendue, mais qui peut parfois concerner l'ensemble du cuir chevelu et /ou d'autres zones pileuses (cils, sourcils, poils axillaires et pubiens). C'est une maladie souvent assez mal connue par les médecins.

1-2-3 Epidémiologie

La trichotillomanie toucherait de 1 à 2% de la population ; chez l'adulte, dans 9 cas sur 10, elle concerne un sujet de sexe féminin. Chez les enfants, la maladie est moins sévère et prend fin généralement assez rapidement.

On observe deux pics de fréquence de la trichotillomanie, l'un vers l'âge de 2 ans, l'autre vers 10-12 ans.

1-2-4 Clinique

A l'examen clinique, on constatera des tiges pilaires de longueurs différentes qui semblent avoir été altérées ainsi que des plaques d'alopecie de forme angulaire et asymétrique. [21]

1-2-5 Les différentes formes :

La maladie se présente sous 2 formes différentes, qui peuvent toutefois cohabiter chez un même patient :

- la trichotillomanie concentrée sur le geste, où la personne a pleinement conscience de ce qu'elle fait, ressent le besoin de s'arracher les cheveux, et éprouve un apaisement ou de la culpabilité après avoir réalisé son geste ;
- la trichotillomanie automatique, sorte de réflexe à peine conscient, qui a généralement lieu au cours d'une activité sédentaire (regarder la télévision...).

1-2-6 Les étiologies :

La trichotillomanie est mal connue. Plusieurs aspects semblent intervenir :

- un terrain génétique particulier ;
- un problème au niveau de certains messagers chimiques produits par le cerveau (sérotonine, dopamine) ;
- l'existence d'une dépression ;
- des traumatismes subis.

1-2-7 diagnostics

Le diagnostic se fait grâce aux symptômes: l'auto-arrachage des cheveux à l'origine d'une alopecie, une détresse et des difficultés sociales dues au trouble, une tension psychologique croissante avant l'arrachage, un plaisir ou un soulagement après l'arrachage et aucun autre trouble mental explicatif. C'est un trouble du contrôle des impulsions.

1-2-8 Traitement :

Sur une psychothérapie : les thérapies cognitivo-comportementales sont particulièrement adaptées. L'association éventuelle de médicaments : la clomipramine, un antidépresseur de la famille des tricycliques qui agit sur certains neurotransmetteurs, est la molécule qui semble la plus à même de réduire ces comportements compulsifs. Elle ne peut cependant pas être prescrite chez l'enfant. Dans certains cas, un médicament de la famille des inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS) est proposé au patient.

1-3- La teigne

1- 3-1 Définition

Les teignes sont des affections du cuir chevelu et des poils, provoquées par des champignons microscopiques du groupe des dermatophytes.

1-3-2 Epidémiologie

Dans une étude de 2003 réalisée en Afrique au service de dermatologie-vénérologie du C.H.U de Guinée, des chercheurs ont mis en évidence la prédominance masculine de l'atteinte ainsi que la tranche d'âge la plus touchée : entre 6 et 14 ans. En effet, les enfants vont facilement toucher le pelage des animaux contaminés par les champignons (chat, chien, lapins, chevaux...). L'éviction scolaire est obligatoire chez les enfants atteints de teigne.

1-3-3 Physiopathologie

Les champignons vont venir attaquer la kératine de la tige pileuse, ce qui la fragilise et entraîne une cassure des cheveux. Ce sont des infections fongiques très contagieuses transmises soit par un animal soit par une personne contaminée, elles peuvent également être transmises soit par une personne contaminée, elles peuvent également être transmises de façon très rare par la terre.

1-3-4 Clinique

La teigne se manifeste au niveau du cuir chevelu par une ou plusieurs taches rouges arrondies, souvent recouvertes de squames et dépourvues de cheveux. Il existe deux teignes tondantes majoritaires donnant des tableaux

Cliniques différents :

- Les teignes trichophytiques : dominantes, elles sont très contagieuses et sont très fréquentes en Afrique. Les spores sont très résistantes à l'environnement, elles apparaissent sous forme de nombreuses petites plaques de 1 à 5 millimètres de diamètre. Les cheveux atteints sont coupés au ras du cuir chevelu.
- Les teignes microsporiques : en France, elles sont le plus souvent dues à *Microsporum Canis* après contact avec des animaux. Elles apparaissent sous une ou deux plaques alopecique de 2 à 5 centimètre de diamètre. Les lésions sont couvertes de fines squames grisâtres et les cheveux sont cassés à 4-6 millimètres du crâne.

1-3-5 Diagnostic

La présence d'une tache rouge avec des squames sur le cuir chevelu est

Généralement très évocatrice. Pour affirmer la présence de champignon, un examen à la lumière de Wood (lape ultraviolet) sera réalisé, il permet de les rendre fluorescents et permet ainsi de conforter le diagnostic. Un prélèvement mycosique sera également réalisé ou l'on grattera les lésions à la curette pour récupérer les squames et cheveux parasités. [22]

1-3-6 Traitement

Le traitement des teignes est différent des traitements pour les alopecies, il ne va pas nécessiter de vitamines, minéraux, oligo-éléments... Ici le traitement de référence est un antimycosique par voie orale (GRISEFULINE® 10 à 20mg / kg /j chez l'enfant et 500 à 1g/J FULCINE®) associé à des lotions antimycosiques par voie locale (DAKTARIN®, PEVARYL®). Une nouvelle consultation quatre semaines après le traitement est nécessaire. Généralement, l'apparition des teignes régressent spontanément à la puberté sans donner d'alopecie cicatricielle

2. diffuses

2-1 Effluvium télogène

2-1-2 Définition

Il s'agit chute importante des cheveux sans plaques alopeciques. Elle est le plus souvent aigue ou subaiguë et survient dans les 2 mois.

2-1-3 Clinique

Elle concerne les cheveux en phase d'expulsion. Elle touche l'ensemble de la chevelure avec une perte de cheveux diffuse, une impression d'éclaircissement de la chevelure, s'accompagnant de cheveux retrouvés sur les vêtements, au sol ou sur la brosse à cheveux. On la retrouve principalement chez les femmes. Elle n'évolue jamais vers une calvitie totale.

Plusieurs étiologies sont possibles :

- ✓ Post-partum ;
- ✓ Fièvre élevée ;
- ✓ Infections diverses ;
- ✓ Maladies inflammatoires ;
- ✓ Chirurgie ;
- ✓ Médicaments.

A un degré moindre, il existe un effluvium télogène physiologique saisonnier en automne et au printemps. Il est suivi d'une repousse normale.

2-1-4 Traitement

Ce type d'alopecie, féminine, ne nécessite aucun traitement.

La prise en charge psychologique est essentielle, ces <<chutes de cheveux>> ayant souvent un retentissement psychologique majeur. Il est important de rassurer les patientes sur le caractère généralement transitoire de la symptomatologie.

2-2 effluvium anagène

2-2-1 Définition

Il est la résultante d'une interruption prématurée de la phase anagène, faisant suite à une agression métabolique aiguë et sévère des cellules à croissance rapide du bulbe. Cette agression aboutit à la formation d'un cheveu dystrophique (bout effilé sans matrice ni gaine épithéliale au microscope). La chute de cheveux qui s'en suit est généralement importante avec un délai court allant de quelques jours à quelques semaines [23].

