

Revue générale

Alopécies des sourcils

RÉSUMÉ : Aussi utile dans son rôle de protection que dans l'expression du visage, quand le sourcil vient à manquer, la gêne est vite patente. De nombreuses pathologies peuvent être responsables d'une alopécie des sourcils, dont les causes classiques affectant les cheveux, qu'elles soient cicatricielles ou non cicatricielles, congénitales ou acquises.

Les sourcils peuvent toutefois être une zone de prédilection, voire apporter un signe diagnostique en faveur de certaines pathologies dermatologiques ou plus générales. Les traitements doivent être adaptés à cette spécificité topographique.



Ph. ASSOULY
Centre de Santé Sabouraud,
Hôpital Saint-Louis, PARIS.

*Sourcil qui fait l'air clair obscur soudain,
Quand il froncit par ire, ou par dédain,
Et puis le rend serein, clair et joyeux
Quand il est doux, plaisant et gracieux.*

~ *Le sourcil*, blason de Maurice Scève,
1536.

Séparant le front de la paupière supérieure, le sourcil protège l'œil de diverses agressions : outre la lumière, le ruissellement de la pluie ou de la sueur, le vent, les projections diverses comme le sable ou les poussières. C'est aussi un important acteur dans la communication non verbale et les relations sociales : volontairement ou involontairement, il exprimera la surprise, le doute, la tristesse ou la colère. S'il est absent, le visage est moins reconnaissable. Le sourcil est enfin un évident outil de séduction, qui évolue selon les modes. C'est dire la gêne qu'il peut occasionner lorsqu'il disparaît ou se raréfie.

Situés sur la saillie osseuse de la partie supérieure de l'orbite, les sourcils sont en règle générale symétriques et délimités en trois parties : tête, corps, queue. Ils sont généralement un peu plus bas

et plus plongeants à l'extérieur chez l'homme que chez la femme (dimorphisme sexuel). Le plus souvent séparés par une zone glabre, les sourcils peuvent se rejoindre par le biais d'une *taroupe*.

Les poils des sourcils ont une longueur moyenne de 5 à 20 millimètres. Le cycle pileux des sourcils est, comme pour tous les poils, différent de celui des cheveux. La phase anagène a ici une durée moyenne de 70 jours [1] et un sourcil sur deux est en phase télogène. Ce taux reste relativement stable tout au long de la vie adulte. La vitesse de croissance d'un sourcil est généralement deux fois moins grande que celle d'un cheveu (0,16 mm/j).

Les sourcils ont, chez l'homme à partir de la cinquième décennie, tendance à s'épaissir et à devenir plus irréguliers par augmentation du calibre et de la longueur des poils qui adoptent une forme moins régulière en "fil de fer". Du fait d'une ptôse physiologique liée au relâchement du muscle orbiculaire et à la réduction de la graisse sous-cutanée, ils tombent davantage sur la paupière supérieure. Chez la femme, la tendance est, au contraire, généralement après la ménopause à la réduction en nombre, probablement favorisée par les épilations itératives.

Revue générale

Les alopecies des sourcils

>>> De nombreuses dermatoses peuvent entraîner une alopecie des sourcils [2]. Il est classique de considérer que **l'atopie** (avec la disparition du tiers externe des sourcils ou signe de Hertoghe), **la dermatite séborrhéique** et **le psoriasis** peuvent entraîner une alopecie : c'est ici probablement plutôt par le biais d'un grattage que par un mécanisme inflammatoire. Toutefois, comme sur le cuir chevelu, un effluvium télogène est possible au niveau des sourcils ; en ce sens, une inflammation locale (comme l'eczéma de contact) pourrait en être la cause.

La pelade est une des principales causes d'alopecie des sourcils. Elle se présente avec les mêmes caractéristiques que sur le cuir chevelu (**fig. 1**) : on recherchera notamment des arguments dermatoscopiques en faveur (**fig. 2**). Elle peut y être (rarement) isolée ou associée à d'autres atteintes de poils, de cheveux ou d'ongles. Il n'existe pas de zone de prédilection, pas de symétrie systématique.

La trichotillomanie n'y est pas exceptionnelle en cette zone et se manifeste également par les mêmes signes cliniques et dermatoscopiques que sur le cuir chevelu (**fig. 3**), tout comme **la tri-**



Fig. 1 : Pelade.

