



Bonus152-Troubles des phanères

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une alopecie et un onyxis		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
<ul style="list-style-type: none"> - Onychomycoses / SFD / 2007 - Polycopié National Dermatologie 2011 	<ul style="list-style-type: none"> - Diffuse / localisée - Cicatricielle / non - Alopecie androgéno-génétique - Effluvium télogène / test de traction - Pelade: alopecie localisée / cuir sain - Candida = mains / péri-onyxis - Dermatophyte = pieds / onyxis seul 	<ul style="list-style-type: none"> - AUCUN ex. paraclinique - Teigne = éviction + contacts - Onychomycose = autres sites - Mono-onychopathie trainante = biopsie

A. ALOPÉCIE

Généralités

Définition

- Alopecie = raréfaction ou disparition des cheveux
- Alopecie « cicatricielle » = par destruction irréversible du follicule pileux

Physiopathologie

- 3 phases de développement du follicule pileux
 - Anagène (croissance) / catagène (involution) / télogène (repos et chute)
- Alopecie peut résulter de
 - Destruction du follicule: exogène (brûlures) / endogène (LED, sclérodermie...)
 - Inhibition du follicule: dysthyroïdie / chimiothérapie / infections (teignes)
 - Régression du follicule: insuffisance androgénique

Etiologies

Alopecie diffuse

- Chronique: alopecie androgéno-génétique ++
- Aiguë: effluvium télogène ++ / dysthyroïdie / carence martiale / iatrogène

Alopecie localisée

- Non cicatricielle: pelade ++ / dermatophyties (teignes) (cf [Infections cutanéomuqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant](#))
- Cicatricielle: « pseudo-pelades (LED, lichen) / syphilis II / folliculite...

Orientation diagnostique

Examen clinique

- Interrogatoire
 - Terrain: atcd familiaux (androgéno-génétique) / dysthyroïdie
 - Prises médicamenteuses / carence alimentaire / cosmétique (défrisage)
 - Anamnèse: évolution (chronique ou aigu) / facteur déclenchant
 - Signes associés: prurit / retentissement psychologique ++
- Examen physique
 - Examen du cuir chevelu
 - Topographie de l'alopecie (diffuse ou localisée)
 - Aspect des cheveux (cassé / dystrophique / densité) / **test de traction**

- Aspect du **cuir chevelu** (inflammatoire / cicatriciel) / lumière de Wood
- **Examen général**
 - Chez la femme: rechercher une hyperandrogénie (hirsutisme)
 - Chez l'enfant: autres anomalies congénitales (dents / ongles)

Examens complémentaires

- **Devant une alopecie diffuse**
 - **Pour une alopecie androgéno-génétique**
 - **AUCUN** le diagnostic est clinique (**A savoir !**)
 - **Pour un effluvium télogène**
 - En pratique **AUCUN** / si doute diagnostique seulement (rare):
 - → confirmation par trichogramme: rapport anagène/télogène < 3
 - **Pour une cause secondaire**
 - En 1ère intention = ferritinémie / TSH / VDRL-TPHA
- **Devant une alopecie localisée**
 - **d'aspect non cicatricielle**
 - Si cuir chevelu sain: le diagnostic de pelade est clinique → **AUCUN**
 - Si cuir chevelu anormal: ex. mycologique pour teigne ou folliculite
 - **d'aspect cicatricielle**
 - Seule vraie indication à une biopsie du cuir chevelu
 - → ex. histo + IFD pour un lupus discoïde / lichen plan / sclérodermie
 - + bilan immunologique: AAN et exploration du complément (C3 / C4 / CH50)

Diagnostic étiologique

Alopecie androgéno-génétique

- **Physiopathologie**
 - Alopecie physiologique liée l'activité de la 5α-réductase au niveau du follicule
 - → conversion de la testostérone en dihydrotestostérone = involution du follicule
- **Diagnostic**
 - **Clinique**
 - Alopecie diffuse d'extension progressive: zones temporales vers le vertex
 - Chez la femme: rechercher une **hyperandrogénie** (dysménorrhée / acné)
 - **Paraclinique**
 - Chez l'homme: AUCUN le diagnostic est clinique (**A savoir !**)
 - **Si hirsutisme clinique chez la femme**
 - Affirmer l'hyperandrogénisme = testostérone plasmatique (sera ↑)
 - En rechercher l'origine: 17-OH progesterone (surrénalienne) ou delta-4-androstènedione couplé à une échographie endo-vaginale (ovarienne)
- **Traitement**
 - Selon la gêne esthétique / à visée suspensive seulement
 - **Chez l'homme:** inhibiteur de la 5α -réductase (finastéride: Propécia® PO, Contre- Indiqué chez la femme) +/- greffes
 - **Chez la femme:** anti-androgène (acétate de cyprotérone: Androcur®)
 - **Pour les deux sexes:** traitement local (Minoxidil®) (!! effet dans 1/3 des cas après ≥ 3M)