2-2-2 étiologies

- Médicaments cytotoxiques (colchicine, chimiothérapies)

L'alopecie survient usuellement 1 à 2 semaines après le début de la chimiothérapie, avec une atteinte maximale entre le 1er et le 2ème mois. Le cuir chevelu est souvent le plus touché, mais tous les poils du corps (cils et sourcils inclus) peuvent aussi l'être.

- Radiations (rayons X) [23] Elles sont aussi connues pour causer des alopecies permanentes et des alopecies télogène.
- Intoxications aux métaux lourds (thallium, mercure, arsenic, cuivre, cadmium, bismuth) à l'acide borique

2-3 Alopecie androgénique

2-3-1 définitions

L'alopecie androgénique est un processus de chute anormal des cheveux obéissant à des facteurs endocriniens et génétiques.

2-3-2 Epidémiologie

Elle est plus fréquente chez les individus de race blanche que chez les personnes de race noire ou asiatique. Elle représente 90% des causes de chute de cheveux. Elle touche plus précocement les hommes, environ 30% à 30 ans, 40% à 40 ans et 50% à 50 ans, que les femmes, 25% étant concernées entre 35 et 45 ans et 35% à 45% à 50 ans. Plus l'âge de survenue de l'alopecie est précoce, plus elle risque d'être importante. [24]

2-3-3 Clinique

Elle se traduit par une chute diffuse chronique. C'est donc une chute de cheveux progressive sur plus de 3 mois. Il existe deux types de classification de l'alopecie androgénétique Norwood chez l'homme et Ludwig chez la femme.

Chez l'homme, l'alopecie débute au niveau des zones fronto-temporales évoluant progressivement vers le vertex. [24]

Chez la femme, on recherche une hyper androgénie, c'est à dire une augmentation des androgènes circulants, pour ensuite adapter le traitement.

L'atteinte se fait au niveau frontal de façon diffuse ou localisée.[24]

2-3-4 les étiologies

L'alopecie androgénique est due principalement à l'hyperactivité des 5 alpha réductase, qui convertit la testostérone en dihydrotestostérone au niveau du follicule pileux. La dihydrotestostérone accélère le renouvellement des follicules pileux et progressivement, on observe une diminution du diamètre des cheveux, puis un affinement, pour aboutir à la disparition du follicule pileux. Le facteur héréditaire est important car il aggrave ce phénomène. [24]

Il y a trois facteurs à l'origine de la chute:

Le facteur vasculaire

Le réseau capillaire étant insuffisant au niveau de la papille, il y a une mauvaise circulation au niveau du cuir chevelu.

Le facteur hormonal

Les androgènes sont à l'origine d'une accélération des cycles pilaires et d'une hyper séborrhée qui asphyxie les cheveux.

Le facteur tissulaire

On observe un relâchement et une fibrose du tissu de soutien du bulbe et des micro-inflammations du bulbe pileux. [25]

2-3-5 Traitement

Application locale de minoxidil à 2% ou 5% ; la forme à 5% est réservée aux hommes. Les bénéfices éventuels de ces traitements ne sont visibles qu'après 6 à 12 mois. Ils varient d'un sujet à l'autre. Les traitements ne sont que suspensifs. Un soutien psychologique est le plus souvent indispensable.

Les greffes de follicules pileux peuvent aussi être proposées.

B- Les alopecies acquises cicatricielles

Elles sont secondaires à des processus inflammatoires et elles se caractérisent par une disparition irréversible des follicules pileux, remplacés par une fibrose de collagène, interdisant toute repousse. Une biopsie est nécessaire pour le diagnostic, avec des coupes verticales pour observer l'infiltrat et horizontales pour observer le nombre de follicules pileux.

On distingue

-Les alopecies cicatricielles primaires, au cours desquelles le follicule pileux est spécifiquement la cible du processus destructeur et

-Les alopecies cicatricielles secondaires, résultants d'une destruction non spécifique.

1 Les alopecies immunologiques

1 Lupus érythémateux chronique

1-1-1 Définition

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie inflammatoire auto-immune chronique de cause inconnue, caractérisée par une atteinte systémique et par une évolution par poussée, atteignant un ou plusieurs appareils, entrecoupée de rémissions multiples.

1-1-2 Epidémiologie

C'est une cause fréquente d'alopecie cicatricielle. Le lupus touche 2 à 5 fois plus fréquemment les femmes que les hommes, avec une moyenne d'âge de 30 ans.

1-1-3 Clinique

Cette maladie entraîne la formation de plaques d'alopecies érythémateuses bien délimitées associées à une hyperkératose en squames sèches en bordure des plaques.

1-1-4 Diagnostic

L'histologie met en évidence une hyperkératose, un épiderme atrophique, une dégénérescence vacuolaire de la couche basale et un infiltrat lymphocytaire péri pilaire superficiel et profond. L'immunofluorescence est positive dans 90% des cas et montre des dépôts granulaires en bande le long de la jonction dermo-épidermique, constitués d'IgG et d'IgM.

1-1-5 Traitement

Le traitement repose en première intention sur les antipaludéens de synthèse (Nivaquine ou Plaquénil »). L'hydroxychloroquine est utilisée à la posologie de 200 à 400 mg/j chez l'adulte et 4 à 6 mg/Kg/j chez l'enfant, associée à des dermocorticoïdes locaux de classe I (propionate de clobétasol, Dermoval) en application biquotidienne. L'efficacité du traitement est évaluée après 4 à 8 semaines de traitement.

Des injections d'acétonide de triamcinolone dilué à 10 mg/ml toutes les 4 à 6 semaines peuvent donner des résultats positifs. En deuxième intention, on proposera un autre antipaludéen de synthèse associé à une corticothérapie par voie générale comme la prednisone à 0,75mg/Kg. La thalidomide et la disulone sont utilisés en troisième intention. Le lupus est très sensible aux traitements, une repousse partielle est possible en cas de prise en charge rapide. La chirurgie réparatrice est envisageable au stade de séquelles six mois après stabilisation de la maladie. [26] [27]

1-2 Lichen plan

1-2-1 Définition

On parle également de lichen plan folliculaire, c'est une maladie inflammatoire du cuir chevelu, c'est une des causes les plus fréquentes d'alopecie cicatricielle, survenant fréquemment chez la jeune femme.

1-2-2 Clinique

on constate des plaques d'alopecie s'étendant de façon centrifuge, au centre des plaques se trouve une peau luisante et atrophique, puis, en périphérique se trouvent des follicules pileux inflammatoires, rouges, présentant une desquamation.

1-2-3 Diagnostic

La biopsie révèle un infiltrat lymphocytaire, moins dense qu'au cours d'un lupus, associé à des glandes sébacées atrophiées, des nécroses kératinocytaires et une atteinte de la membrane basale inconstante. Le diagnostic se confirme avec l'immunofluorescence directe positive dans 40 à

64% des cas, elle caractérise la présence de corps cystoïdes le long de la membrane basale du follicule pileux marqué par le sérum anti-IgM.