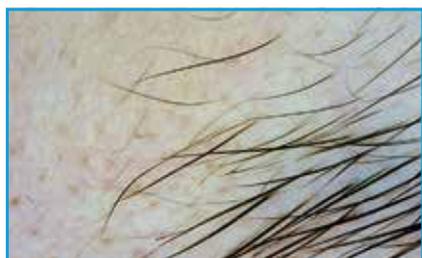


Fig. 2 : Pelade (dermatoscopie).



Fig. 3 : Trichotillomanie.

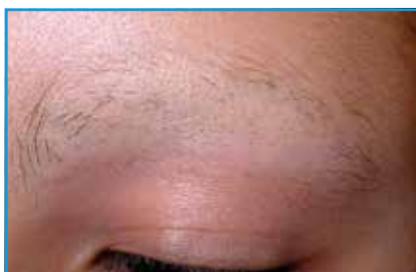


Fig. 4 : Trichotemnomanie.

chotemnomanie (**fig. 4**) [3] (poils rasés ou coupés) ou **la trichoteiromanie** (par friction ou grattage). On évoquera ces diagnostics devant une alopecie strictement localisée au niveau des sourcils, en particulier chez un sujet jeune. Une observation soigneuse, aidée du dermatoscope mais aussi d'une simple pince à épiler, permettra généralement de les différencier d'une pelade en particulier.

L'alopecie frontale fibrosante se présente souvent par le biais d'une alopecie des sourcils [4, 5]. Elle est en passe de devenir en cette zone le premier diagnostic à envisager considérant l'évolution de la prévalence de cette pathologie. La pose précoce de ce diagnostic n'est pas anodine puisqu'elle pourra permettre le dépistage d'une alopecie cicatricielle affectant alors également le cuir chevelu (**fig. 5A et B**). L'atteinte est le plus souvent initialement située dans la partie externe des sourcils, mais pas nécessairement. L'inflammation périfolliculaire, l'hyperkératose sont en général absentes d'un point de vue clinique et dans plus de la moitié des cas histologiquement. On recherchera, outre une atteinte de la ligne frontale, une atteinte ante-auriculaire qui peut la précéder, pour conforter le diagnostic ainsi qu'une atteinte



Fig. 5 : A : alopecie frontale fibrosante (face). B : alopecie frontale fibrosante (profil).

des poils des membres et d'éventuelles petites papules de la couleur de la peau normale sur le visage. Les signes dermatoscopiques sont peu spécifiques au niveau des sourcils (éventuelle présence de points rouges folliculaires, de poils dystrophiques).

Le lichen plan pilaire dans sa forme classique affecte, lui, assez rarement les sourcils. Le syndrome de Graham-Little-Piccardi-Lassueur correspond à une forme de lichen plan pilaire qui pourrait également affecter les sourcils.

Le lupus érythémateux discoïde y trouve une zone de prédilection au niveau du visage (**fig. 6**). **La sclérodermie en coup de sabre**, **le syndrome de Parry Romberg** peuvent descendre sur le sourcil et y être responsables d'alopecie cicatricielle. Comme d'autres zones du visage, **la sarcoïdose** peut affecter un sourcil.

La mucinose folliculaire est aussi une potentielle pathologie responsable



Fig. 6 : Lupus érythémateux chronique.



Fig. 7 : Lymphome pilotrope.

d'alopecie des sourcils. La disparition "râpeuse" de la pilosité, présente également au-delà des sourcils, le caractère folliculaire d'une éruption érythémato-squameuse parfois pseudo-comédonienne ou hypopigmentée la feront suggérer. On envisagera un mycosis fongicoïde (fig. 7) sous-jacent (même du reste sans un aspect de mucinose) et en ce sens une biopsie est nécessaire au moindre doute devant une éruption de ce type.

On citera le **prurigo actinique des Amérindiens** qui pourrait fréquemment occasionner une alopecie de la queue du sourcil [6].

>>> Les endocrinopathies, et en particulier l'**hypothyroïdie**, sont classiquement considérées comme responsables d'une alopecie des sourcils.

Le signe de la reine Anne (*Queen Anne's sign*) désigne l'alopecie – partielle ou totale – de la queue du sourcil apparaissant en cas d'hypothyroïdie. Ce signe semble pour les endocrinologues aujourd'hui de peu de valeur sémiologique. Du reste, on ne sait plus très bien à quelle Anne ce signe correspondait (Danemark ? Autriche ? France ? Bretagne ? Bolène ?).

