

La trichoscopie de la pelade

Kelati Awatef

Service de Dermatologie. Hôpital international cheikh khalifa, Université Mohammed VI des sciences de la santé, Casablanca. Maroc

Et Groupe d'imagerie cutanée non invasive de la société française de Dermatologie

Observation :

Une femme de 34 ans, sans antécédents particuliers, admise pour une diminution de la densité des cheveux localisée au niveau pariétal et évoluant depuis 1 an, L'examen clinique trouvait une plaque alopécique pariétale (Figure 1), Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

La dermoscopie objectivait une persistance des follicules pileux avec des poils en points d'exclamation périphériques, des points noirs, des poils cassés, des poils coudés, et des poils duveteux (Figure 2).

L'aspect clinique et trichoscopique confirmaient le diagnostic de pelade en plaque.

Discussion :

La fréquence de la pelade varie de 0,7 à 3,8% chez les patients en consultation dermatologique (1). Le diagnostic de la pelade se base sur des critères clinico-trichoscopiques, l'histologie est rarement nécessaire (2).

Les points jaunes représentent un signe trichoscopique très sensible mais non spécifique de la pelade (3), ils sont considérés comme étant les signes trichoscopiques les plus fréquents de la pelade, ils traduisent des follicules pileux dilatés et remplis de matériels kératotique et sébacés le plus souvent centrés par un poil miniaturisé cadavérisé ou dystrophique (figure 2 et 4), les points jaunes caractérisent les pelades inactives de longue durée d'évolution, et aussi leur nombre par champ de vision est corrélé significativement avec la sévérité de la pelade (3,4).

Les points noirs sont des poils pigmentés cassés à ras au niveau du scalp, ils ne sont pas spécifiques de la pelade mais ils sont un marqueur de sévérité (3) et ils prédominent dans les pelades aiguës et actives (2).

Les poils en points d'exclamation sont des poils fracturés avec une extrémité proximale fine et hypopigmentée et une extrémité distale renflée et pigmentée, ils sont considérés comme pathognomoniques de la pelade (3,5), et ils prédominent dans la forme aiguë progressive, mais peuvent être observés à la périphérie des plaques peladiques stables (1). Les poils cassés sont dus à une fracture transversale de la tige pileuse affaiblie par le processus inflammatoire, ils prédominent dans les pelades aiguës et actives (2,4).

Les poils duveteux courts et hypopigmentés représentent un signe trichoscopique sensible mais non spécifique (1), ils prédominent dans les pelades de longue durée d'évolution ou en repousse (2,6), une transformation de ces poils duveteux en poils terminaux (augmentation de l'épaisseur et de la pigmentation) a été considérée comme un signe de bon pronostic et de repousse (7) (Figure 2 et 4).

Les poils circulaires ou en queue de cochon : sont des poils courts enroulés avec une extrémité effilée, ils sont considérés comme un signe de repousse et ils plus fréquents chez les enfants (8) (Figure 3).

D'autres signes trichoscopiques de la pelade sont les poils coudés qui sont considérés comme des signes d'activité de la maladie (2), et les constrictions de Pohl-Pinkus ou aspect de pseudo-monilethrix, ce dernier est un signe trichoscopique rarement observé dans la pelade, ces constrictions sont dues à une suppression rapide de l'activité métabolique et mitotique du follicule pileux par le processus pathologique, ils sont surtout observés chez des patients ayant une chute de cheveux active (4).

Généralement, aucune différence significative n'a été démontrée concernant la trichoscopie des formes cliniques de la pelade (2), à l'exception de la forme Ophiasique dans une étude, qui a été caractérisée par une absence de points noirs (3).

La trichoscopie de la pelade n'a pas seulement un intérêt de diagnostic positif, mais elle permet également le suivi des patients et la surveillance de l'efficacité thérapeutique (2).



Figure 1 : pelade en plaque : plaque alopecique pariétale



Figure 2 : Dermoscopie de la pelade. Points d'extension (flèches oranges) , points jaunes centrés par des débris pilaires noirs (flèches jaunes), poils cassés (flèches vertes), poils coudés (flèches bleues), poils duveteux (cercle rouge), points noirs (cercle noir).



Figure 3 : Dermoscopie de la pelade montrant des poils circulaires (flèches noires) et poils coudés (flèches bleues)



Figure 4 : Dermoscopie de la pelade montrant des points d'exclamation (flèches oranges) , points jaunes centrés par débris pilaires noirs (flèches jaunes), poils cassés (flèches vertes), poils cadavérisés (flèches violetes), points noirs (cercle noir).

Références :

1. Waśkiel A, Rakowska A, Sikora M, Olszewska M, Rudnicka L. Trichoscopy of alopecia areata: An update. *J Dermatol.* juin 2018;45(6):692-700.
2. Alkhalifah A. Alopecia Areata Update. *Dermatol Clin.* 1 janv 2013;31(1):93-108.
3. Inui S, Nakajima T, Nakagawa K, Itami S. Clinical significance of dermoscopy in alopecia areata: analysis of 300 cases. *Int J Dermatol.* juill 2008;47(7):688-93.
4. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, éditeurs. Atlas of Trichoscopy: Dermoscopy in Hair and Scalp Disease [Internet]. London: Springer-Verlag; 2012 [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.springer.com/gp/book/9781447144854>
5. Clinical evaluation of alopecias using a handheld dermatoscope - PubMed [Internet]. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22024772/>
6. Rudnicka L, Rakowska A, Kerzeja M, Olszewska M. Hair shafts in trichoscopy: clues for diagnosis of hair and scalp diseases. *Dermatol Clin.* oct 2013;31(4):695-708, x.
7. Lacarrubba F, Dall'Oglio F, Rita Nasca M, Micali G. Videodermatoscopy enhances diagnostic capability in some forms of hair loss. *Am J Clin Dermatol.* 2004;5(3):205-8.
8. Rakowska A, Maj M, Zadurska M, Czuwara J, Warszawik-Henzel O, Olszewska M, et al. Trichoscopy of Focal Alopecia in Children - New Trichoscopic Findings: Hair Bulbs Arranged Radially along Hair-Bearing Margins in Aplasia Cutis Congenita. *Skin Appendage Disord.* 2016;2(1-2):1-6.