1-2- 4 Traitement

La corticothérapie locale forte en crème ou en lotion selon le schéma suivant: deux applications par jour pendant trois semaines, puis une fois par jour pendant trois semaines, puis un jour sur deux pendant six semaines. Des injections intradermique d'acetonide de triamcinolone dilué à 10 ou 20 mg/ml toutes les trois à six semaines sont plus efficaces et peuvent être utilisées seules ou en association à la corticothérapie locale. La corticothérapie par voie systémique est réservée aux formes sévères résistant à la corticothérapie local L'efficacité de l'acitrétine est reconnue. Dans le lichen plan très évolutif, la ciclosporine constitue une alternative à la corticothérapie. [26] [27]

1-3 La pseudo-pelade de Broch

1 3-1 définition

Il s'agit d'une alopecie peu ou non inflammatoire, constituée de petites zones d'alopecies atrophiées, blanches et lisses sur le vertex et l'occiput, réalisant un aspect « d'empreinte de pas dans la neige » et évoluant vers de larges plaques.

1 3-2 Epidémiologie

Elle touche principalement les adultes et surtout les femmes. L'évolution est lente et progressive sur plusieurs années, avec des périodes de rémissions.

1-3-3 Diagnostic

Histologique met en évidence un infiltrat lymphocytaire modéré ou minime souvent superficiel, au début de la phase inflammatoire, puis une fibrose périfolliculaire s'installe. Au stade cicatriciel, il ne reste qu'une bande fibreuse verticale et le muscle arrecteur. L'immunofluorescence cutanée direct est négative, on observe seulement quelques dépôts d'IgM au niveau de la jonction dermo-épidermique.

1-3-4 Traitement

Les traitements sont peu efficaces et en général, la maladie s'autolimité après quelques années d'évolution. On peut proposer dans un premier temps une corticothérapie locale en lotion ou en crème en application quotidienne, associée à un antipaludéen de synthèse comme l'hydroxychloroquine à 400mg/j pendant deux mois. L'évolution est lente et progressive sur plusieurs années, avec des périodes de rémissions.

En cas d'inefficacité au bout de deux mois, on peut changer l'antipaludéen de synthèse ou proposer une corticothérapie systémique à 0,75 mg/Kg/j pendant 15 jours en diminuant progressivement les doses sur quatre mois. Entre les poussées, et dans les cas d'évolution très lente, on choisira l'abstention thérapeutique. La chirurgie réparatrice peut être envisagée en cas de séquelles, mais six mois après stabilisation de la maladie.[26] [27]

1-4 Alopecie frontale fibrosante

Elle est cliniquement apparentée au lichen plan pilaire, elle touche les régions frontales et temporales et entraîne progressivement une chute de cheveux dans cette région donnant un aspect d'alopecie cicatricielle dit « en couronne ».

On la retrouve chez les femmes après la ménopause

1-5 Alopecie centrale centrifuge cicatricielle du vertex : ACCCV

1-5-1 Définition

C'est une cause d'alopecie cicatricielle fréquente chez les femmes noires aux Etats-Unis. A l'origine, Il avait été mis en évidence que toutes les femmes atteintes défrisaient leurs cheveux avec un peigne métallique fortement chauffé sur des mèches préalablement enduites de vaseline d'où le nom de «alopecie du peigne chaud ».La vaseline liquéfiée brulante retombant sur le cuir chevelu serait à l'origine de la destruction des follicules

1-5-2 Clinique

L'aspect clinique montre une alopecie cicatricielle bien limitée au vertex au début, d'extension progressive centrifuge. A la biopsie, on observe un infiltrat lymphocytaire périfolliculaire situé à la partie supérieure du follicule. Ensuite, on observe une fibrose qui entoure le follicule, conservant le muscle arrecteur.

1-5-3 Le traitement

Repose sur l'arrêt des pratiques agressives comme les nattes serrées, la chaleur excessive, les tractions, les défrisages. On recommande l'utilisation de peignes non métalliques, à branches écartées, et une humidification des cheveux avant les brossages, associée à l'application d'émollients non comédogènes. En cas de poussées pustuleuses, on traite par les cyclines per os à raison de 100 mg/jour en évitant la minocycline responsable de réaction d'hypersensibilité plus importante chez les sujets noirs. Pour renforcer et donner du volume aux cheveux non atteints, on peut utiliser le minoxidil à 2%. Le minoxidil à 5% est à éviter car il peut être responsable d'hypertrichose faciale chez la femme noire.

1-6 L'alopecie mucineuse ou mucinose folliculaire

1-6-1 Définition

C'est une maladie caractérisée par l'accumulation d'une substance amorphe: la mucine, au niveau des follicules pileux et des glandes sébacées. Elle se déclare à tout âge mais plus volontiers chez les hommes d'une quarantaine d'années.

1-6-2 Clinique

L'aspect clinique présente une alopecie, des orifices pilaires dilatés, des plaques érythémateuses et des papules folliculaires roses ou jaunâtres localisées au niveau du visage, du cou, des sourcils, du cuir chevelu. L'atteinte des sourcils est évocatrice de cette maladie. La biopsie montre un infiltrat lymphohistiocytaire plus ou moins important, entre les follicules pileux. On observe sur le plan histologique, dans la partie moyenne du follicule pileux, un œdème important et une dégénérescence des kératinocytes aboutissant à la formation de cavité contenant des dépôts de mucine.

1-6-3 Traitement

De multiples traitements sont proposés, mais leur efficacité est inconstante. Les corticoïdes topiques, la minocycline, l'isotrétinoïne, la photothérapie, les antipaludéens de synthèses peuvent être essayés. Cette maladie est rare, et l'absence d'études contrôlées sur l'efficacité des traitements, rend difficile l'approche thérapeutique. [27]

1-7 Sclérodermie

Une forme localisée de sclérodermie se nommant la sclérodermie en coup de sabre, montre une bande blanche nacré alopeciante partant du cuir chevelu vers le front. Le traitement consiste en une corticothérapie générale à forte dose. [26] [27]

1-8 Sarcoïdose

L'aspect clinique peut être différent : papules, plaques ou lésions atrophiques, c'est pourquoi, le diagnostic sera histologique. Le traitement consiste à donner des corticoïdes de classe 1 en local ou intra lésionnels. [26] [27]

1- les alopecies infectieuses

2-1 Les teignes cicatricielles

Les teignes inflammatoires ou Kérions et les teignes faviques ou favus, peuvent être à l'origine d'alopecie cicatricielle

2-2 Les folliculites pyococciques

Il y en a plusieurs types

2-1 La folliculite décalvante de Quinquand

2 2-1 définitions

Elle montre des plages d'alopecies cicatricielles par destruction successive des follicules. On retrouve souvent un staphylocoque doré dans les prélèvements dont la pathogénicité est discutée.

2-1-2 Clinique

Présente des plaques uniques ou multiples avec en bordure des plaques, des pustules folliculaires et des croûtes. La sclérose est importante, elle engaine le cheveu et donne un aspect d'émergence des cheveux « en touffe » à la périphérie des plaques. L'évolution est chronique et peut aboutir à une alopecie diffuse.

2-1-3 Diagnostic

Sur le plan histologique, les pustules sont superficielles, et entourées par un infiltrat inflammatoire riche en polynucléaires neutrophiles.