Effluvium télogène

- **Physiopathologie**
 - Alopecie secondaire à une conversion synchrone en phase télogène: chute sous 2M
 - **Causes variables:** post-partum / post-infection / choc opératoire / poussée de LED...
- **Diagnostic**
 - **Clinique**
 - Alopecie **aiguë diffuse** / transitoire / rechercher le facteur déclenchant
 - Test de traction +++ : ramène beaucoup de cheveux (≥ 4/10)
 - **Paraclinique**
 - AUCUN: le diagnostic est clinique (**A savoir !**)
- **Traitement**
 - **Pas de traitement** spécifique: **rassurer** les patients +++ : bénin et transitoire (4-6M)
 - Evaluer le retentissement **psychologique** +/- soutien **psychologique** si besoin

Pelade

- **Physiopathologie**
 - Probable mécanisme **auto-immun**: auto-Ac anti-follicule pileux
 - Fréquent (10 000 cas/an) / terrain auto-immun (vitiligo / dysthyroïdie...)
- **Diagnostic**
 - **Clinique**

- Alopécie localisée: plaques arrondies / extension centrifuge
- !! Cuir chevelu sous-jacent **sain** (A savoir !): non squameux / non atrophique
- Cheveux en « ! » / certains cheveux repoussent blancs (mélanocytes morts)
- Atteinte des autres zones pileuses (barbe) / des ongles ++ (punctiforme)
- **Paraclinique**
 - AUCUN: le diagnostic est clinique (A savoir !)
- **Traitement**
 - Selon l'évolution: si repousse progressive en quelques mois: soutien **psy** ++
 - Discuter dermocorticoïdes voire corticothérapie si absence d'amélioration
 - Evolution spontanément résolutive en général mais risque d'extension et de récurrence

Teignes tondantes

- **Physiopathologie**
 - Infection du cuir chevelu par dermatophytes kératinophiles (cf [Infections cutanéomuqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant](#))
 - Deux types de dermatophytes: teignes microsporique et trichophytique
- **Diagnostic**
 - Plaques érythémato-**squameuses** / prurigineuse / survenant chez **l'enfant** +++

Teigne microsporique	Teigne trichophytique
<ul style="list-style-type: none"> ■ Microsporis canis ■ D. zoophile = non contagieux 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trichophyton soudanense (africain) ■ D. anthropophile = très contagieux
<ul style="list-style-type: none"> ■ Plaque de grande taille / unique ■ Cheveux cassés courts ■ Fluorescent en lumière de Wood 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plaques de petite taille / multiples ■ Cheveux cassés ras ■ Non fluorescent en lumière de Wood

- Confirmation par prélèvement mycologique indispensable +++
- **Traitement**
 - Antifongique par voie **générale**: griséofulvine PO pendant ≥ 65 ([Polycopié National Dermatologie 2011](#)), 6 à 8 semaines (RCP Griséofulvine)
 - !! si teigne trichophytique: traitement des sujets contacts + éviction scolaire (A savoir !)

Pseudo-pelades

- **Physiopathologie**
 - Alopécie cicatricielle par destruction irréversible du follicule pileux
 - **Causes variables**: LED (lupus discoïde) / lichen plan / sarcoïdose / sclérodermie...
- **Diagnostic**
 - **Clinique**
 - Alopécie localisée / disséminée en « petits pas » si pelade idiopathique
 - Cuir chevelu sous-jacent **anormal**: atrophique (fin et brillant) / squameux (LED)
 - **Paraclinique**
 - Bilan biologique de 1ère intention: AAN + complément (C3-C4-CH50)
 - **Biopsie** du cuir chevelu: pour ex. anapath et en IFD
- **Traitement**
 - Selon l'étiologie initiale / le plus souvent alopécie définitive

Trichotillomanie

- « Tic de traction » pouvant traduire une névrose auto-agressive
- Alopécie circonscrite irrégulière / cheveux cassés / contexte psychologique
- Prise en charge = psychologique +++ / MHD: port de casquette, gants, etc.