>>> Des pathologies infectieuses peuvent causer ce type d'alopecie localisée : principalement la **syphilis secondaire** (signe dit "de l'omnibus") ou la **maladie de Hansen**. Toutefois, localement, une leishmaniose, une infection bactérienne profonde, une affection virale à VZV (virus varicelle-zona) peuvent provoquer une perte de sourcils. Le diagnostic de **teigne** sera, comme

sur le cuir chevelu, évoqué devant une alopecie squameuse.

>>> Bien évidemment, un **traumatisme** peut être responsable d'une alopecie, que ce soit une brûlure, une blessure, un piercing. L'épilation régulière entraîne généralement une raréfaction progressive des sourcils.

>>> Tout comme les cheveux, les sourcils peuvent être affectés par **des toxiques** ou **des médicaments alopecians** (fig. 8) : chimiothérapie (taxanes en particulier lorsque le processus est durable), rétinoïdes, etc. Une alopecie **post-radiothérapie** est en général aisément diagnostiquée grâce à l'anamnèse.



Fig. 8 : Alopecie post-chimiothérapie (taxanes).

>>> Les pathologies tumorales affecteront, comme sur toute zone pileuse, les sourcils : notamment les **carcinomes basocellulaire** et **épidermoïde**, ou le **trichoblastome**. Parmi les lésions tumorales bénignes les plus fréquentes du visage, la **kératose séborrhéique** peut, sans détruire, gêner la croissance des sourcils et être responsable d'une alopecie localisée.

>>> Lorsqu'une alopecie des sourcils est **congénitale**, ou apparaît dans la prime enfance, on envisagera selon le contexte : une dysplasie ectodermique, une atrichie par mutation du gène *hairless*, une trichothiodystrophie, un syndrome trichorhino-phalangien, une érythrodermie dont le diagnostic reste à définir, un syndrome de Fraser. Selon le caractère héréditaire un monilethrix, un *pili torti*, une hypotrichose de Marie Unna, une duplication 10q, un syndrome de Waardenburg, un syndrome de Meige... On notera aussi l'hypothèse d'une hypotrichose héréditaire isolée des sourcils [7]. On n'oubliera pas toutefois

en premier lieu l'existence d'une **alopecie transitoire néonatale des sourcils** [2].

Une place à part – en particulier considérant leur fréquence plus élevée – est à réserver aux **kératoses pilaires atrophiantes** (à évolution alopecique cicatricielle) [8, 9] :

– l'**atrophodermie vermiculée**, dans laquelle s'associent inflammation puis atrophie infundibulaire au niveau des joues en particulier, ne déclenche pas particulièrement d'alopecie des sourcils ;
– la **kératose folliculaire spinulosique décalvante** (de Siemens) – qui génère notamment dans l'enfance une inflammation péripilaire des sourcils (fig. 9) laissant progressivement place à une alopecie, puis également sur le cuir chevelu, certains poils corporels – est une inflammation qui peut devenir pustuleuse ;



Fig. 9 : Kératose pileaire spinulosique décalvante (syndrome de Siemens).

– la **kératose pileaire rouge atrophiante de la face** (KPAF), de transmission autosomique dominante, ne touche notamment pas le cuir chevelu et est nommée ulérythème ophryogène lorsqu'elle ne touche spécifiquement que les sourcils. On citera également le syndrome KID, l'ichtyose folliculaire avec alopecie et photophobie (IFAP).

>>> **Fausse alopecies**

Certains patients se plaignent d'une chute importante de leurs poils de sourcils, d'une réduction nette de l'épaisseur des sourcils. Il n'existe parfois aucune pathologie organique sous-jacente et pas de chute anormale. Ce sont souvent des adultes jeunes, très inquiets, au tempérament parfois obsessionnel, qu'il conviendra de rassurer et il faudra juger si un avis spécialisé est justifié.

Revue générale

POINTS FORTS

- La dermatoscopie apporte, comme dans l'examen du cuir chevelu, de nombreuses informations.
- Il ne faut pas non plus hésiter (voire avoir honte) à utiliser une pince à épiler pour apprécier l'adhérence des poils et ne pas poser à tort un diagnostic de pelade devant une trichotillomanie ou une trichotemnomanie.
- Une biopsie est à réaliser, notamment en cas de doute sur un lymphome pilotrope.
- On pensera systématiquement à la possibilité d'une alopecie frontale fibrosante devant une alopecie isolée des sourcils.
- Les injections intradermiques *in situ* d'acétonide de triamcinolone dilué sont un des traitements clés de la pelade des sourcils.