2-1-4 Traitement

Le traitement comprend des antibiotiques généraux comme la doxycycline à raison de 100 à 200 mg/jour pendant 6 à 12 mois. L'efficacité est transitoire. En cas de récurrence, le traitement sera repris et prolongé plusieurs années. En cas d'échec l'association d'acide fusidique (1g/jour) avec le zinc per os (30 à 60 mg/jour) ou l'association rifampicine (300 mg deux fois / jour) et clindamycine (300 mg deux fois / jour) sur une durée de 10 semaines ont montrés une efficacité. L'isotrétinoïne n'est pas efficace. [27]

2-2 L'acné chéloïdienne de la nuque

Elle survient surtout chez les hommes noirs qui ont les cheveux crépus après l'adolescence. Il y a une première phase inflammatoire avec des petites papulopustules folliculaires puis une phase cicatricielle avec la formation de cicatrices chéloïdes d'abord punctiformes périfolliculaires puis formant des plaques chéloïdiennes. Histologiquement, on observe des infiltrats mixtes riches en lymphocytes, plasmocytes et polynucléaires neutrophiles péri et intra folliculaires. Le traitement consiste à donner des corticoïdes locaux ou intra lésionnels, des sels de zinc et éventuellement l'isotrétinoïne per os. L'association de rifampicine et clindamycine peut être efficace. La chirurgie reste le meilleur traitement, les précédents donnant souvent des résultats décevants. [27]

2- 3 Cellulite disséquante du cuir chevelu

Elle atteint également l'homme jeune et se traduit par la présence de nodules

Douloureux interconnectés formant des sinus purulents ainsi que des croûtes causant une perte de cheveux de la zone atteinte. Elle est considérée comme une sorte de maladie de Verneuil du cuir chevelu

3 Les alopecies tumorales

Les proliférations tumorales qu'elles soient bénignes ou malignes, tels que les carcinomes basocellulaires, les carcinomes spinocellulaires, les métastases (sein, poumon, rein), les lymphomes B et T peuvent être à l'origine d'une alopecie cicatricielle. [26]

Alopecie de friction

Elle résulte du frottement d'un chapeau, casquette ou casque.

Alopecie de traction

Elle est liée à des habitudes cosmétiques particulières comme les nattes, les queues de cheval, le défrisage.

Alopecie post-traumatique

Un hématome entraîne une chute de cheveux localement, la repousse sera observée deux mois après. En cas d'arrachage, les cheveux repoussent sauf si il y a des lésions. [26]

Alopecie après brûlure ou radiothérapie

II. Les alopecies congénitales

L'alopecie congénitale est rare et elle est présente dès la naissance. On observe soit une absence de racine de cheveu, soit une anomalie de la tige pileaire. C'est une alopecie cicatricielle, c'est à dire que la personne n'aura jamais de cheveux de façon diffuse ou localisée.

Les différentes étiologies observées sont :

- Suite à un traumatisme obstétrical avec ou sans hématome
- Au niveau d'une prolifération cellulaire (hématome épidermique, angiome, mastocytome)
- Une pelade congénitale : elles provoquent souvent une alopecie totale.

Etiologie des alopecies chez la femme de 15 à 45 ans

-Une aplasie cutanée circonscrite du vertex : il y a deux à quatre zones d'alopecie du vertex, d'aspect cicatriciel dès la naissance et évoluant vers une phase d'ulcération qui cicatrise au cours des premières semaines de vie.

- Une alopecie triangulaire de la tempe : on observe un triangle d'alopecie à la base antérieure temporale.

-Une alopecie occipitale du nouveau-né: elle résulte de la fragilité des cheveux occipitaux et des frottements sur l'oreiller.

- Atrichie congénitale: l'alopecie est isolée ou associée à d'autres anomalies diverses. [26] [28]

IV. Méthodes et patients :

1. Cadre de l'étude : Notre étude s'est déroulée dans le service de dermatovénérologie du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), ex Institut Marchoux qui représente le plus grand centre de référence dermatologique du Mali.

Le CNAM est un établissement public à caractère scientifique et technologique (EPST), né de la rétrocession de l'institut Marchoux en 1998. Son centre d'activité couvre la recherche sur les maladies endémo-épidémiques, la recherche vaccinale, clinique, l'appui aux programmes, la formation continue et l'enseignement. Il est situé en commune IV du district de Bamako précisément dans le quartier de djicoroni para.

Les services techniques du CNAM sont répartis entre trois départements :

Département clinique, Département Formation, Département appui aux programmes. Le département clinique comporte les services suivants :

Léprologie

Animalerie expérimentale, Dermatologie Vénérologie, Biologie, Chirurgie-réhabilitation.

Le Centre de Développement des Vaccins (CVD) est un service de recherche du CNAM essentiellement axé sur la recherche vaccinologique.

2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive allant du février 2018 au février 2019

1. Population

Elle était représentée par l'ensemble des femmes de 15 à 45 ans consultant dans le service durant la période d'étude.

✓ Définition des cas

Ont été définies comme alopecie toute patiente âgée de 15 à 45 ans, consultant pour perte de cheveux localisée ou diffuse.

✓ Critère d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude toute patiente répondant à la définition de Cas et ayant accepté de participer à l'étude.

✓ **Critère de non inclusion**

Ont été exclus de cette étude toute patiente ne répond pas à la définition des cas

Les hommes consultants pour alopecie, les femmes moins de 15 ans ou plus de 45 ans.

2. Procédure d'admission des cas:

Tous nos cas ont été recrutés durant les consultations de routine.

Le Diagnostic reposait sur la clinique.

3. Aspect éthique :

-Le consentement éclairé des cas était obtenu avant chaque inclusion.

- L'anonymat des cas était garanti
- L'inclusion ne représentait aucun risque pour les cas.
- Aucun geste invasif n'a été pratiqué

4. Recueil et analyse des données : les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête, et analysées sur le logiciel épi info version 7 Français et saisies sur le logiciel Microsoft Word 2013.

Le test de khi deux a été utilisé avec un degré de significativité $p < 0,05$.

5. Les variables suivants ont été étudiés :

- ✓ sociodémographique : âge, profession, résidence, statut matrimonial
- ✓ Diagnostic étiologique
- ✓ Habitude pratique et cosmétique : tissage, rajout, défrisage, shampooing, crème capillaire, teinture des cheveux
- ✓ Nature : cicatricielle ou non cicatricielle
Siege : frontal, vertex, temporal, pariétal, occipital

Définition des termes :

Les alopecies traumatiques :

Alopecie par compulsion : trichotillomanie
Alopecie par Tics : tic, frottement, cognement de la tête
Alopecie par Traction : traction dans le cadre d'une maltraitance
Alopecie par pression par friction : immobilisation prolongée (coma, intervention, nursing insuffisant) massage vigoureux, trachoreiamanie
Dermatose prurigineuses : acné nécrotique, folliculite, lichenification, excoriations prurigo nodulaire, pédiculose, psoriasis, dermatose séborrhéique
Alopecie thermique : brulure, séchage cheveux, bigoudis chauds, huile chaude
Alopecie post radiothérapie

[29]

Les alopecies inflammatoires : La Pelade, le lupus le lichen plan, la sclérodermie, la pseudo-pelade de Broch, acné chéloïdienne de la nuque, la cellulite disséquante, sarcoïdose, alopecie frontale fibrosante, folliculite décalvante, alopecie mucineuse.