B. ONYXIS

Onyxis infectieux

Candidose unguéale

- **Diagnostic**
 - **Clinique**
 - Responsable de 90% des atteintes des ongles des **mains**
 - **Péri-onyxis** initial: tuméfaction sus-unguéale douloureuse
 - Onyxis = onycholyse latéro-distale avec dépôt sans hyperkératose
 - +/- coloration brun-verdâtre signant une surinfection par pseudomonas

- !! rechercher les autres sites de candidose: cf [Infections cutané-muqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant \(A savoir !\)](#)
- **Paraclinique**
 - Prélèvement pour **ex. mycologique pas systématique**
 - Ssi atypique / récurrence / résistance au traitement bien mené +++ (pour confirmation)
 - → retrouve des pseudo-filaments au direct / culture sur milieu de Sabouraud
- **Traitement**
 - Avulsion chimique ou mécanique pour exposer le lit unguéal
 - Antifongique local en vernis pendant 3 à 6M (quasi-jamais par voie générale)
 - !! Mesures hygiéniques: éviction de l'humidité car facteur favorisant +++

Dermatophytie unguéale

- **Diagnostic**
 - **Clinique**
 - Responsable de la grande majorité des onyxis des **pieds**
 - Pas de péri-onyxis (≠ candidose)
 - Onyxis = hyperkératose sous-unguéal jaunâtre et friable avec onycholyse
 - !! rechercher les autres sites de dermatophytie: cf [Infections cutané-muqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant \(A savoir !\)](#)
 - **Paraclinique**
 - Prélèvement pour **ex. mycologique** systématique +++ (pour confirmation)
 - → retrouve filaments mycéliens au direct / culture sur milieu de Sabouraud
- **Traitement**
 - Avulsion chimique ou mécanique pour exposer le lit unguéal
 - En 1ère intention = **griséofulvine** (Griséfuline®)
 - Autre: Terbinafine / Lamisil®
 - Durée prolongée ([Polycopié National Dermatologie 2011](#)), 4 à 12 mois (RCP Griséofulvine)
 - En **association** avec antifongique **local** +++

Onyxis inflammatoire

Psoriasis unguéal

(cf [Psoriasis](#))

- **Diagnostic**
 - **Clinique**
 - Atteinte des ongles de la main >> pieds / psoriasis cutané dans 50% des cas
 - Onyxis hyperkératosique avec liseré orangé et tâches saumon / onycholyse
 - Si atteinte matricielle: dépressions ponctuées (en « dé à coudre ») caractéristiques
 - **Paraclinique**
 - Si doute: ex. mycologique pour éliminer +/- ex. histologique sur hyperkératose
- **Traitement**
 - Au cas par cas si étendue / nombre de doigts atteints
 - Si lit atteint: exposition du lit puis dermocorticoïdes + Vit.D en local

Onychopathie sur lichen

- Aspect caractéristique de **ptérygion dorsal**: expansion du repli sus-unguéal (cuticule)
- et fissure au centre de l'ongle pouvant conduire à sa destruction: urgence ++

Onyxis tumoral

- **Mélanome sous-unguéal**
 - Types histologiques: M. de Bowen / mélanome acral (!! achromique) / carcinome
 - **Diagnostic**
 - Bande pigmentée linéaire (mélanonychie longitudinale) bords mal limités
 - !! **Atteinte d'un seul ongle** + débordement pigmentaire péri-unguéal évocateur
 - !! **Dogme**
 - Toute onychopathie d'un seul doigt trainante et/ou inexplicée doit conduire à un avis spécialisé +/- **biopsie (A savoir !)**

1 diagnostic à évoquer devant une mélanonychie longitudinale ?

- Mélanome

2 diagnostics à évoquer en priorité devant une onychopathie d'un seul doigt ?

- Mélanome acral

- Carcinome épidermoïde

2 grandes causes d'onycholyse jaunâtre ?

- Mycosique

- Psoriasique (Polycopié National Dermatologie)