

Mises au point interactives – Dermatologie pédiatrique



S. MALLET
Service de Dermatologie,
Hôpital de la Timone,
MARSEILLE.

La chute de cheveux chez l'enfant est un motif fréquent de consultation pédiatrique. Elle suscite souvent une inquiétude majeure de la part des familles, qui redoutent une maladie grave, contagieuse et une alopecie définitive. Dans la grande majorité des cas, il s'agit cependant d'affections bénignes, dont le diagnostic est clinique, presque de "coup d'œil". Parmi elles, la pelade occupe une place centrale. Il est essentiel pour le pédiatre de connaître cette pathologie, d'en repérer les formes typiques, de rassurer les familles et de savoir quand orienter ou initier une prise en charge adaptée.

Reconnaître la pelade : un diagnostic clinique

La pelade est une alopecie non inflammatoire caractérisée par une perte soudaine de cheveux. Le diagnostic est avant tout clinique. Les plaques de pelade sont facilement reconnaissables, rondes ou ovalaires, bien limitées à bord nets, sur



Fig. 1 : Pelade en plaque (*alopecia aerata*).

Pelade : que faire ?



Fig. 2 : Ponctuations unguéales (*pitting*).

un cuir chevelu sain, sans desquamation ni prurit (**fig. 1**). Le test de traction est généralement positif en bordure de plaque. Une atteinte unguéale peut coexister, notamment des ponctuations unguéales (*pitting*) (**fig. 2**), des ongles grésés (trachyonychie) ou blancs (leuconychie). En cas de doute diagnostique, des "points jaunes" et les "cheveux en point d'exclamation" sont à rechercher en dermoscopie.

Diagnostic clinique : peu de diagnostics différentiels

- **La teigne** entraîne des plaques alopeciques, uniques ou multiples, petites ou grandes, d'extension centrifuge sur un cuir chevelu inflammatoire. Même si le diagnostic est également clinique, un prélèvement est indispensable afin de typer le dermatophyte pour adapter le traitement. L'inflammation du cuir chevelu sous-jacent est d'intensité variable, avec parfois des formes d'emblée pauc inflammatoires ou masquées par des dermocorticoïdes (*tinea incognita*) de diagnostic plus difficile.

- **La trichotillomanie** est le fait d'arracher, tirailler, briser ou tordre ses propres

cheveux, de manière consciente ou non. Les plaques ont des contours irréguliers et souvent géométriques. Les excoriations ne sont pas rares. Les cheveux sont cassés à des hauteurs différentes. Chez l'enfant, elle est considérée comme une habitude innocente ou un tic, un peu comme l'habitude de se ronger les ongles, voire s'apparente à un rite d'endormissement. Chez l'adolescent, il peut s'agir d'un trouble obsessionnel compulsif. À ne pas confondre avec la trichotemnomanie, acte plus manipulatif que compulsif, souvent à caractère interpellateur.

- **L'alopecie de traction** survient lors de coiffures serrées et prolongées, comme les queues de cheval, chignons et nattes tirées, surtout chez les enfants à peau noire. Le traitement consiste simplement à en supprimer la cause. La repousse peut prendre 6 à 12 mois. Cependant, l'alopecie peut devenir permanente si la traction est répétée ou prolongée.

- **L'alopecie triangulaire temporale** a un aspect duveteux. Elle peut être bilatérale (20 % des cas) et même toucher la région pariétale. Bien que congénitale, elle est souvent de révélation tardive (2/3 des cas). Elle persistera toute la vie et aucun traitement n'est à proposer.

Lorsque l'alopecie est diffuse avec des cheveux clairsemés, il faudra évoquer, outre une pelade diffuse de présentation beaucoup plus rare, deux autres diagnostics.

- Tout d'abord **l'effluvium télogène**, qui est une chute de cheveux aiguë massive et diffuse, due à une désorganisation du cycle pileaire, avec passage prématuré des cheveux de la phase anagène

Mises au point interactives – Dermatologie pédiatrique

(phase de croissance) à la phase télogène (repos). À la traction, de nombreux cheveux tombent facilement. La forme aiguë survient 2 à 4 mois après un événement déclencheur stressant, comme une intervention chirurgicale, une forte fièvre, un accident ou un stress psychologique. La chute peut être impressionnante, mais il faut rassurer les patients car la repousse est constante en 6 mois. La forme chronique, beaucoup plus rare, est difficile à distinguer de la pelade diffuse, et un trichogramme peut être intéressant.

● Et ensuite, l'**alopécie androgénétique**, qui correspond à une chute de cheveux diffuse insidieuse, avec raréfaction et miniaturisation des follicules pileux, et avec recul symétrique des golfes temporaux. Chez l'adolescente, il faudra éliminer un syndrome des ovaires polykystiques. Avant la puberté, surtout s'il y a des signes de virilisation, il faudra également rechercher une hyperandrogénie organique (bloc surrénalien, tumeur hormono-sécrétante...).