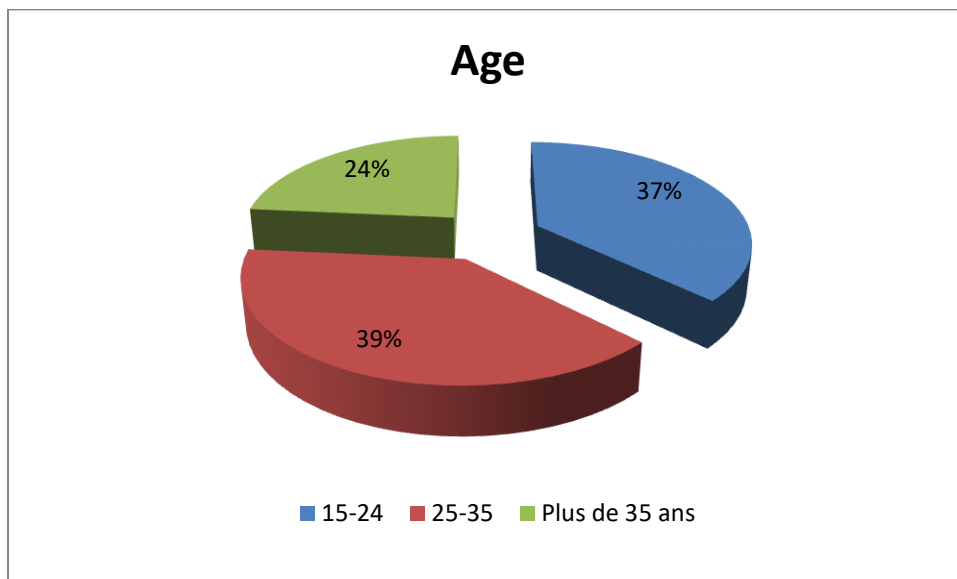
V. Résultats :

Nous avons recrutés 102 cas d'alopecie sur 7223 femmes de 15 à 45 ans ayant consulté au cours de la période avec une prévalence de 1,41% (résultats).

1. Données épidémiologiques :

Age : la tranche d'âge 25-35 ans représentait 39%, La moyenne d'âge était de 28 ans.

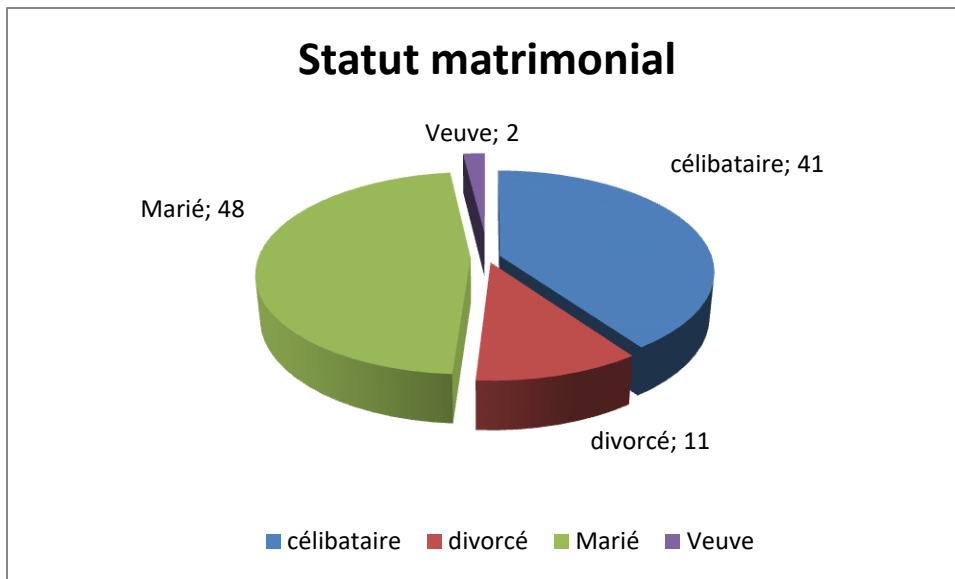
Figure 3 : Répartition de l'échantillon selon l'âge



Moyenne d'âge est de 28 ans.

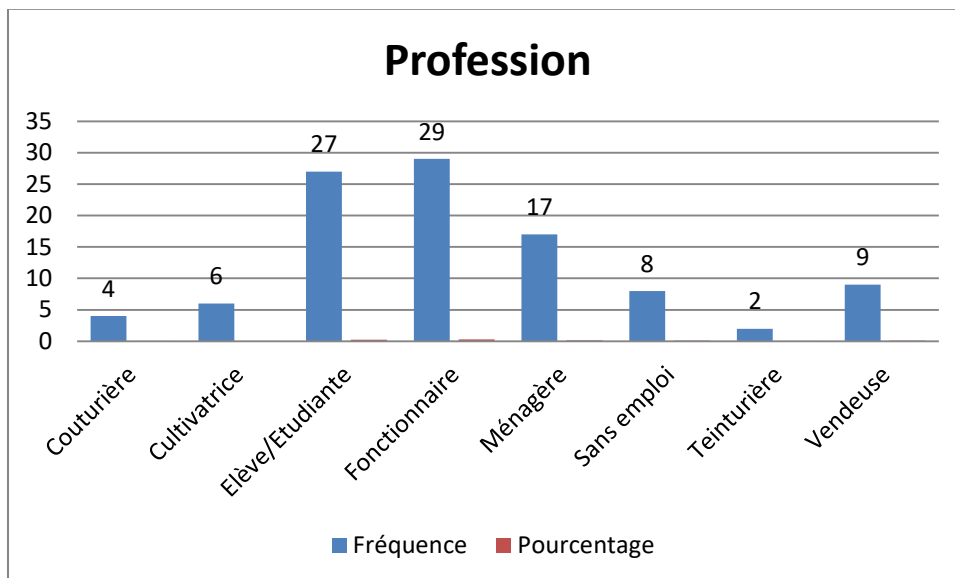
Statut matrimonial : Les femmes mariées étaient au nombre de 48 soit 47,06%

Figure 4 : répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial



Profession : Les fonctionnaires représentaient 28,43%

Figure 5 : Répartition de l'échantillon selon l'occupation



-La résidence : Dans notre série 87,25% des cas résidaient en milieu urbain

Tableau II : Répartition de l'échantillon selon le lien de résidence

Provenance	Fréquence	Pourcentage
Rurale	13	12,75
Urbain	89	87,25
Total	102	100,00

1. Données cliniques

Tableau III : Répartition de l'échantillon selon la durée d'évolution de l'alopecie

Durée d'évolution	Fréquence	Pourcentage
1-12 mois	59	48,04
12-3 ans	37	36,28
Plus de 3 ans	16	15,68

La durée d'évolutions de la maladie variait de 1 –12mois pour 48,04% de 12- 3 ans pour 36,28% et plus 3 ans pour 15,68%

-Les antécédents pathologiques des malades :

Tableau IV : Répartition de l'échantillon selon la présence d'antécédents médicaux

Les antécédents retrouvés chez nos cas étaient : hyperthyroïdie, l'hypothyroïdie, le diabète, le cancer du sein.

Antécédents médicaux	Fréquence	Pourcentage
Hyperthyroïdie	3	2,94
Hypothyroïdie	2	1,96
Diabète	3	2,94
Drépanocytose	1	0,98
Cancer du sein	1	0,98

Tableau V : Répartition de l'échantillon selon les habitudes coiffages

Habitudes coiffages	Fréquence	Pourcentage
Tissages	99	97,06
Rajouts	55	53,92
Défrisages	73	72,54

Les pratiques de coiffage retrouvés chez nos cas : Le tissage, les défrisages, les rajouts, représentait avec respectivement (97,06%, 53,92%, 72,54%)

Tableau IV : Répartition de l'échantillon selon le rythme de rajout

Rythme de rajout	Fréquence	Pourcentage
02 semaines	9	16,36
03 semaines	13	23,64
04 semaines	33	60,00
Total	55	100,00

Rythme de rajout : des tresses avec rajout toutes les 04 semaines était pratiqué par 30 de nos cas.