Traitements

Les traitements à envisager au niveau des sourcils sont classiques, adaptés selon la pathologie. La proximité des paupières et de l'œil justifient un usage raisonné des dermocorticoïdes : on évitera des applications débordantes, les applications matinales avec risque de "descente" des topiques sur la paupière, on pensera aussi aux risques de dépigmentation sur les phototypes foncés, de dermite cortisonée et de démodécidose.

Les injections *in situ* strictement intradermiques d'un corticoïde retard sont couramment réalisées, notamment dans la pelade. On se méfiera des risques d'atrophie et de dépigmentation temporaire.

Les traitements trichogènes (en présence de poils déjà présents) de manière générale sont :

- le minoxidil topique (gain en diamètre et en nombre), se méfier d'une hyperpilosité périphérique ;
- les analogues de prostaglandines F2 α : latanoprost, bimatoprost (gain en longueur, diamètre et pigmentation). Se méfier d'une pigmentation locale à régionale (peau, voire iris en cas de contact avec l'œil).

La chirurgie, lorsqu'elle est nécessaire pour l'ablation d'une lésion, tentera au maximum de préserver l'orientation et la symétrie des sourcils.

Les greffes capillaires, réalisées par des praticiens expérimentés, apportent un réel bénéfice sur une alopecie non inflammatoire (sans risque de disparition des greffons). La zone donneuse peut être le sourcil controlatéral ou se situer généralement sur les cheveux situés en arrière des oreilles, considérant leurs caractéristiques les plus proches [10]. Ils sont toutefois ensuite à couper régulièrement.

Concernant les méthodes de camouflage : les tatouages (fig. 10) peuvent être avantageusement proposés (en particulier chez la femme) dans les alopecies chroniques. Les crayons *waterproof* rendent aussi service (également aux hommes si des sourcils persistent). Plus anecdotique chez la femme, la pose de sourcils collés est parfois envisagée.

L'alopecie des sourcils est un motif de consultation non exceptionnel en dermatologie spécialisée. La démarche sémiologique fait appel, comme pour le cuir chevelu, à un interrogatoire médical, à un examen clinique de la peau et des autres zones pileuses et des ongles.



Fig. 10 : Tatouage.

La dermatoscopie apporte des signes comparables à ceux du cuir chevelu. Un diagnostic doit être posé de manière si possible à enrayer l'évolution d'une pathologie alopeciante dans une zone souvent préoccupante pour le patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. BLUME-PEYTAU U, TOSTI A, WHITING D, TRUÈB R (Eds). Hair growth and disorders. Springer, 2008.
2. VELEZ N, KHERA P, ENGLISH JC. Eyebrow loss: clinical review. *Am J Clin Dermatol*, 2007;8:337-346.
3. HAPPLE R. Trichotemnomania: obsessive-compulsive habit of cutting or shaving the hair. *J Am Acad Dermatol*, 2005;52:157-159.
4. ASSOULY P, REYGAGNE P. Lichen planopilaris: update on diagnosis and treatment. *Semin Cutan Med Surg*, 2009;28:3-10.
5. TAN KT, MESSENGER AG. Frontal fibrosing alopecia: clinical presentations and prognosis. *Br J Dermatol*, 2009;160:75-79.
6. HOJOY MT, VEGA M, DOMINGUEZ L. Actinic prurigo. *Int J Dermatol*, 1994;33:147-148.
7. OZTAS P, CATAL F, DILMEN U. Familial eyebrow diffuse alopecia. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2005;19:118-119.
8. LURIA RB, CONOLOGUE T. Atrophoderma vermiculatum: a case report and review of the literature on keratosis pilaris atrophicans. *Cutis*, 2009;83:83-86.
9. BADEN HP, BYERS HR. Clinical findings, cutaneous pathology, and response to therapy in 21 patients with keratosis pilaris atrophicans. *Arch Dermatol*, 1994;130:469-475.
10. DUDRAP E, DIVARIS M, BOUHANNA P. Reconstruction du sourcil par microgreffe capillaire. *Ann Chir Plast Esthet*, 2010;55:219-224.

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