Informer les familles : des messages-clés

La pelade est une maladie auto-immune fréquente, qui n'est ni contagieuse ni grave. Son incidence cumulée est estimée à environ 2,1 % au cours de la vie, avec une 1^{re} poussée avant l'âge de 20 ans dans environ 40 % des cas [1]. Les débuts pédiatriques ne sont donc pas rares !

Contrairement aux idées reçues, la pelade n'est pas causée par le stress, même si ce dernier peut jouer un rôle déclencheur. La pelade a une évolution capricieuse et imprévisible ; une repousse spontanée est possible dans plus de 50 % des cas lorsqu'il s'agit d'une pelade en plaque unique. Toutefois, des formes plus étendues ou chroniques peuvent survenir, avec un impact important sur la qualité de vie. Les facteurs de mauvais pronostics comprennent les formes étendues, pelade totale (atteinte



Fig. 3 : Pelade ophiasique sévère.

de tout le cuir chevelu) ou universelle (atteinte des cils, sourcils et poils), la forme ophiasique (atteinte occipitale) (fig. 3), un âge de survenue précoce, une longue durée d'évolution, une atteinte unguéale et des antécédents familiaux de pelade.

Il est crucial de rappeler aux parents que la pelade ne remet pas en cause la santé globale de leur enfant, tout en comprenant la détresse qu'elle peut générer sur le plan psychologique.

Chez l'enfant, elle peut affecter l'image de soi, être source de stigmatisation, provoquer un repli social, voire des troubles anxieux ou dépressifs [2]. L'impact est également familial, plus de 85 % des parents rapportent un fardeau émotionnel lié à la maladie de leur enfant. Il sera important, en consultation, de distinguer les attentes de l'enfant des demandes de ses parents pour poser la bonne indication thérapeutique.

Bilan complémentaire : indications limitées

Le bilan biologique n'est pas systématique. Il n'y a pas de consensus. Pour

certain, seul un bilan thyroïdien est recommandé chez l'enfant porteur d'une trisomie 21 ou avec des antécédents personnels de dermatite atopique ou familiaux de dysthyroïdie ou devant des points d'appel cliniques [3]. Pour d'autres, le bilan d'une chute de cheveux doit être plus complet avec NFS, ferritine, 25 (OH) D, zinc, vitamines B9 et B12 ainsi qu'une TSH à répéter tous les 2 ans [4].

Prise en charge : adapter la stratégie

La stratégie thérapeutique dépend essentiellement de l'âge de l'enfant, de la sévérité de l'atteinte et de la durée d'évolution. Là encore, il n'y a pas de consensus.

Chez l'enfant de moins de 6 ans, les traitements systémiques sont évités, au profit de corticoïdes topiques très puissants (classe I) en cure limitée de quelques mois.

Au-delà de 6 ans, les options s'élargissent selon la surface atteinte, la chronicité, la réponse thérapeutique, la rapidité d'évolution et l'impact psychosocial.

Dans les formes aiguës, on peut proposer une corticothérapie orale courte ou en bolus IV pour "casser la poussée". Les formes chroniques peuvent justifier un traitement immunosuppresseur, en particulier par méthotrexate au long cours, associé à des corticoïdes les premiers mois. Il faudra bien préciser qu'il s'agit d'un traitement suspensif. Et pour les adolescents de plus de 12 ans, un traitement par inhibiteur de janus kinase (JAK), le ritlécitinib, peut être proposé. Des essais thérapeutiques sont en cours avec le ritlécitinib et d'autres inhibiteurs de JAK dès 6 ans (fig. 4).

Le minoxidil topique peut être utilisé en complément (hors AMM), de même que la photothérapie (PUVA ou UVB) ou le laser Excimer dans certains cas.