Tableau VII : Répartition de l'échantillon selon l'usage de potasse lors du défrisage

Défrisage potasse	fréquence	pourcentage
oui	73	72,54
non	29	27,45
total	102	100

Dans notre série la potasse était utilisée par 72,54 % des cas.

Tableau XIII : Répartition de l'échantillon selon le rythme de défrisage

Rythme de défrisage	Fréquence	Pourcentage
01 mois	6	8,22
03 mois	23	31,51
06 mois	19	26,03
12 mois	13	17,81
plusieurs années	12	16,44
Total	73	100,00

Nos patientes défrisaient leur cheveux à un rythme périodique de 3 mois pour 31,51% des cas rythme de 6 mois pour 26,03% des cas et un rythme de chaque 12mois pour 17, 81% des cas

-Tous nos cas utilisaient les crèmes capillaire

-Coupe des cheveux :

La coupe des cheveux était pratiquée par 4,9% de nos cas, elle était pratiquée tous les 6 mois chez 4 de nos cas.

Tableau IX : répartition de l'échantillon selon la pratique de la coupe des cheveux

Pratique de coupe des cheveux	Fréquence	Pourcentage
Non	97	95,10
Oui	5	4,90
Total	102	100,00

Tableau X : Répartition de l'échantillon selon le rythme des coupes des cheveux

Rythme des coupes des cheveux	Fréquence	Pourcentage
03 mois	1	20,00
06 mois	4	80,00
Total	5	100,00

-La teinte des cheveux :

Tableau XI : Répartition de l'échantillon selon habitudes cosmétiques teinte des cheveux

Habitudes cosmétiques teinte des cheveux	Fréquence	Pourcentage
Non	98	96,08
Oui	4	3,92
Total	102	100,00

Habitudes cosmétiques teinte des cheveux : Représentait 3,92% des cas.

Tableau XII : Répartition de l'échantillon selon le type de lésion associée

Type de lésion	Fréquence	Pourcentage
Squame	2	1,96
Erythème	23	22,55
Croute	3	2,94
Atrophie	19	18,63
Pustules	4	3,92

L'érythème : représentaient 22,55%

Tableau XIII : Répartition de l'échantillon selon la nature de l'alopecie

Nature de l'alopecie	Fréquence	Pourcentage
Cicatricielle	5	4,90
non cicatricielle	97	95,10
Total	102	100,00

L'alopecie cicatricielle : représentait 4,90% des cas.

Tableau XIV: Répartition de l'échantillon selon le siège de l'alopecie

Siège de l'alopecie	Fréquence	Pourcentage
frontal	69	67,65
vertex	52	50,98
temporal	49	48,04
Pariétal	47	46,08
occipital	37	36,27
Pariétal-vertex	33	32,35
Temporal-Frontal	40	39,21
Temporal-Pariétal	28	27,49
Pariétal-occipital	28	27,49
Temporal-vertex	27	26,47
Temporal-occipital	25	24,50
Vertex-Frontal	34	33,33
Vertex-occipital	25	24,50
Pariétal-Frontal	32	31,37
Occipital-Frontal	27	26,47

L'alopecie frontale : représentait 67,65%

Tableau XV : Répartition de l'échantillon selon les diagnostics étiologiques

Diagnosics étiologiques	Fréquence	Pourcentage
Alopécie androgénique	1	0,98
Effluvium anagène	1	0,98
Alopécie traumatique	36	35,29
Effluvium telogène	14	13,72
Lupus	20	19,61
pelade	22	21,57
Teigne	4	3,92
Folliculite décalvante	4	3,92
Total	102	100,00

Les étiologies représentées étaient respectivement l'alopecie traumatique 35,29% la pelade 21,57% le lupus 19,61% et l'effluvium telogène 13,72%

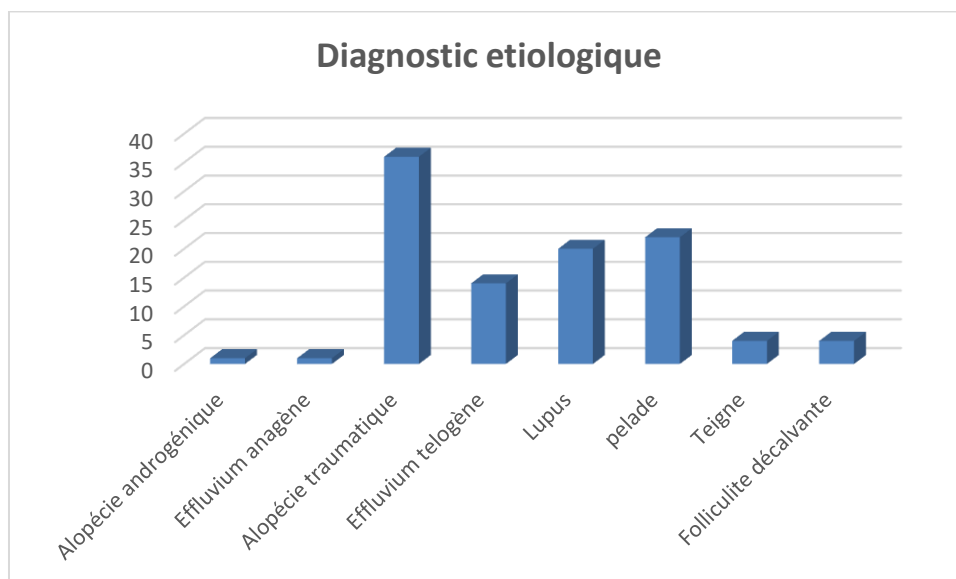


Tableau XVI : Répartition de l'échantillon selon le défrisage et le type d'alopecie

Défrisage	Alopecie traumatique	Alopecie non traumatique
Pratique le défrisage	30	43
Ne pratique pas le défrisage	4	25

Khi deux =6

P=0,008

L'alopecie traumatique était retrouvée chez 33,33% des sujets pratiquant le défrisage.

Tableau XVII: Répartition de l'échantillon selon la provenance et l'étiologie de l'alopecie

Provenance	Causes Inflammatoires	Autres Causes
Milieu rural	8	1
Milieu urbain	16	73

P=0,000005

Les femmes rurales souffraient de causes inflammatoires, P=0,00005

Tableau XVIII : Répartition de l'échantillon selon le rythme de défrisage et le type d'alopecie (n=73)

Rythme de défrisage	Alopecie traumatique	Non traumatique
01 Mois	5	1
3 mois et plus	26	41

P=0,03

Khi deux =4,03

Les séances de défrisage rapproché exposent au risque d'alopecie traumatique.

Tableau XIX : selon la topographie de l'alopecie et le defrisage

	Défrisage	Pas de défrisage	p
frontal	50	19	0,4
temporal	34	15	0,4
vertex	40	13	0,24
pariétal	30	17	0,08
occipital	20	16	0,05

L'alopecie occipital était retrouvé chez les sujets pratiquants le defrisage



Figure 1 alopecie androgénique (Pr



Figure 2 Pelade décalvante totale (Dr

Dicko)



Figure 3 pelade plaque unique (Dr Cissé)

Sylla)



Figure 4 alopecie cicatricielle, lupus (Djeneba Keita)

VI. Discussion

1. Méthodologie :

Nous avons réalisé une étude de 12 mois sur les causes de l'alopecie du cuir chevelu chez les femmes 15 – 45 ans au CNAM.

Le choix de la femme est liée au fait que dans notre contexte les femmes sont les plus intéressé par les problèmes de cheveux, la chevelure constituant un élément important de la beauté féminine dans notre culture.

Le choix de cette tranche d'âge de 15 à 45 ans s'explique par le fait que cette tranche constitue la plus sensible. Il s'agit du période allant de l'adolescence à l'âge adulte.

Les difficultés de notre étude sont entre autre l'absence d'examens complémentaires comme le trichogramme et les dosages hormonaux.

Les limites au seul service de dermatologie du CNAM ce qui ne prend en compte les cas recensés dans d'autre service.

Toutefois ce travail apporte une contribution substantielle à la connaissance des causes des alopecies chez la femme à Bamako.

2. Discussions des données :

Dans notre série l'alopecie représentait 1,41% des motifs de consultations parmi la population d'étude, elle est de 1% dans une série américaine. [30]La majeure partie de nos cas provenait du district de Bamako, les femmes à Bamako ont un accès plus facile au centre situé en commune IV du district de Bamako, par rapport aux femmes rurales. Des disparités apparaissent selon les etiologies rencontrées, les femmes rurales ont consultés pour des causes inflammatoires ($P=0,0005$). Il s'agit de cas d'évolution chronique lié à des pathologies graves tel que le lupus.

L'âge moyen de début du problème était de 26 ans, ce qui peut s'expliquer par la prédominance des causes traumatiques, en effet dans les habitudes de coiffage débute dès le plus jeune âge.

L'âge moyen des cas était de 28 ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans, les cas d'âge compris entre 25 et 35 ans étaient les plus représentés, cela traduit la précocité des problèmes de cheveux dans notre pays, en effet de nombreux auteurs rapportent un début des problèmes autour de la cinquantaine [31] toutefois les disparités par rapport aux études occidentales peuvent s'expliquer par les étiologies rencontrées. Dans notre série les principales causes d'alopecie étaient les causes traumatiques, les causes inflammatoires tel que le lupus, l'alopecie androgénique la pelade. Dans les séries occidentales [32] L'alopecie androgéniques représente la cause la plus fréquente et demeure la plus étudiée.

Cette forte proportion de causes traumatiques peut s'expliquer par les pratiques culturelles, notamment les tresses, les rajouts et le lissage. Les cheveux noirs présentant des fragilités cutanées en raison de sa structure [2] torsadés sèches et de nombreux point de fragilité. Cette particularité pourrait expliquer la forte proportion de causes traumatiques, en effet dans notre série le tissage était pratiqué chez 97% des cas.

Le rôle des causes traumatiques chez la femme noire a été déjà rapporté par des auteurs brésiliens. [33]

Dans notre série ces pratiques étaient décrites dans toute les catégories d'âge ($P=0,5$), Le défrisage a été rapporté chez 72% de nos cas, les sujets pratiquants le défrisage développaient plus d'alopecie traumatique ($P=0,008$). Toutefois cette observation doit être nuancée en ce sens que les pratiques de coiffage sont souvent intriquées, la même personne pratiquant par moment à la fois, le défrisage, les rajouts ou le port de perruque. Parmi nos cas 49% pratiquaient à la fois le défrisage, le tissage avec utilisation de rajout.

L'impact de ces pratiques sur le cuir chevelu dépend également d'autres facteurs tels que la fréquence d'utilisation des produits de défrisage, la fréquence de coiffage et la nature du produit utilisé. Nos cas utilisaient le défrisage à la potasse, le caractère nocif de ce procédé sur les cheveux a été déjà décrit par plusieurs auteurs [34]

Les causes traumatiques étaient plus fréquentes chez les sujets jeunes de 25 à 35 ans par rapport aux sujets plus âgés ($p=0,008$), ses sujets représentent les plus actifs, certainement les plus sensibles aux effets de mode. Toutefois les données de la littérature décrivent une augmentation de la proportion d'alopecie androgénique avec l'âge.

- ✓ **Conclusion :** les etiologies de l'alopecie sont dominees par les causes traumatiques. Ceci souligne l'effet nefaste de certaines pratiques de coiffage chez nos cas.

Une etude cas temoin est necessaire pour mieux etayer les facteurs de risque de l'alopecie

- ✓ **Recommandations :**

Aux autorites sanitaires :

La poursuite de la formation des dermatologues

La mise a disposition des medicaments pour la prise en charge des maladies de peau dans les centres peripheriques

Aux personnels de sante :

Il faut assurer l'education information communication sur les bonnes pratiques de coiffage.

Reglementation capillaire.

A la population :

Hygiene des cheveux

Proscrire le defrisage a base de potasse, et les tresses trop serrées.

VII. Référence bibliographique :

1. Z. DEBBARH. Apport de la trichoscopie dans le diagnostic
Des pathologies du cuir chevelu : A propos de 319 cas, 2014, Vol 45, Page 8.
2. Assouly Ph. Pathologie du cheveu africain. Thérapeutique en
dermatologie. Document disponible en ligne, consulté le 30 Mai 2019 sur
www.jird.info
3. Keita S, Faye O, Badiara DM, Kané MD, N'diaye Ht, Traore P, Coulibaly
K. Hair care and hair styles in women in Bamako, Mali. Int J dermatol
2005 ; 44 :26-29
4. Niang O S, Kane A, Dieng MT, Sy TN, Diallo M, N'Diaye B. Alopecia in
senegalese women. Int J dermatol 2005 ; 44 :22-23
5. Auteur anonyme. Maladies et grands symptômes. Item n°288 : Troubles
des phanères. Ann Dermatol Venereol. 2005; 132, 188-91.
6. Bernard Bruno A. La vie révélée du follicule du cheveu humain.
Médecine sciences. 2006 ; 22 : 138-43
7. Prost-Squarcioni C. Anatomie de la Peau. In : Histologie de la peau et des
follicules pileux. Médecine sciences Paris 2006; 22 : 131-7
8. Crickx B. Histologie et histophysiologie de la peau et de ses annexes. An
dermatol venereol 2005; 8S33-8S45
9. Anatomie du cheveu. Document disponible en ligne consulté le 14 Janvier
2019 sur www.centre-clauderer.com
10. Laudereau J. Anatomie du cheveu. In : Pour une meilleure connaissance
du cheveu. 7^{ème} édition Estetica Paris 1995; (2) 34-42
11. Voyage 3D au cœur du cheveu. Document disponible en ligne sur
www.hair-science.com
12. Bouhanna P, Reygagne P. Pathologie du cheveu et du cuir chevelu. In :
Traité médico-chirurgical et cosmétologique 3^{ème} édition Elsevier Paris
1999 : 340