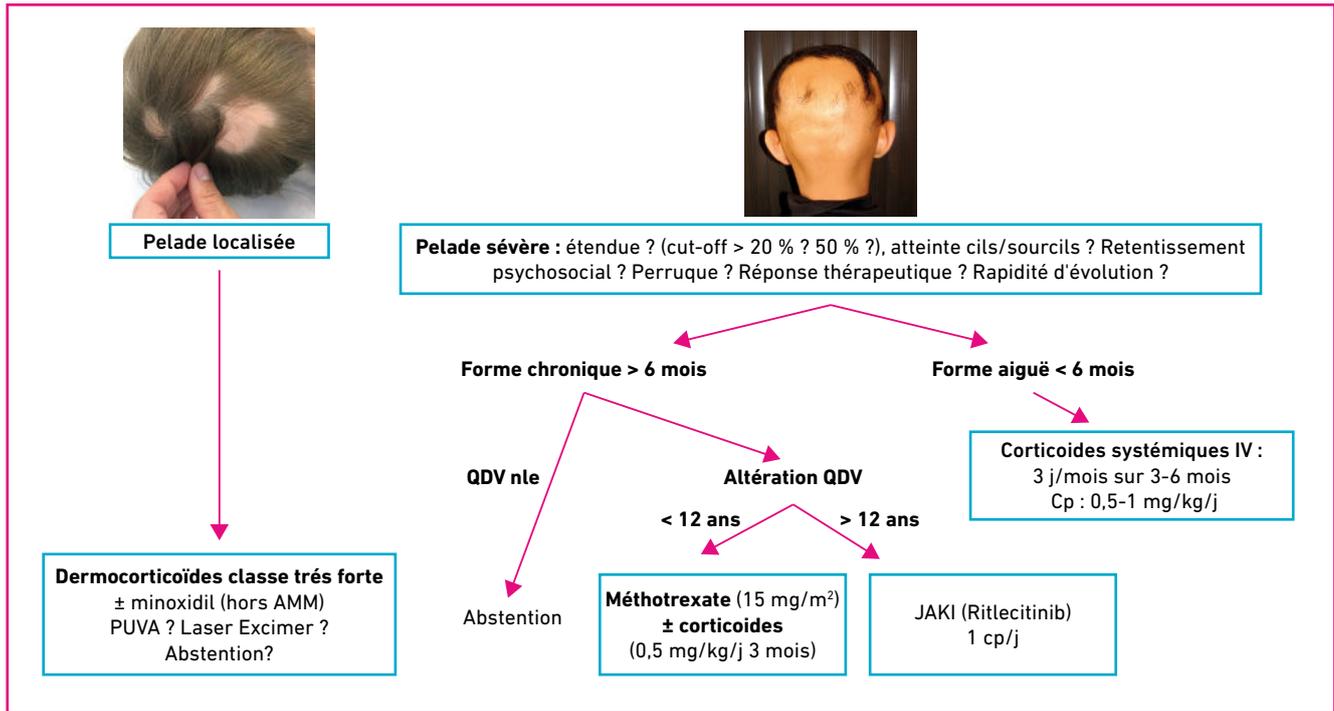


Fig. 4: Algorithme thérapeutique simplifié de la pelade de l'enfant.

Zoom thérapeutique : le ritlecitinib

Le ritlecitinib est un nouvel inhibiteur de JAK (inhibiteur sélectif de JAK3 et TEC) impliqué dans l'inflammation du follicule pileux ayant obtenu en 2023 une AMM pour le traitement de la pelade sévère chez l'adolescent de plus de 12 ans. Dans l'essai ALLEGRO [5], incluant environ 100 adolescents, une repousse > 80 % a été obtenue chez 50 % des patients après 1 an de traitement à la posologie de 50 mg/j. La tolérance était bonne, les principaux effets secondaires (liés à sa classe thérapeutique des JAK inhibiteurs) étant des céphalées, une acné ou des infections ORL bénignes. La prescription peut être initiée en ville (pas de prescription initiale hospitalière) par les dermatologues, mais également les pédiatres, à raison d'une gélule de 50 mg/j. Il ne faudra pas écraser, ni fractionner, ni macher les gélules ; une forme sirop est en développement pour les enfants. Son prix est de 971,74 €/mois remboursable à 30 %.

Un bilan préalable (NFS, bilans rénal, hépatique, lipidique, mise à jour des vaccins, dépistage de la tuberculose et des hépatites virales, absence d'infection ou de risques thromboembolique et cardiovasculaire, contraception) est nécessaire, suivi d'un contrôle biologique à 1 mois puis régulièrement. Il représente une avancée thérapeutique majeure pour les formes réfractaires ou très invalidantes de la pelade de l'adolescent.

Conclusion

La pelade de l'enfant, bien que bénigne dans la majorité des cas, peut représenter une source majeure de détresse pour les patients et leur famille. Le diagnostic clinique est souvent évident. Une prise en charge adaptée à la sévérité et à l'âge de l'enfant est possible par le pédiatre en 1^{re} ligne. L'arrivée du ritlecitinib constitue une nouvelle option thérapeutique prometteuse chez l'adolescent atteint de pelade sévère. Le rôle du pédiatre est central pour identifier, orienter et accompagner ces enfants et leur famille.

BIBLIOGRAPHIE

- MIRZOYEV SA, SCHRUM AG, DAVIS MDP *et al.* Lifetime incidence risk of alopecia areata estimated at 2.1% by Rochester Epidemiology Project, 1990-2009. *J Invest Dermatol*, 2014;134:1141-1142.
- PRENDKE M, KANTI-SCHMIDT V, WILBORN D *et al.* Quality of life in children and adolescents with alopecia areata-A systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2023.
- PATEL D. Thyroid disease screening in pediatric alopecia areata. *JAMA Dermatol*, 2017;153:472-474.
- LEE S, LEE H, LEE CH *et al.* Comorbidities in alopecia areata: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*, 2019;80:466-477.
- KING B, ZHANG X, HARCHA WG *et al.* Efficacy and safety of ritlecitinib in adults and adolescents with alopecia areata: a randomised, double-blind, multicentre, phase 2b-3 trial. *Lancet*, 2023;401:1518-1529.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.