- 13.**Schéma des différentes couches du cuir chevelu [http chevelu et du cheveu](http://chevelu.etcheveu.com).
Document disponible en ligne Consulté le 17 septembre 2013 sur
www.liperol.fr
- 14.**Aziza R, Padioleau M F. Le conseil capillaire à l'officine . In : Bien dans ses cheveux, toutes les solutions pour traiter la chute de cheveux .
Collection Médipatiens, 1^{ère} Edition Mimi, Masson Paris 2000 : 23-71
- 15.**Egre-Miani M, Serres P. Les alopecies. In : Les cahiers de médecine esthétique Edition Solal 1989 ; 11-25
- 16.**Bouhanna P. « Garder et retrouver ses cheveux : les nouveaux traitements »
Edition Springer 2000; p 11-62
- 17.**Aziza R. Guide pratique du traitement des calvities Collection médiaguides; Edition MIMI 1998 ; p 9-58
- 18.** Su L. et Chen T. Association of androgenetic alopecia with smoking and its prevalence among asian men : a community-based Survey. Archives of Dermatology 2007; 143 : 1401-1406
- 19.**Olivier N. L'alopecie Thèse de Pharmacie Numéro 23 Année 2003 Besançon France.
- 20.**P. Assouly. Pelade. Encycl. Méd Chir 2006 ; (98-810-C-10). Doi : 10.1016/S0246-0319(06)41304-2
- 21.**Cisse M, Diare FS, Kaba A, Magassouba F, Keïta M. Les teignes du cuir chevelu dans le service de dermatologie-vénérologie du C.H.U de Donka-Conakry, Guinée. Bull Soc Pathol Exot, 2006, 99, 1, 32-33
- 22.**Blume-Peytavi U, Whiting DA, Trüeb R, Tosti A. Diffuse Hair Loss. In : Hair growth and disorders 1^{ère} Edition Springer Berlin 2008 (12) : 76-83
- 23.**Sinclair R, Grossman KL, Kvedar JC. Anagen hair loss. In: Olsen EA, ed. Disorders of Hair Growth: Diagnosis and Treatment. 2nd ed. New York, NY: Mc Graw-Hill Publishing; 2003:275–302.
- 24.**Rene Furterer. Guide de formation. « Beauté et Nouveautés » 2013. 47p

- 25.** Pruvost C, Reygagne P. Alopecies cicatricielles. EMC. Elsevier Masson Paris, Dermatologie, 98-810-B-20, 2009.
- 26.** Jouanique C. Alopecie. Encycl Méd Chir. Elsevier Paris. AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 2-0655, 1998, 6p. Document disponible en ligne consulté le 15 janvier 2019 sur www.docnum.univ-lorraine.fr
- 27.** Dupuis B. Les causes de la chute des cheveux et remèdes particuliers à l'alopecie androgénique. Thèse pour le diplôme de docteur en pharmacie, soutenue le 18 janvier 2011. Lille.
- 28.** kluger.N, B.Cavelier – Bolloy, P. Assouly. Traction Alopecia reçu le 7 novembre 2012 accepté le 08 février 2013 disponible sur internet le 22 mars 2013
- 29.** Dr Alec Fung, Dr Philip HS Jeh, Dr Walter King treatment of Hair Loss. Plastic & Reconstructive surgery centre, Honkong vol.6.no.9 (november 2001)
- 30.** Ramos PM, Miot HA. Female Pattern Hair Loss : A clinical and pathophysiological review .An Bras Dermatol 2015,90(4) :529-43
- 31.** Muzeyyeng, Cevir Gen B, Ayvaz H, Cankurtarnan E, Engin C, Gurel MS, comparason of quality of life en patient with androgenetic alopecia and alopecia areata AN Bras dermatol 2018 ; 93(5) ; 651-658
- 32.** Tanus T, Cruz Oliveira CC , Villarreal Villarreal DJ, Vargas Sanchez FA, Reis Gavazzoni Dias MF. Black women's hair: the main scalp dermatoses and aesthetic practices in women of African ethnicity. An Bras Dermatol. 2015 Jul-Aug; 90(4): 450–465
- 33.** Springer, Brown M, Stulherp. Common Hair loss Disorders. AM FAM physicion 2003 ; (68) ; 93-102

Fiche d'enquête : etiologies des alopecies chez les femmes de 15 à 45 ans au service de Dermatologie du CNAM, Ex Institut Marchoux.

Date : / / 2018

N° :

Age :

Statut matrimonial : mariée celibataire divorce veuve

Profession :

Provenance :

tel :

Motif de consultation : Prurit Douleur Alopecie autres

Durée d'évolution :

Age début du problème :

Antécédents personnels :

Médicaux

Chirurgicaux.....

Pratiques cosmétiques :

Tissage : oui non

- Rajout oui non

- Rythme 2 semaines semaines 4 haines

Défrisage : oui non

- Rythme 1mois 3mois 6mois 12mois plusieurs années à tout moment

- Chimique : potasse oui non autres

Habitude cosmétique :

Shampooing oui non

Etiologie des alopecies chez la femme de 15 à 45 ans

Crème capillaire oui non beurre de karité oui autres

Teintes des cheveux oui non

Coupe des cheveux oui non

- Rythme 1 mois 2 mois 3 mois 4 mois 6 mois

Examen physiques :

Signes physiques :

Erythème Squames Croutes Nodules

Erosions Ulcération Pustules Vésicules

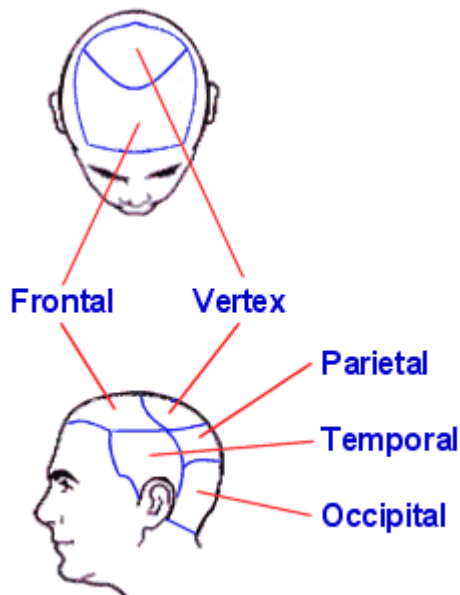
Bulles papules atrophie alopecie

Alopecie diffuse : Cicatricielle

Non cicatricielle

Alopecie Localisée : Cicatricielle

Non cicatricielle



Examens complémentaires :

Résultats :

Diagnostic étiologique :

Pathologies associées :

Traitement : Antiseptiques Antifongiques

Antibiotiques

Corticoïdes : Topiques Orales Injectables

Azote liquide Electrocoagulation

Fiche Signalétique :

Prénom : Djènéba

Nom : KEITA

ville: Bamako

Titre de la Thèse : Etiologies des alopecies chez la femme de 15 à 45 ans

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine et d'Odontostomatologie

Résumé :

L'alopecie représente la perte pathologique des cheveux.

Il s'agit d'un signe fréquent en dermatologie, dont les etiologies sont multifactorielles. Ces affections peuvent être inflammatoires, infectieuses, traumatiques ou iatrogéniques.

Nous avons réalisé une étude dans le but de décrire les etiologies de l'alopecie chez les femmes de 15 à 45 ans.

Toutes les femmes consultant pour alopecie dans cette tranche d'âge ont été inclus.

Les causes traumatiques étaient les plus fréquentes, et étaient dues au défrisage. Le défrisage a été rapporté chez 71% de nos cas et était rencontré dans toutes les catégories d'âge ($P=0,5$). Les sujets pratiquants le défrisage développaient plus d'alopecie traumatique ($P=0,008$). La prédominance des causes traumatiques souligne l'effet néfaste de certaines pratiques de coiffage chez nos cas.

Une étude cas témoin est nécessaire pour mieux étayer les facteurs de risque de l'alopecie

Mots clés : Alopecie, femme, etiologie

SERMENT D' HYPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !