

ACADEMIE D'ORLEANS-TOURS

UNIVERSITE DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année 2025-2026

N°99

THESE D'EXERCICE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

Jeanne Boulard

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14 NOVEMBRE 2025

Pathologies du cuir chevelu : reconnaissance et prise en charge à l'officine

JURY

Président : Mme Debierre-Grockiego Françoise, Maître de conférences, HDR, co-directrice de la thèse, Faculté de Pharmacie, Tours.

Membres :

Dr Allard Tanguy, Dermatologue, co-directeur de la thèse - Olivet

Dr Erre Salomé, Pharmacien d'officine - Saint Patern Racan

Dr Guiblin Marie, Pharmacien d'officine - La Ravoire

ANNEE : 2025 - 2026

Directeur : Pr Denys BRAND

Directeur Adjoint : M. Matthieu JUSTE

Assesseurs : M. Gildas PRIE, Mme Amélie FOUCAULT, Mme Emilie ALLARD-VANNIER, M. Bruno GIRAudeau, Mme Claire POUPLARD, Mme Audrey OUDIN, Mme GERMON Stéphanie

ENSEIGNANTS

18 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BOUESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DIMIER-POISSON	Isabelle	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
MUNNIER	Émilie	PHARMACIE GALENIQUE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

6 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ ET PRATICIENS HOSPITALIERS

ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
GIRAudeau	Bruno	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE

2 PROFESSEURS ÉMERITES

BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE
THIBault	Gilles	IMMUNOLOGIE

31 MAITRES DE CONFÉRENCES

AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER (disponibilité)	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE & TOXICOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

Mise à jour – octobre 2025

GERMON	Stéphanie	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE
JUSTE	Matthieu	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
Lajoie	Laurie	IMMUNOLOGIE
LANNON	Damien	GALENIQUE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
ODIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
POUPET	Cyril	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
SAHLI	Ramla	PHARMACOGNOSIE
SIEROCKI	Pierre	CHIMIE ORGANIQUE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE
VERCOILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VERGER	Alexis	PHARMACIE GALENIQUE
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

1 MAST

CAMUS GABRIEL	Mathilde	<i>Filière Officine</i>
---------------	----------	-------------------------

1 EAST

CHOTTIN	Emilie	<i>Pharmacologie</i>
SENECHAL	Olivier	<i>Pharmacologie</i>

5 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE
POUPIN	Pierre	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
VEYRAT DUREBEX	Charlotte	BIOCHIMIE CLINIQUE

3 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

BOULARD	Pierre	IMMUNOLOGIE
DOUEZ	Emmanuel	PHARMACIE GALENIQUE
TULOUP	Vianney	PHARMACIE CLINIQUE

2 ATER

DUSSART	Romain	CHIMIE ANALYTIQUE
PIATELLI	Emma	MICROBIOLOGIE - BACTERIOLOGIE

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

1 CONTRAT D'ENSEIGNEMENT

THIERNEY	Mégane	ANGLAIS
----------	--------	---------

3 CHARGÉS DE RECHERCHE

EPARDAUD	Mathieu	INRAE
MEVELEC	Marie-Noëlle	INRAE
MOIRE	Nathalie	INRAE



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;

De coopérer avec les autres professionnels de santé ;

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date : 14 novembre 2025

L'étudiant

Jeanne BOULARD

Le Doyen de la Faculté

Professeur Denys BRAND

Remerciements

A Madame la professeure Françoise Debierre-Grockiego,

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour votre encadrement exceptionnel tout au long de ce travail. Votre rigueur scientifique et votre disponibilité constante ont grandement contribué à la progression de mes recherches. Vos conseils avisés m'ont permis d'avancer avec confiance. Merci pour votre patience et votre engagement dans la réussite de ce projet.

A Monsieur le docteur Tanguy Allard,

Merci pour tes conseils de professionnel, pertinents et indispensables tout au long de ce travail. Tes remarques constructives et ton expertise ont enrichi ma réflexion et contribué à la qualité de cette thèse.

A Madame la docteure Salomé Erre,

Merci d'être à mes côtés aujourd'hui, ça rend ce moment encore plus spécial. Qui aurait cru que notre amitié nous mènerait de la cour de récré au doctorat... Merci pour tous les souvenirs et les moments passés ensemble avec Jordan et Killian. A nos futurs voyages et à tous les beaux moments qui nous attendent tous les quatre !

A Madame la docteure Marie Guiblin,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. J'ai toujours apprécié les moments passés avec toi et ta présence aujourd'hui me touche beaucoup.

A mes parents,

Merci d'être et d'avoir toujours été là pour moi. Merci pour votre soutien constant et votre patience tout au long de mon parcours. Merci de m'avoir permis de poursuivre mes études. Même sans grands mots, votre confiance et vos encouragements ont toujours compté pour moi. Je vous aime.

A ma sœur,

Juliette, Jul, mon clown, la plus p'tite... Tu vas être gênée en lisant ces lignes mais peu importe. J'ai de la chance de t'avoir, sans toi la vie serait bien triste. Merci pour les rires, les blagues et ces moments de légèreté qui m'ont fait du bien pendant ces longues études. Maintenant, c'est à toi d'aller jusqu'au bout des tiennes ! Je te souhaite tout le courage possible, tu vas y arriver, j'en suis sûre. Je serai là pour toi à chaque étape, pour te soutenir et te motiver. Je t'aime.

A mes grands-parents,

Ceux qui sont toujours là et ceux que je n'oublie pas. Merci pour tout l'amour que vous m'apportez, vous rendez ma vie plus douce.

A ma famille,

Tous autant que vous êtes, merci pour tous les bons moments que nous passons ensemble. Vous êtes ce que j'ai de plus cher.

A mes amies,

Merci pour votre soutien. Je n'ai pas la chance de vous avoir à mes côtés tous les jours mais je sais que je peux compter sur vous. Merci pour les fous rires, les confidences, et pour avoir été là depuis si longtemps, même quand les kilomètres se mettent entre nous. Je suis vraiment reconnaissante de vous avoir dans ma vie.

A Killian,

Loulou, bé, mon repaire, mon kiné préféré... Merci pour ta présence, ton soutien, ton amour et ta patience durant mes études. Merci d'avoir cru en moi, même quand je doutais de moi-même. J'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve et de continuer à construire notre vie ensemble.

A toute l'équipe de la pharmacie Sainte-Anne,

Monsieur Pineau, Anaëlle, Stéphanie, Katleen, Florence, Tiphanie, Loane, Célina... Merci pour ces 6 mois formateurs.

A toutes les personnes avec qui j'ai partagé ces longues années d'études,

Même si nous nous sommes pour la plupart perdus de vue, votre présence a rendu ce parcours unique. Pour certains, vous avez été particulièrement importants à des moments clés, et je vous en suis reconnaissante.

Enfin, je tiens également à remercier le site **Dermaweb** pour m'avoir autorisée à utiliser leurs images, qui ont été précieuses pour illustrer mes fiches. Sans leur contribution, ce travail n'aurait pas eu le même intérêt.

Table des matières

I.	Introduction.....	12
II.	Première partie : anatomie du cuir chevelu.....	13
1.	Le cuir chevelu	13
a.	Introduction	13
b.	Les différentes couches du cuir chevelu.....	13
c.	La peau.....	14
i.	L'épiderme	15
ii.	Le derme.....	17
iii.	L'hypoderme	17
2.	Le cheveu.....	17
a.	Son anatomie	17
b.	Son cycle de vie	19
III.	Deuxième partie : pathologies du cuir chevelu	20
1.	Pathologies infectieuses.....	20
a.	Bactériose : folliculite bactérienne.....	20
b.	Parasitose : pédiculose du cuir chevelu.....	25
c.	Mycoses : teigne (folliculite mycosique)	35
i.	Teigne à Microsporum (teigne microsporique)	35
ii.	Teigne à Trichophyton (teigne trichophytique)	37
2.	Pathologies inflammatoires.....	41
a.	Dermite séborrhéique	41
b.	Psoriasis.....	49
c.	Folliculite	61
d.	Lichen plan pilaire	67
e.	Pellicules.....	74
f.	Lupus érythémateux discoïde	79
3.	Pathologies non inflammatoires et non infectieuses.....	85
a.	Alopécie non cicatricielle	85
i.	Alopécie androgénétique	85
ii.	Pelade.....	95
b.	Trichotillomanie	103
4.	Pathologies tumorales du cuir chevelu	108
a.	Introduction aux pathologies tumorales du cuir chevelu.....	108
b.	Carcinome : épidermoïde et basocellulaire.....	112
c.	Mélanome.....	118
d.	Kératose actinique.....	123
e.	Kératose séborrhéique	126
IV.	Conclusion.....	130
V.	Bibliographie	131

Liste des illustrations

Figure 1 : Schéma illustrant les différentes couches du scalp.

Figure 2 : Schéma illustrant les différentes couches de la peau.

Figure 3 : Schéma illustrant les différentes couches de l'épiderme.

Figure 4 : Coupes longitudinale et transversale d'un follicule pileux.

Figure 5 : Schéma représentant le poil et ses structures adjacentes.

Figure 6 : Photo d'une folliculite bactérienne du cuir chevelu.

Figure 7 : *Pediculus humanus capitis*.

Figure 8 : Cycle de développement des poux de tête.

Figure 9 : Lente n'ayant pas encore éclos.

Figure 10 : Lente ayant éclos.

Figure 11 : Évolution du pou du stade nymphe à la forme adulte.

Figure 12 : Peigne anti-poux.

Figure 13 : Photo d'un cas de teigne microsporique.

Figure 14 : Photo d'un kérion.

Figure 15 et 16 : Photos de cas de teigne à *Trichophyton violaceum*.

Figure 17 : Photos de 2 cas de dermite séborrhéique du cuir chevelu.

Figure 18 : Photos de plaques de psoriasis du cuir chevelu.

Figure 19 : Folliculite décalvante.

Figure 20 : Alopécie liée à un LPP.

Figure 21 : Zoom sur l'absence d'ouvertures folliculaires liée à un LPP.

Figure 22 : Récession progressive de la ligne d'implantation des cheveux et alopécie des sourcils liées à une AFF.

Figure 23 : Pellicules sèches.

Figure 24 : Pellicules grasses.

Figure 25 : Image en dermoscopie (érythème de fond, squames et halos blancs périfolliculaires).

Figure 26 : Alopécie cicatricielle résultant d'un LED.

Figure 27 : Alopécie cicatricielle étendue résultant d'un LED.

Figure 28 : AAG masculine avec atteinte fronto-temporale.

Figure 29 : AAG masculine avec atteinte du vertex.

Figure 30 : Classification de l'AAG masculine selon l'échelle de Hamilton-Norwood.

Figure 31 : AAG féminine.

Figure 32 : Classification de l'AAG féminine selon l'échelle de Ludwig.

Figure 33 : Pelade en plaques.

Figure 34 : Perte totale des cheveux.

Figure 35 : Pelade ophiasique.

Figure 36 : Trachyonychie.

Figure 37 : Érosions ponctuées géométriques.

Figure 38 : Alopécie engendrée par la trichotillomanie.

Figure 39 : Plaques alopeciques diffuses et irrégulières.

Figure 40 : Aspect typique d'un carcinome basocellulaire débutant.

Figure 41 : Carcinome basocellulaire superficiel.

Figure 42 : Carcinome basocellulaire sclérodermiforme à la base d'une narine.

Figure 43 : Carcinome épidermoïde.

Figure 44 : Mélanome cutané.

Figure 45 : Kératose actinique du cuir chevelu.

Figure 46 : Kératose séborrhéique du cuir chevelu.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Liste des principaux produits anti-poux vendus en officine.

Tableau 2 : Comparatif des symptômes caractérisant la dermite séborrhéique, la dermite atopique et le psoriasis.

Tableau 3 : Liste non exhaustive des produits antipelliculaires disponibles en pharmacie.

Tableau 4 : Comparatif présentant les principales différences entre un carcinome, un mélanome, une kératose actinique et une kératose séborrhéique.

Tableau 5 : Options thérapeutiques en fonction du stade du mélanome cutané.

Tableau 6 : Résumé des options thérapeutiques en fonction du stade de la maladie.

Liste des schémas

Schéma 1 : Algorithme de prise en charge de la dermite séborrhéique du cuir chevelu en fonction de la sévérité.

I. Introduction

La pharmacie d'officine est une structure située au premier plan dans la prise en charge des patients. Elle est facile d'accès grâce à son maillage territorial de proximité (19 887 officines en France métropolitaine et 615 en Outre-mer en 2023) (1) et sa large plage horaire d'ouverture.

Par cette proximité mais aussi grâce à ses connaissances médicales et scientifiques, le pharmacien d'officine est donc un interlocuteur privilégié. Il est souvent consulté par les patients, sans prise de rendez-vous, avant que ces derniers ne consultent des médecins, généralistes ou spécialistes. Le pharmacien d'officine se doit donc d'être un professionnel de santé polyvalent, capable d'analyser des ordonnances, délivrer des médicaments et des conseils pharmaceutiques mais aussi de répondre aux nombreuses interrogations de ses patients.

Les demandes spontanées de patients s'agissant de leur état de santé sont quotidiennes. Sans pour autant pratiquer d'exams cliniques, le pharmacien doit savoir observer et interpréter des symptômes.

Dans un contexte de désert médical, les pharmacies d'officine permettent de faciliter l'accès au soin. C'est d'autant plus vrai pour la spécialité dermatologie. En effet, seulement 3752 dermatologues étaient répertoriés en France en 2022 (2), alors que ceux-ci sont de plus en plus sollicités (vieillissement de la population, dégradation de l'environnement, augmentation des cancers de la peau de 10% tous les ans). Cela s'explique par des décisions politiques ayant conduit à une diminution du nombre d'étudiants autorisés à s'inscrire en dermatologie. De plus, le nombre de nouveaux dermatologues ne suffit pas à remplacer celui de ceux qui partent en retraite. Une importante pénurie de dermatologues est donc prévisible dans les années à venir (3).

Ainsi, en prenant en charge à l'officine certaines affections du cuir chevelu qui ne nécessitent pas de consultation médicale, cela permet de désengorger leurs listes d'attente. Évidemment, pour les pathologies qui le nécessitent, le pharmacien se doit de rediriger le patient vers un médecin. Dans ces deux cas il peut lui apporter des conseils pharmaceutiques et d'hygiène et lui faire des rappels sur la prévention. L'orientation des patients vers un système de soin médico-social adapté fait partie des missions du pharmacien.

La première partie de ce travail sera axée sur l'anatomie du cuir chevelu afin de mettre en exergue, dans une seconde partie, les pathologies qui le concernent.

J'aborderai des pathologies infectieuses, des pathologies inflammatoires, d'autres pathologies ne rentrant pas dans ces deux catégories, ainsi que les pathologies tumorales du cuir chevelu. Je me concentrerai sur celles que l'on retrouve le plus fréquemment au comptoir.

La finalité de mon travail est l'élaboration de fiches conseils sur les pathologies affectant le cuir chevelu, à destination des pharmaciens d'officine mais plus largement à l'ensemble de l'équipe officinale, notamment les étudiants en pharmacie et les apprentis préparateurs. Ceci dans le but de faciliter la prise en charge des patients affectés par des pathologies parfois difficiles à reconnaître. Elles permettront je l'espère, au personnel officinal, de dispenser des conseils, suite à une demande spontanée d'un patient.

II. Première partie : anatomie du cuir chevelu

1. Le cuir chevelu

a. Introduction

Le cuir chevelu est une partie complexe et intégrante de l'anatomie humaine. Il remplit des fonctions à la fois fonctionnelles et esthétiques. Il joue un rôle crucial dans la protection des structures sous-jacentes et dans le soutien à la croissance et à l'entretien des cheveux.

Comprendre son anatomie est essentiel pour les professionnels de santé afin de diagnostiquer et traiter efficacement les diverses affections qui le touchent.

b. Les différentes couches du cuir chevelu

Le cuir chevelu, ou scalp, est la partie de la tête qui s'étend des arcades sourcilières en avant, jusqu'à la protubérance externe et la ligne nuchale supérieure en arrière. Latéralement, le cuir chevelu s'étend jusqu'aux arcades zygomatiques.

Il se compose de plusieurs couches (fig. 1) :

- La peau en superficie : elle est assimilée dans sa constitution à la peau du reste du corps, à l'exception de la présence abondante de follicules pileux au niveau du scalp.
- Le tissu conjonctif dense : il permet d'arrimer la peau à l'aponévrose. Il contient les artères, les veines et les nerfs destinés au scalp.
- L'aponévrose ou couche aponévrotique : elle est constituée du muscle occipitofrontal, qui a un chef frontal en avant, un chef occipital en arrière et un tenon aponévrotique qui réunit les deux. Ce muscle permet de mobiliser le scalp, de plisser le front et d'élever les sourcils.
- Le tissu conjonctif lâche : il sépare la couche aponévrotique du périoste et facilite le mouvement du scalp sur la calvaria. Il permet ainsi les expressions du visage.
- Le périoste crânien : c'est la couche la plus interne du scalp qui recouvre la surface périphérique de la calvaria. Il est attaché aux os de la calvaria, mais peut en être séparé, sauf dans les zones de suture (4).

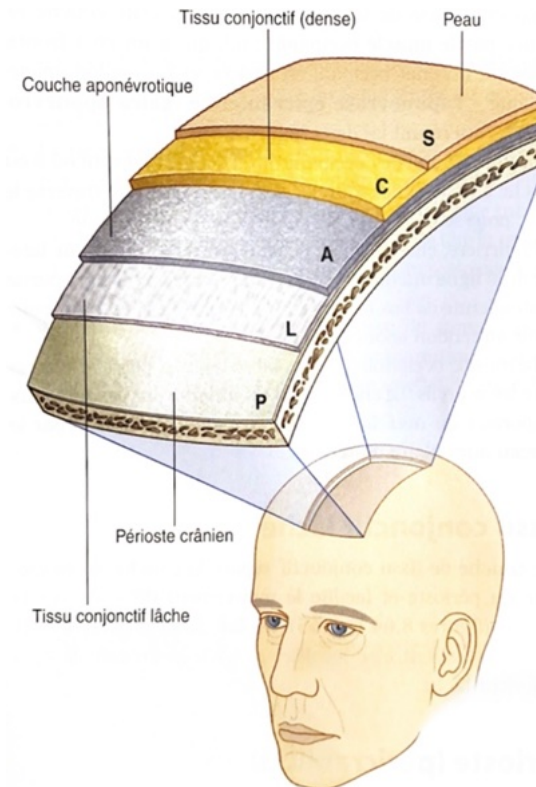


Figure 1 : Schéma illustrant les différentes couches du scalp (4).

Les pathologies abordées par la suite étant des pathologies touchant la peau, je m'attarderai uniquement sur la description de celle-ci.

c. La peau

La peau (fig. 2) est la couche la plus externe du cuir chevelu. Elle agit comme une barrière protectrice contre les facteurs environnementaux.

La peau, avec une épaisseur moyenne de 1 à 2 mm sur la majeure partie du corps, est composée de trois couches principales :

- L'épiderme, superficiel et mince, constitué de tissu épithélial ;
- Le derme, profond et épais, constitué de tissu conjonctif ;
- L'hypoderme est la couche sous-cutanée, composée de tissu conjonctif lâche aréolaire et de tissu adipeux. Il contient de gros vaisseaux sanguins qui irriguent la peau et des terminaisons nerveuses, sensibles à la pression. Bien que peu dense au niveau du cuir chevelu, il y est tout de même présent.

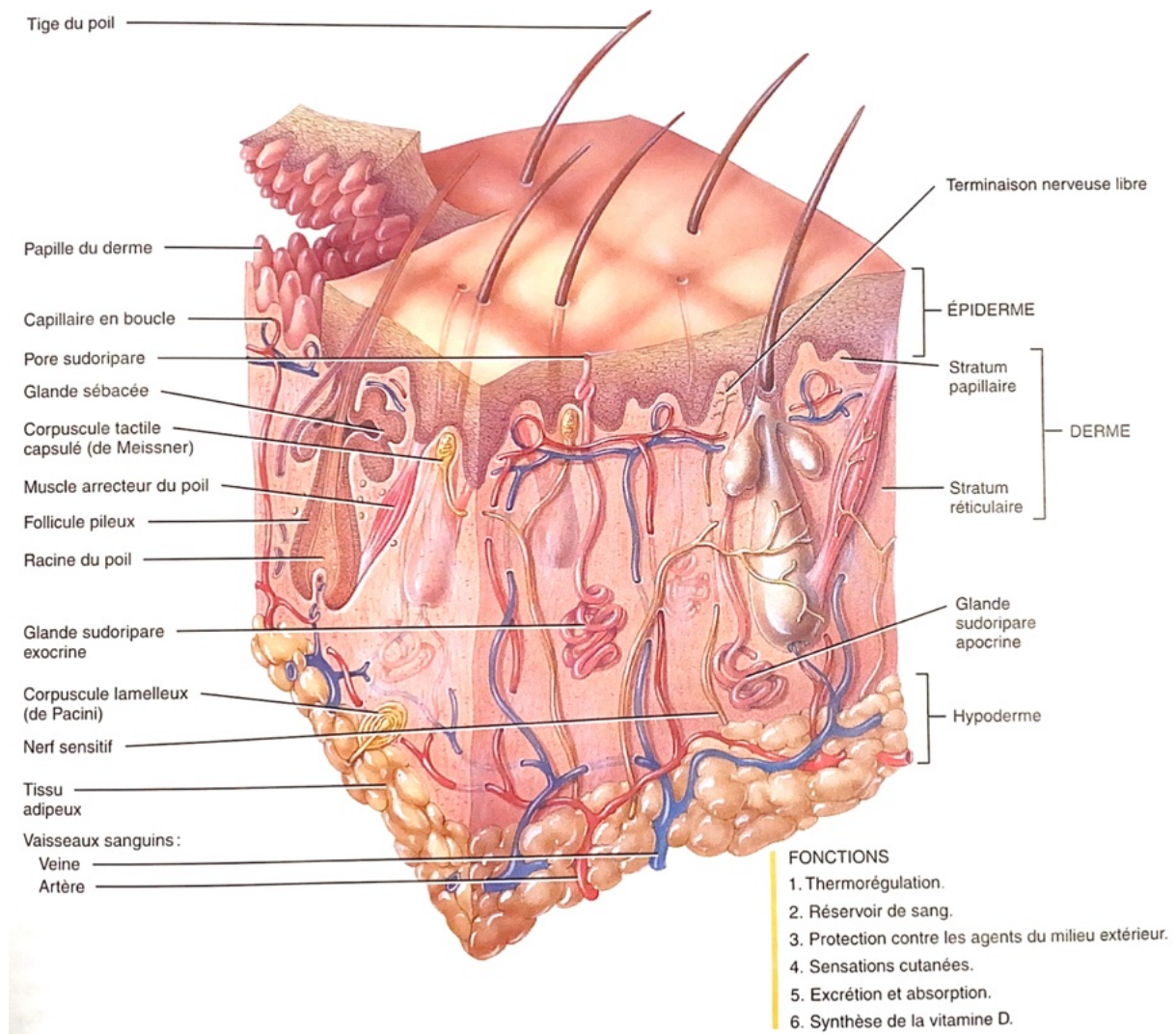


Figure 2 : Schéma illustrant les différentes couches de la peau (5).

i. L'épiderme

L'épiderme se compose de plusieurs couches (fig. 3). Il y a d'abord, à la surface, la couche cornée, composée de kératinocytes morts (les cornéocytes) et aplatis qui empêchent la pénétration de l'eau et des microorganismes et protège la peau des lésions.

En dessous, se trouve la couche claire mais qui n'entre pas dans la constitution de la peau du cuir chevelu. En effet, on ne retrouve cette couche que dans la peau du bout des doigts, de la paume des mains et de la plante des pieds.

Ensuite, se trouve la couche granuleuse, formée de trois à cinq épaisseurs de kératinocytes aplatis en apoptose. Ces kératinocytes contiennent en outre des granules lamellés qui libèrent une sécrétion lipidique qui comble les espaces entre les cellules de la couche granuleuse et entre les cellules plus superficielles de l'épiderme. Cette sécrétion sert de revêtement imperméabilisant qui limite la déperdition d'eau et fait obstacle aux substances étrangères. La couche granuleuse constitue une ligne de démarcation entre les couches profondes actives sur le plan métabolique et les cellules mortes des couches superficielles.

On trouve ensuite la couche épineuse, constituée de 8 à 10 épaisseurs de kératinocytes polyédriques serrés les uns contre les autres ayant, pour la plupart, conservé leur capacité de division. Ces kératinocytes possèdent des « épines » à leur surface, permettant de relier étroitement les cellules entre elles. Cette couche contient aussi des cellules de Langerhans et des mélanocytes.

Enfin, l'épiderme se termine par la couche basale ou couche germinative, formée d'une couche de kératinocytes cuboïdes. Certaines de ces cellules sont des cellules souches qui se divisent pour produire sans cesse de nouveaux kératinocytes. Dans cette couche, on trouve aussi des cellules de Langerhans, des mélanocytes et des cellules de Merkel (5).

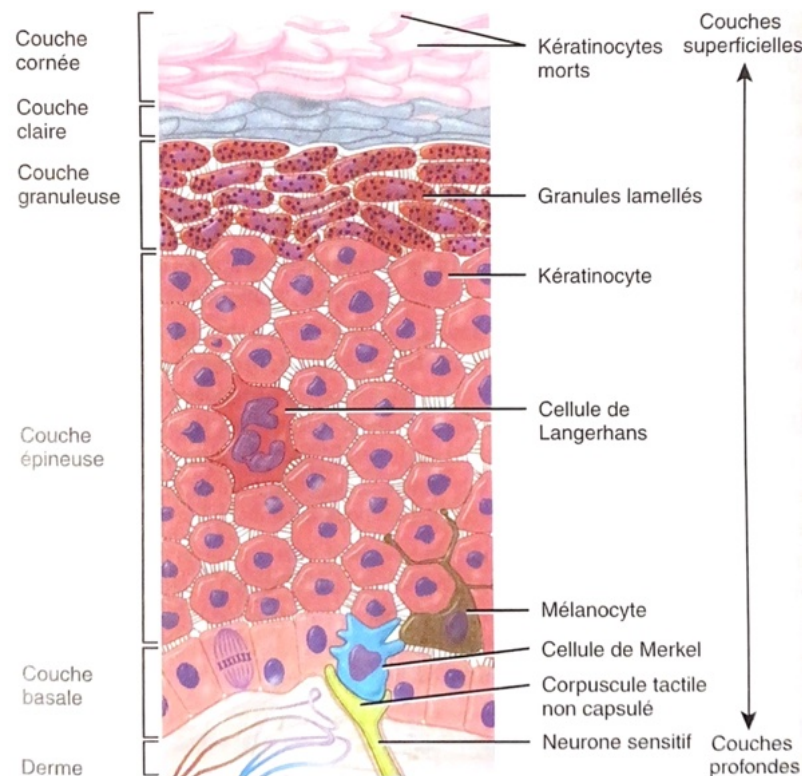


Figure 3 : Schéma illustrant les différentes couches de l'épiderme (5).

L'épiderme est un épithélium stratifié pavimenteux kératinisé. On y retrouve principalement des kératinocytes, des mélanocytes, des cellules de Langerhans et des cellules de Merkel.

Les kératinocytes représentent 90% des cellules épidermiques. Ils produisent la kératine, protéine fibreuse et résistante qui protège la peau et les tissus sous-jacents contre la chaleur, les microorganismes et les substances chimiques. Ils sont en perpétuel renouvellement et mettent environ un mois pour aller de la couche basale à la couche cornée.

Les mélanocytes représentent 8% des cellules épidermiques. Ils produisent la mélanine et transfèrent des granules de mélanine aux kératinocytes, donnant sa couleur à la peau. La mélanine est un pigment brun foncé qui absorbe les rayons ultraviolets nocifs en formant un voile protecteur sur la face du noyau (contenant l'ADN) tournée vers l'extérieur.

Les cellules de Langerhans sont des cellules du système immunitaire, présentatrices d'antigènes qui participent à la défense de l'organisme contre les agents pathogènes s'introduisant dans la peau.

Les cellules de Merkel sont des cellules du système neuroendocrinien diffus qui reçoivent des messages du système nerveux par contact avec le prolongement d'un neurone sensitif et y répondent en sécrétant des hormones. Ce sont des récepteurs sensoriels (5).

ii. Le derme

Le derme est la couche intermédiaire, principalement formé de tissu conjonctif contenant des fibres collagènes et élastiques lui conférant sa résistance, son extensibilité (capacité de s'étirer) et son élasticité (capacité de reprendre sa forme initiale après un étirement). Il renferme également des fibroblastes, des macrophages, des adipocytes, des vaisseaux sanguins, des nerfs (dont des terminaisons nerveuses sensibles aux contacts), des glandes sébacées (reliées aux follicules pileux) et sudoripares et des follicules pileux (5).

iii. L'hypoderme

L'hypoderme, ou tissu sous-cutané, est constitué de cellules adipeuses qui assurent l'isolation et agissent comme un coussin. Les adipocytes sont organisés en lobules, séparés les uns des autres par des cloisons constituées de gros vaisseaux sanguins et de collagène.

2. Le cheveu

a. Son anatomie

La partie visible du cheveu est appelée la tige tandis que la partie qui s'enfonce dans le derme est appelée la racine. Cette dernière est retenue dans le derme par le follicule pileux qui l'entoure et qui sert également à la croissance du poil.

Le follicule pileux (fig. 4) est une structure en forme de tube, composée d'une gaine radiculaire interne et d'une gaine radiculaire externe qui est un prolongement de l'épiderme. A sa base, il comporte un bulbe pileux qui lui-même contient la papille du poil, lui permettant un apport sanguin. Le sang fournit des nutriments et de l'oxygène au bulbe pileux, favorisant ainsi la croissance des cheveux. Au-dessus de la papille, se trouve une couche de cellules germinatives, appelée matrice du poil, à l'origine de la croissance du cheveu existant et de la production de nouveaux cheveux pour remplacer ceux tombés. Les cellules de la matrice donnent aussi naissance aux cellules de la gaine radiculaire interne. Parmi ces cellules germinatives se trouvent aussi des mélanocytes, qui produisent un pigment mélanique et le transfèrent dans les kératinocytes.

Les cheveux sont principalement composés d'une protéine, la kératine, qui constitue la base structurelle de ses différents composants. Les trois principales couches des cheveux comprennent la cuticule, le cortex et la moelle, chacune remplissant des fonctions distinctes.

- La cuticule : c'est la couche la plus externe de la tige du cheveu, constituée d'écailles superposées qui ressemblent à des bardeaux sur un toit. Ces écailles sont formées de cellules mortes aplaties qui protègent les couches internes du cheveu. La cuticule joue un rôle crucial dans le maintien de l'intégrité de la tige capillaire en la protégeant des dommages et des facteurs de stress environnementaux.

- Le cortex : il se trouve sous la cuticule et constitue la majorité du volume du cheveu. Cette couche contient des cellules allongées remplies de fibres kératiniques disposées selon une structure hélicoïdale. Le cortex détermine la force, l'élasticité et la couleur des cheveux, car il contient des pigments mélaniques. De plus, le cortex fournit un soutien structurel et contribue à la texture globale du cheveu.
- La médulla ou moelle : c'est la couche la plus interne de la tige pileuse, présente dans certains types de cheveux, mais pas dans tous. Il se compose de cellules et d'espaces aériens peu compactés et se trouve principalement dans les poils épais. La fonction de la moelle reste moins comprise que celle de la cuticule et du cortex, mais elle pourrait jouer un rôle dans l'isolation thermique et la rétention d'humidité.

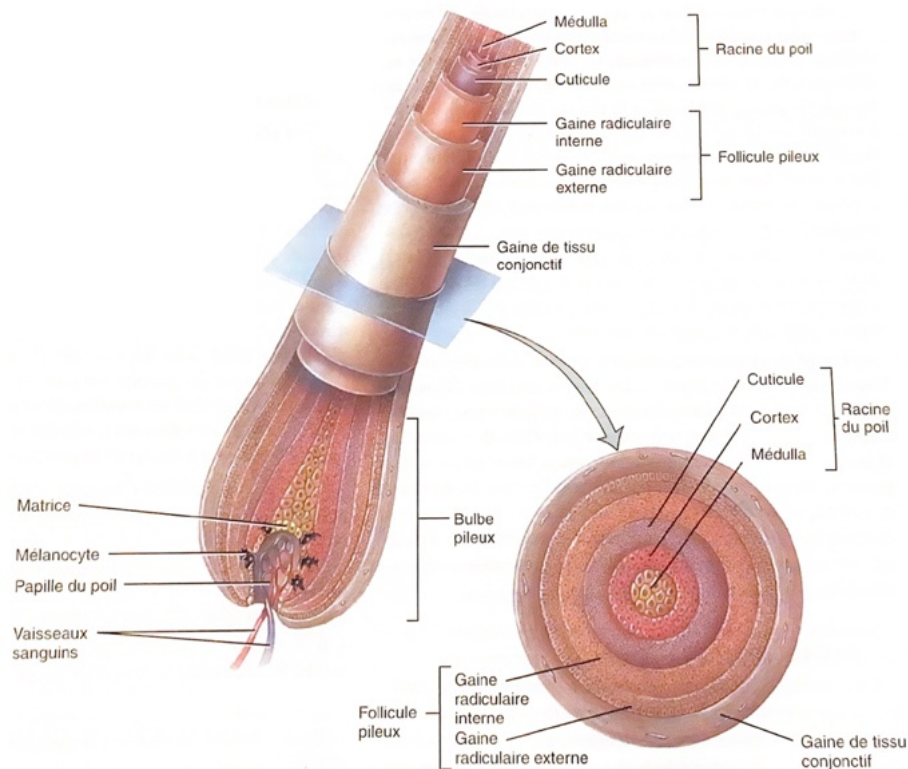


Figure 4 : Coupes longitudinale et transversale d'un follicule pileux (5).

Dans le derme, le follicule pileux est connecté à différentes structures (fig. 5). En effet, connecté au follicule pileux, se trouve le muscle arrecteur du poil, pouvant se contracter sous l'effet de la peur ou du froid et ainsi redresser le cheveu.

Les glandes sébacées sont attachées aux follicules pileux et produisent du sébum, une substance grasse qui hydrate et protège les cheveux et le cuir chevelu.

Chaque follicule pileux est entouré de dendrites qui forment le plexus de la racine du cheveu. Sensible au toucher, il émet des influx nerveux si la tige du cheveu se déplace.

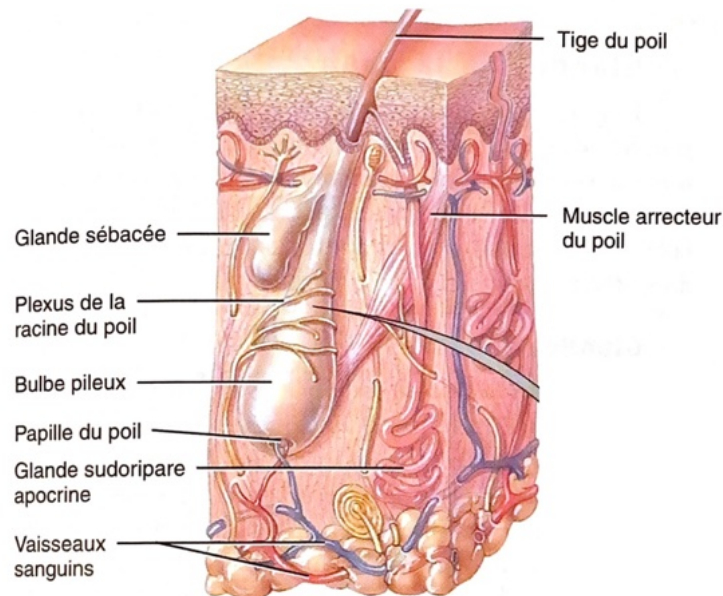


Figure 5 : Schéma représentant le poil et ses structures adjacentes (5).

b. Son cycle de vie

Le cycle de vie du cheveu est composé de trois phases principales : anagène, catagène et télogène.

La phase anagène est la phase de croissance du cheveu. C'est la phase la plus longue du cycle, pouvant durer de 2 à 6 ans. Durant cette phase, les cellules du follicule pileux, et plus précisément celles de la matrice, se divisent rapidement, conduisant à la production de nouveaux cheveux. Ils s'allongent à mesure que de nouvelles cellules s'ajoutent à la base de la racine. La durée de la phase anagène détermine la longueur maximale qu'un cheveu peut mesurer (5).

La phase catagène intervient après la phase anagène et correspond à une phase de transition durant de 2 à 3 semaines. Pendant cette phase, le follicule pileux rétréci et la division cellulaire s'arrête. Le cheveu se détache de l'apport sanguin et cesse de pousser.

Pour finir ce cycle, le cheveu entre dans la phase télogène, aussi appelée phase de repos. Celle-ci dure environ 3 mois (5). Durant cette phase le follicule pileux reste en dormance et le vieux cheveu finit par tomber pour laisser place à un nouveau cheveu. Un individu perd normalement 70 à 100 cheveux par jour durant la phase télogène.

Les maladies, le régime alimentaire, une forte fièvre, les interventions chirurgicales, les pertes de sang, le stress psychologique intense et le sexe influent sur le rythme de croissance et le cycle de renouvellement des cheveux. La perte des cheveux est également plus importante pendant les 3 à 4 mois suivant un accouchement, après la prise de certains médicaments ou à la suite d'une radiothérapie (5).

III. Deuxième partie : pathologies du cuir chevelu

1. Pathologies infectieuses

a. **Bactériose : folliculite bactérienne**

• Qu'est-ce que la folliculite bactérienne ?

La folliculite bactérienne est une inflammation des follicules pileux due à une bactérie : principalement *Staphylococcus aureus* mais parfois *Pseudomonas aeruginosa* (folliculite des bains chauds). Autrement dit, les bactéries envahissent les follicules pileux par des microtraumatismes ou des perturbations de la barrière cutanée. Une fois à l'intérieur, elles prolifèrent, entraînant une inflammation locale.

Le cuir chevelu est une zone riche en follicules pileux, créant un environnement propice à la colonisation bactérienne.

La prévalence exacte de la folliculite bactérienne en France n'est pas précisément documentée. Cependant, on sait que c'est une affection courante qui touche diverses populations à travers le monde, y compris en France. Elle peut affecter aussi bien les enfants que les adultes, avec une incidence plus élevée chez les hommes adolescents et les jeunes adultes (6).

• Quels sont les symptômes de cette affection cutanée ?

Les symptômes peuvent inclure de légères douleurs, démangeaisons ou irritations et se manifestent sous la forme d'un gonflement rouge avec ou sans pustule au-dessus de l'ouverture folliculaire (7) (fig. 6). Les cheveux infectés peuvent tomber ou être enlevés facilement par le patient.



Figure 6 : Photo d'une folliculite bactérienne du cuir chevelu (8).

Sans traitement, la folliculite bactérienne peut disparaître en 7 à 10 jours (la pustule forme une croûte qui tombe sans laisser de cicatrice) ou évoluer vers des furoncles. Un furoncle apparaît comme un nodule inflammatoire, érythémateux, induré, chaud et douloureux de 1 à 2 cm de diamètre autour de l'ouverture folliculaire. Il peut se rompre au bout de quelques jours, laissant s'écouler du matériel nécrotique jaunâtre (pus).

• Quels sont les facteurs de risque de l'infection ?

- Se baigner dans un jacuzzi ou une piscine publique mal entretenus.
- Endommager les follicules pileux par le port d'un couvre-chef serré (foulard, casquette) ou par des pratiques de coiffure telles que les tresses africaines, le port de perruque ou l'utilisation d'huile pour les cheveux.
- Le rasage fréquent du cuir chevelu.
- Le grattage.
- L'utilisation de corticostéroïdes topiques, la prise de prednisone, la prise d'antibiotique au long cours et la prise de certaines chimiothérapies.
- Une peau lésée par de l'eczéma ou une dermatite.
- Une transpiration excessive, la macération.
- L'obésité, le diabète, l'infection par le VIH ou toute autre pathologie affaiblissant le système immunitaire (9,10).

• Quel est le rôle de l'équipe officinale dans la prise en charge de la maladie ?

Devant un cas de folliculite bactérienne peu étendue et/ou récente, notre rôle est de s'assurer que le patient respecte les mesures d'hygiène énoncées ci-après.

En revanche, si l'infection est étendue, si elle s'aggrave, si il y a des signes d'infection en propagation ou si les symptômes ne disparaissent pas après 7 à 10 jours de mesures d'hygiène, il convient d'orienter le patient vers un médecin afin que ce dernier pose un diagnostic et prescrive un traitement adéquat. Parmi les signes d'infection en propagation, on retrouve : une augmentation soudaine de la rougeur ou de la douleur, de la fièvre, des frissons et une sensation de malaise.

• Quelle est la stratégie thérapeutique ?

La base du traitement repose sur l'éviction des facteurs favorisants et le respect des règles d'hygiène.

Ensuite, il faut procéder à la désinfection des lésions avec un antiseptique (exemple : SEPTIVON® à base de chlorhexidine gluconate), à raison de 2 applications par jour pendant 7 à 10 jours.

La plupart du temps, ces mesures suffisent. Dans les autres cas (folliculites profondes et/ou étendues), le médecin peut prescrire une antibiothérapie locale bien que cela reste anecdotique car elle peut entraîner des résistances. Le médecin peut aussi prescrire une antibiothérapie par voie générale (exemples : pristnamycine, amoxicilline et acide clavulanique, roxythromycine, azithromycine, cloxacilline ou acide fusidique), pendant 7 à 10 jours (10).

Enfin, en cas de folliculites récidivantes, il est nécessaire de réduire le portage nasal de *Staphylococcus aureus* qui est un foyer important, responsable de la contamination d'autres sites. Pour cela, le médecin peut prescrire de la mupirocine à 2%, à raison de 4 applications par jour, 5 jours par mois ou de l'acide fusidique à raison de 2 applications par jour, 1 semaine par mois.

Il est important de noter que les mesures d'hygiène doivent être étendues aux personnes de l'entourage immédiat si elles sont porteuses de *Staphylococcus aureus* (10).

• Quels sont les conseils à prodiguer aux patients ?

- Rappeler les mesures d'hygiène (indispensables en cas de formes récidivantes) :
 - Suppression des facteurs favorisants locaux (*cf ci-dessus*).
 - Lavage quotidien du cuir chevelu avec une solution antiseptique. Déconseiller l'utilisation de shampoings trop agressifs.
 - Bien sécher les cheveux, rapidement après les avoir lavés car l'humidité favorise la croissance bactérienne.
 - Lavage fréquent des mains afin de prévenir la diffusion et la récurrence des lésions avec une solution antiseptique moussante (exemples : SEPTIVON®, PLUREXID®, CYTEAL®).
 - Couper les ongles courts et éviter la manipulation des lésions.
 - Utilisation de serviette de toilette à usage personnel. Il en va de même pour les peignes, brosses, chapeaux et oreillers.
 - Changer de taie d'oreiller fréquemment.
- Boire suffisamment d'eau pour maintenir un bon taux d'hydratation de la peau.
- N'ayant aucun effet indésirable connu, on peut conseiller l'application de chaleur humide en local (sur les zones de folliculite, en début d'évolution) via des compresses humides chaudes. La température doit être autour de 38 °C à 40 °C et l'application durer 15 à 20 minutes. Cela calme la douleur, augmente le flux sanguin local, établit un drainage, et s'est avéré utile dans le traitement de folliculites ou de furoncles récemment apparus. Cependant, en cas de persistance de l'infection, cela restera une solution temporaire en attendant d'obtenir un rendez-vous avec un médecin.
- Proposer la prise de paracétamol et/ou d'anti-inflammatoires pour soulager la douleur.
- En cas de prise d'antibiotiques par voie orale, conseiller une cure de probiotiques telle que le LACTIBIANE ATB® de chez PILEGE.
- Recommander au patient d'avoir une alimentation équilibrée, riche en nutriments, pour aider à renforcer le système immunitaire.

Conseils

- Rappeler les **mesures d'hygiène** (indispensables si récidives) :
 - **Suppression des facteurs favorisants locaux**
 - **Lavage quotidien du cuir chevelu** avec une solution antiseptique. Déconseiller les shampooings trop agressifs.
 - **Bien sécher les cheveux, rapidement** après les avoir lavés.
 - **Lavage fréquent des mains** avec une solution antiseptique moussante (exemple : **chlorhexidine**).
 - **Couper les ongles courts** et éviter la manipulation des lésions.
 - **Utilisation de serviette de toilette, peignes, brosses, chapeaux et oreillers à usage personnel.**
 - **Changer de taie d'oreiller** fréquemment.

⚠ Les mesures d'hygiène doivent être étendues aux personnes de l'entourage immédiat si elles sont porteuses de *Staphylococcus aureus*.

- **Boire suffisamment d'eau.**
- **Paracétamol** et/ou **anti-inflammatoires** pour soulager la **douleur**.

- **Application de chaleur humide en local via compresses**, autour de 38 °C à 40 °C, pendant 15 à 20 minutes. Diminue douleur, augmente flux sanguin local, établit un **drainage**. *Utile dans le traitement de folliculites ou de furoncles récemment apparus.*
- En cas de prise d'**antibiotiques** par voie orale, conseiller une cure de **probiotiques**.
- **Alimentation équilibrée**, riche en **nutriments**, pour aider à **renforcer le système immunitaire**.

Marche à suivre

Folliculite **superficielle** et peu étendue : **prise en charge uniquement en pharmacie.**

→ conseils d'hygiène + antiseptie

Folliculite **extensive** et/ou qui **ne disparaît pas après 7 à 10 j** et/ou **récurrente** et/ou **profonde** (nodules voire furoncles) ou **augmentation** soudaine de la **rougeur** ou de la **douleur**, **fièvre**, **frissons** et sensation de **malaise** peuvent nécessiter une **antibiothérapie** et donc d'orienter le patient vers un **médecin**.

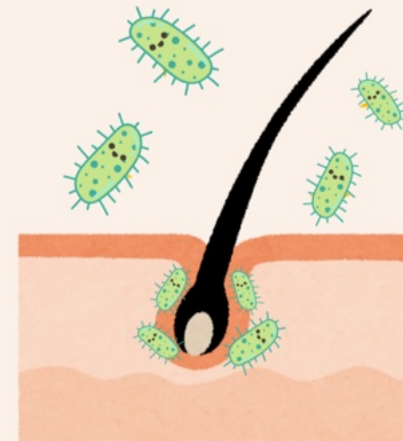
En attendant le rdv : hygiène + technique de l'application de chaleur humide.



Reconnaissance
Prise en charge
Officine



La folliculite bactérienne du cuir chevelu



Définition

Inflammation des follicules pileux due à une **bactérie**.

↓
Staphylococcus aureus +++ ou
Pseudomonas aeruginosa 

Les bactéries entrent dans les follicules pileux via des **microtraumatismes** ou des **perturbations de la barrière cutanée** et **prolifèrent**, entraînant une **inflammation locale**.

Les facteurs de risque :

- **Jacuzzi** ou **piscine** publique **mal entretenus**.
- Port de **casquette / foulard serré** ou coiffure comme les **tresses africaines**, les **perruques** ou l'utilisation d'**huile pour les cheveux**.
- **Rasage** fréquent.
- **Grattage**.
- L'utilisation de **corticostéroïdes topiques**, la prise de **prednisone**, d'**antibiotique au long cours** et certaines **chimiothérapies**.
- Une peau lésée par de l'**eczéma** ou une **dermatite**.
- **Hypersudation / macération**.
- **Obésité, diabète**, l'infection par le **VIH** ou autre **pathologie affaiblissant le système immunitaire**.

Reconnaissance

Symptômes :

- **irritations**
- **gonflement rouge avec ou sans pustule**, au-dessus de l'ouverture folliculaire



Source : Dermaweb by Pierre Fabre

Ces symptômes entraînent :

- **légères douleurs**
- **démangeaisons**

Les cheveux infectés peuvent tomber ou être enlevés facilement.

Sans traitement : **disparition possible en 7 à 10 jours** (la pustule forme une croûte qui tombe sans laisser de cicatrice) ou évoluer vers des furoncles.

Les images issues du site Dermaweb by Pierre Fabre sont reproduites avec l'autorisation des ayants droit, dans le cadre d'un usage non commercial et d'une diffusion limitée.

Traitements

- **Eviction des facteurs favorisants**.
- Respect des **règles d'hygiène**.
- **Désinfection** des lésions avec un antiseptique à raison de 2 applications par jour pendant 7 à 10 jours.
- En cas de furoncles : **application de chaleur humide en local**.

Sur ordonnance :

- Si nécessaire : antibiothérapie locale (mais l'application sur le cuir chevelu n'est pas évidente et elle peut entraîner des résistances).
- En fonction de la gravité : **antibiothérapie par voie générale pendant 7 à 10 jours** (ex : **pristinamycine**, **amoxicilline + acide clavulanique**, **roxythromycine**, **azithromycine**, **cloxacilline** ou **acide fusidique**)
- Folliculite récidivante : **réduire le portage nasal de *Staphylococcus aureus*** par l'application de **Mupirocine 2%** (4 applications/jour, 5 jours par mois) ou d'**acide fusidique** (2 applications/jour, 1 semaine par mois).

b. Parasitose : pédiculose du cuir chevelu

• Qu'est-ce que la pédiculose du cuir chevelu ?

La pédiculose est une infestation parasitaire du cuir chevelu causée par le pou de tête. Les poux sont des parasites hématophages cosmopolites exclusifs de l'Homme, responsables d'infestations de la peau et du cuir chevelu (on parle d'ectoparasitose). La sous-espèce retrouvée sur la tête est *Pediculus humanus capitis* (fig. 7) et n'est pas vectrice de maladie.



Figure 7 : Pediculus humanus capitis (11).

La pédiculose est très contagieuse mais bénigne. Elle touche principalement les enfants entre 3 et 10 ans et est souvent à l'origine de fortes épidémies en milieux scolaire et familial. Chaque année, en France, jusqu'à 20% des enfants scolarisés sont touchés par les poux de tête (12). Contrairement aux idées reçues, la pédiculose du cuir chevelu n'est pas due à une mauvaise hygiène.

• Comment cette maladie se transmet-elle ?

La transmission du pou est interhumaine, elle est favorisée par les contacts rapprochés et la vie en collectivité. La transmission peut se faire par contact direct entre un sujet porteur et un sujet sain ou de manière indirecte via le contact d'un tissu contaminé. Contrairement aux idées reçues, les poux, ne volent ni ne sautent. Ils sont seulement capable de ramper.

Pour se développer, les poux préfèrent les endroits sombres et les atmosphères humides, d'où leur affection pour le cuir chevelu. Mais ils peuvent également se loger dans les bonnets, les écharpes, les oreillers, les peluches, le col des vêtements ainsi que les serviettes de bain, les peignes et les brosses à cheveux.

• Quel est le cycle de vie des poux ?

Les poux vivent en moyenne entre 3 et 4 semaines et ne peuvent survivre plus d'un ou deux jours en l'absence d'hôte en raison de leur nécessité de se nourrir fréquemment.

La durée de vie des lentes (œufs) est de 9 à 10 jours. Leur éclosion donne naissance à une nymphe d'environ 1mm qui grandira pour devenir un adulte d'environ 3mm (fig. 8). Les femelles peuvent pondre 5 à 6 œufs par jour, particulièrement sur les cheveux situés derrière les oreilles (13).

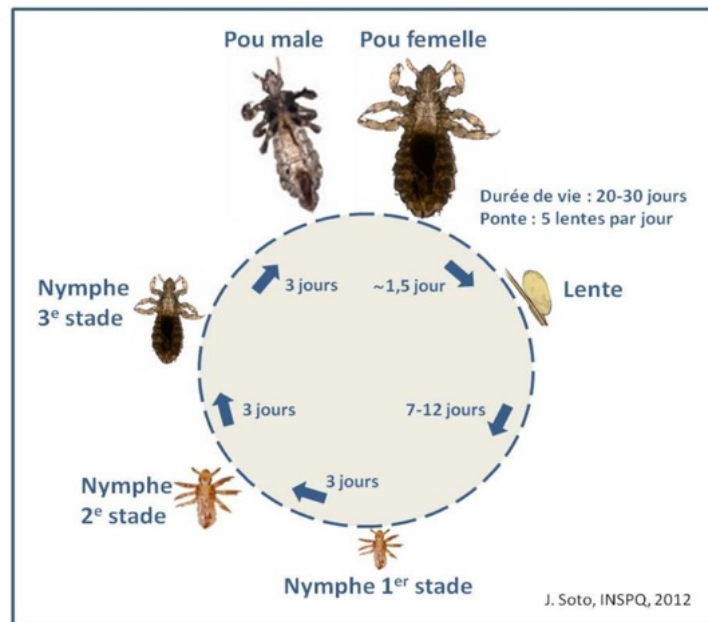


Figure 8 : Cycle de développement des poux de tête (14).

- Comment reconnaître les poux et les lentes ?

Afin de distinguer les poux de tout autre parasite, il faut savoir qu'ils mesurent de 2 à 4mm à l'âge adulte, sont aptères (sans ailes), ont un corps aplati dorso-ventralement, une paire d'antennes et trois paires de pattes équipées de crochets permettant d'agripper les cheveux. Au stade adulte, les poux sont généralement gris et brunissent en se gorgeant du sang de leur hôte (fig. 11), mais leur couleur peut s'adapter à celle des cheveux de l'hôte.

Les lentes ressemblent à des petits « grains de riz ». Elles sont de couleurs gris-jaunâtre puis deviennent blanchâtre une fois qu'elles ont éclos (donc peuvent être confondues avec des pellicules). Plus une lente est proche de l'éclosion, plus elle est foncée (fig. 9,10). Les lentes vivantes sont localisées au maximum à 6 mm du cuir chevelu, endroit le plus propice à leur éclosion (température et humidité optimales). Les lentes observées à plus de 6 mm du cuir chevelu sont considérées comme mortes. En effet, après éclosion, la coquille vide s'éloigne du cuir chevelu au fur et à mesure que le cheveu pousse.

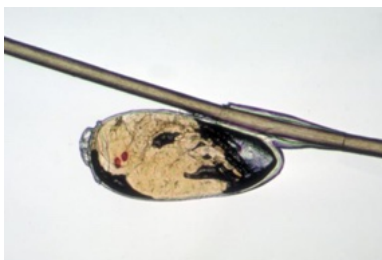


Figure 9 : Lente n'ayant pas encore éclos (15).



Figure 10 : Lente ayant éclos (15).



Figure 11 : Évolution du pou du stade nymphe à la forme adulte (16).

• Quels sont les symptômes de la pédiculose du cuir chevelu ?

Les poux mordent leur hôte plusieurs fois par jour pour se nourrir. Ces morsures activent le système immunitaire et déclenche une réaction inflammatoire locale à l'origine des démangeaisons. Ce prurit se manifeste particulièrement derrière les oreilles, dans la nuque, sur les tempes et sur la partie haute du dos (prurit en pèlerine) (17). Cependant, la pédiculose du cuir chevelu est une pathologie asymptomatique dans 40 à 50% des cas. Cela est dû au délai nécessaire à la sensibilisation de l'hôte à la salive du pou.

Outre les démangeaisons, les enfants peuvent montrer des signes d'irritabilité, de fatigue ou des difficultés à dormir. Les lésions de grattage peuvent être le lieu de surinfections bactériennes.

Le diagnostic de la pédiculose du cuir chevelu est donc clinique, par identification des lentes et des poux à l'œil nu. Le prurit, lui, est un symptôme révélateur.

Voici les bonnes questions à poser aux patients afin de confirmer le diagnostic de la pédiculose du cuir chevelu :

- L'enfant se gratte-t-il la tête ?
- Avez-vous vu des poux ou des lentes sur le cuir chevelu ?
- Avez-vous connaissance d'une actuelle épidémie de poux à l'école ?
- Avez-vous été récemment en contact avec des personnes infestées par les poux de tête ?

• Quelle est la prise en charge ?

Une fois le diagnostic établi, il est impératif de poser d'autres questions :

- Quel âge a la personne infestée ?
- S'il s'agit d'une femme en âge de procréer : est-elle enceinte ou allaite-elle ?
- Y a-t-il d'autres personnes infestées dans le foyer familial ou l'entourage proche ?
- En cas d'utilisation d'un produit anti-poux, la personne qui l'appliquera est-elle asthmatique ?

La prise en charge de cette infection peut se faire intégralement à l'officine. Elle commence par la prévention. Cela passe par la mise en place de mesures individuelles et collectives afin de limiter le risque de contamination.

Quand un sujet est infesté, toutes les personnes vivant dans le même foyer doivent subir un examen minutieux du cuir chevelu à l'aide d'un peigne afin de détecter l'éventuelle présence de poux. Seul les sujets infectés seront traités (la présence d'un seul pou vivant permet de diagnostiquer une infestation active). Pour réaliser ce diagnostic il faut conseiller au patient de suivre plusieurs étapes (14) :

- Humidifier et brosser les cheveux : cela facilite le diagnostic et le passage du peigne fin anti-poux.

- Placer la tête sous une source de lumière : cela permet de mieux visualiser les poux qui, par ailleurs, sont plus mobiles lorsqu'il y a une forte luminosité.
- Utiliser une loupe : en cas de besoin, celle-ci apporte une aide supplémentaire à la détection.
- Utiliser un peigne anti-poux fin (la distance entre les dents devrait être de 0,3 mm maximum), à dents métalliques (pour permettre la stérilisation à l'eau bouillante) et de préférence de couleur claire pour mieux visualiser les poux et les lentes.
- Passer le peigne de la racine des cheveux vers les pointes. Un examen complet de la tête doit prendre entre 10 et 20 minutes. Cela peut s'avérer difficile pour les cheveux épais ou frisés. Un produit démêlant peut alors être appliqué pour que le peigne glisse mieux.
- Essuyer le peigne après chaque passage sur un essuie-tout blanc pour visualiser les éventuels parasites.
- Après l'examen : stériliser le peigne à l'eau bouillante. Si le peigne est en plastique, le nettoyer à l'eau chaude et au savon.
- Se laver les mains après l'examen.

Si l'examen est positif, la déclaration de la pédiculose auprès de l'établissement scolaire fréquenté par l'enfant est recommandée afin que des mesures sanitaires adaptées soient mises en place pour limiter la transmission. En revanche, si l'enfant présente des lésions d'impétigo, atteinte très contagieuse, la déclaration est obligatoire. Selon l'étendue des lésions, il devra rester ou non au domicile.

Il convient d'expliquer aux parents et aux enfants les règles à appliquer en collectivité (*cf conseils ci-dessous*).

L'application de produits anti-poux à titre préventif n'est pas recommandée, n'ayant pas démontré de véritable efficacité. La prévention doit passer par la vérification de la présence éventuelle de poux à intervalles réguliers (tous les jours lors d'épidémie avérée).

Les traitements disponibles pour la pédiculose ont pour objectif d'éliminer les poux et les lentes du patient source et des sujets-contacts, de soulager le patient des démangeaisons, d'éviter les surinfections liées au grattage et de limiter le risque de propagation du parasite à l'entourage.

L'utilisation isolée du peigne anti-poux (fig. 12) sur une chevelure infectée se révèle efficace dans 50% des cas. Le cuir chevelu mouillé est ainsi soigneusement peigné durant une vingtaine de minutes, 2 à 3 fois par jour. Cette opération doit être répétée sur une période de 3 semaines afin d'extraire poux et lentes (17). Contraignante et insuffisante, cette méthode doit être accompagnée de l'utilisation d'un produit adapté.



Figure 12 : Peigne anti-poux (18)

La prise en charge à l'officine de la pédiculose du cuir chevelu se résume donc à s'assurer que l'infestation est avérée, par le biais des questions mentionnées ci-dessus et le rappel des étapes à suivre par les patients pour le diagnostic de celle-ci. L'équipe officinale doit ensuite rappeler les mesures à appliquer en collectivité, conseiller un traitement adapté en détaillant son bon usage et apporter des conseils quant au traitement de l'environnement.

• Quels sont les traitements disponibles ?

Depuis 2018, les insecticides neurotoxiques à base de malathion ou de pyréthrine ne sont plus commercialisés. Cela est dû à l'apparition de résistances des poux face aux produits et à la toxicité des molécules actives.

Désormais, les produits utilisés sont à bases de substances siliconées comme le diméticone. Ceux-ci n'entraînent pas de résistances et sont sans effets indésirables (EI) pour la santé. Ces dispositifs médicaux sont disponibles sous plusieurs formes (shampooing, spray, lotion). Le choix de ces produits dépend de la personne à traiter (enfants, femme enceinte, personnes asthmatiques...) (tableau 1).

Le diméticone est une huile minérale qui agit en asphyxiant le pou en bouchant les pores lui permettant de respirer, il est pédiculicide et ovicide. Certains produits contiennent aussi des huiles végétales comme l'huile de coco mais, à l'inverse des produits à base de diméticone sont peu ou pas ovicide. D'autres encore, contiennent de l'oxyphthirine, du myristate d'isopropyle, de l'huile de paraffine, de l'isononyl isononanoate... mais leur efficacité est moins bien évaluée que celle du diméticone.

Tableau 1 : liste des principaux produits anti-poux vendus en officine.

Marque	Formes	Ingrédient principal	Pour traiter qui ?
	Spray	Diméticone	Dès 6 mois, adapté à la femme enceinte et allaitante. A éviter chez l'asthmatique.
	Lotion	Diméticone	Dès 6 mois, adapté à la femme enceinte et allaitante.
	Shampooing	Isononyl Isononanoate	Flash (5 minutes de pose) : Dès 3 ans, adapté à la femme enceinte et allaitante. « Classique » (15 minutes de pose) : Dès 6 mois, adapté à la femme enceinte et allaitante.
	Lotion	Huile de coco	Dès 6 mois, adapté à la femme enceinte et allaitante.
	Lotion	Oxyphthirine	Dès 6 mois, adapté à la femme enceinte et allaitante.
	Lotion	Paraffine liquide et myristate d'isopropyle	Xpert : Dès 2 ans. En l'absence de données, il est déconseillé chez la femme enceinte et allaitante sauf sur avis médical.
		Huile de coco	Xpress 15' (traitant et lavant) : Dès 2 ans. En l'absence de données, il est déconseillé chez la femme enceinte et allaitante sauf sur avis médical.

	Lotion	Huiles végétales et Huiles essentielles (⚠️ intérêt non démontré)	Dès 3 ans. Contre-indiqué chez la femme enceinte et allaitante.
	Shampooing	Huile de coco	Dès 3 ans. Adapté à la femme enceinte. En l'absence de données il est déconseillé chez la femme allaitante sauf sur avis médical.
	Lotion	Prosil (mêmes propriétés que le diméticone mais se rince mieux)	Dès 12 mois, adapté à la femme enceinte et allaitante.
		Version végétale : Huile d'olive et cire d'abeille	Dès 6 mois, adapté à la femme enceinte et allaitante.
	Shampooing	Huile oligodécène	Dès 12 mois, adapté à la femme enceinte et allaitante.
	Crème	Acides gras de coco	Dès 3 mois, adapté à la femme enceinte et allaitante.
	Lotion	Diméticone	Dès 12 mois, adapté à la femme enceinte et allaitante.
	Shampooing	Paraffine liquide	Dès 2 ans, adapté à la femme enceinte et allaitante.

Quelle que soit la forme utilisée, elle est à appliquer sur cheveux secs. En revanche, les modes d'utilisation sont variables d'un produit à l'autre (exemple : le temps de pose). Il faut donc toujours se référer à la notice.

La forme shampooing permet à la fois de traiter et de laver les cheveux.

Lorsqu'il s'agit d'une forme autre que le shampooing (spray, lotion...), il faut appliquer le produit, masser légèrement le cuir chevelu, respecter le temps de pose, puis laver les cheveux avec un shampooing doux (directement sur cheveux secs). Les cheveux doivent ensuite être peignés avec un peigne antipoux puis sécher à l'air chaud à l'aide d'un sèche-cheveux.

Il est nécessaire de faire une seconde application 7 à 10 jours après la première, afin d'éliminer les poux nés des lentes ayant survécu au traitement initial.

Malheureusement, même mortes, les lentes peuvent rester accrochées aux cheveux pendant une longue période. Leur retrait nécessite une intervention manuelle, en les pinçant entre les ongles du pouce et de l'index, ou en utilisant un peigne à poux. Cette tâche peut s'avérer longue et fastidieuse. L'application préalable d'un baume décolleur de lentes, tel que POXIT, permet d'assouplir la gaine de ciment et faciliter le détachement des œufs (19).

Pour pallier la gêne occasionnée par le prurit, les médecins peuvent prescrire des antihistaminiques voire des dermocorticoïdes. Les démangeaisons peuvent persister quelques jours après le traitement, il faut donc surveiller le cuir chevelu afin de s'assurer de la diminution de l'infestation.

En ce qui concerne l'aromathérapie, l'intérêt des huiles essentielles (de lavande, géranium et clou de girofle notamment) n'a pas été démontré dans le traitement d'une pédiculose. De plus, ils présentent un risque d'allergie, d'intolérance cutanée et un éventuel caractère perturbateur endocrinien. Par ailleurs, il est contre-indiqué d'utiliser des huiles essentielles chez les enfants de moins de 3 ans, les femmes enceintes et allaitantes, les personnes asthmatiques ou souffrant de troubles respiratoires et les personnes présentant des antécédents de convulsion.

• Comment traiter l'environnement ?

Bien que les lentes ne puissent généralement pas survivre ou éclore sans contact avec la chevelure, il est toutefois recommandé de laver à au moins 60°C les textiles ayant été en contact direct avec les cheveux d'une personne infestée (draps, bonnets, literie, serviettes de bain, etc.). Puis de les sécher à l'air chaud pendant 15 minutes.

Si les tissus ne sont pas compatibles avec un lavage à cette température, ils doivent être enfermés dans un sac hermétique pendant une dizaine de jours puis lavés à 30°C. Cela permet d'affamer et d'asphyxier les poux.

Il faut également laver les peignes et les brosses en les laissant tremper 10 minutes dans du shampoing traitant non dilué ou de l'eau bouillante.

La désinfection des objets personnels et des surfaces à l'aide de spray antiparasitaire n'est pas recommandé. En effet, ils sont à l'origine d'allergie respiratoire, entraîne des résistances et sont toxiques pour l'environnement et certains animaux de compagnie. Les méthodes évoquées ci-dessus sont suffisantes.

• Quels conseils peut-on apporter aux patients ?

- Les conseils doivent avant tout porter sur le bon usage des produits, conditionnant ainsi leur efficacité et leur innocuité.
- Lors de l'examen du cuir chevelu, utiliser un bon éclairage et brosser les cheveux au-dessus d'une feuille de papier pour mieux voir les poux.
- Signaler l'infestation d'un enfant au personnel de l'école (sans pour autant l'évincer de sa classe).
- Le diméthicone étant inflammable, les cheveux doivent être tenus à l'écart de toute flamme ou de toute source de chaleur intense pendant l'application et jusqu'au rinçage (17).
- Certains traitements peuvent tâcher les vêtements donc il est conseillé de mettre une serviette sur les épaules de la personne à traiter.
- Certains traitements sont irritants donc il faut éviter tout contact avec les yeux et les muqueuses. En cas de contact accidentel avec les yeux, il faut rincer abondamment à l'eau claire.
- Il est nécessaire de bien agiter le produit avant utilisation et de l'appliquer de manière uniforme sur la chevelure, mèche par mèche, en insistant sur la partie postérieure du cou et l'arrière des oreilles.
- Examiner régulièrement le cuir chevelu de toutes les personnes au contact d'une personne infectée pour prévenir le risque de récurrence.
- Rappeler les règles à respecter en collectivité :
 - De préférence, s'attacher les cheveux (un gel fixant peut éviter les mèches libres),
 - Ne pas partager les brosses à cheveux,

- Éviter les échanges de bonnets, écharpes et chapeaux potentiellement infestés,
 - Éviter les contacts rapprochés.
 - Couper les ongles courts afin de limiter les lésions de grattage et donc les surinfections.
 - Rassurer les patients sur le fait qu'avoir des poux n'est pas synonyme de mauvaise hygiène, que la plupart des enfants scolarisés sont infestés au moins une fois durant leur scolarité et qu'il existe des traitements rapides et efficaces.
 - Pour s'assurer que le traitement antipoux a été efficace, il faut s'assurer de la disparition des poux et des lentes 2 jours après la deuxième application à l'aide d'un peigne. Un échec du traitement peut être dû au mauvais respect des conditions d'application ou à une réinfestation.
- Quand faut-il consulter le médecin ?

Il faut consulter un médecin si les excoriations entraînées par le grattage se sont infectées. Les complications possible de cette pathologie sont l'impétigo, les lésions eczématiformes et la pyodermite¹.

De plus, l'échec de deux traitements bien suivis nécessite de consulter un médecin.

¹ *Pyodermite : maladie cutanée purulente, d'origine externe, causée par une bactérie (généralement le staphylocoque ou le Streptococcus pyogenes). Elle se manifeste par des boutons, des pelades, des rougeurs ou des abcès.*

Traitements

L'application de produits anti-poux à titre préventif n'est pas recommandée, n'ayant pas démontré de véritable efficacité.

L'utilisation du peigne anti-poux seul n'est efficace qu'à 50%, il faut donc l'accompagner d'un produit adapté.

Les principaux traitements disponibles :

Arrêt de la commercialisation des insecticides neurotoxiques (Malathion, Pyrèthrine) en 2018 car résistance et toxicité.

Produits actuels à base d'**huile minérale** ou **végétale** qui **asphyxient** le pou en bouchant les pores lui permettant de respirer :

- **Dimeticone**
- **Huile de coco**
- **Oxyphthirine**
- **Myristate d'isopropyle**
- Huile de paraffine
- Isononyl isononanoate
- Cire d'abeille

⚠ **Âge** : vérifier l'âge minimal d'utilisation (certains dès 6 mois, d'autres dès 3 ans).

⚠ **Grossesse / allaitement** : la plupart sont compatibles, mais certaines exceptions existent.

⚠ **Forme** : sprays déconseillés chez les asthmatiques.

Conseils

Traiter l'environnement :

- Draps, bonnets, literie, serviettes de bain, etc. : **lavage à 60°C puis séchage à air chaud**,
- Si impossible : enfermer les tissus et objets dans un **sac hermétique** pendant 10 jours puis laver à 30°C,
- Lavage peignes et brosses : laisser tremper 10 mins dans du shampoing traitant non dilué ou eau bouillante,
- *La désinfection des objets et surfaces à l'aide de **spray antiparasitaire** n'est **pas** recommandée (allergie respiratoire, résistances et toxicité pour l'environnement et certains animaux de compagnie).*

Conseils sur les traitements :

Application sur **cheveux secs**.

Toujours lire la **notice**.

Shampooing : traite ET lave.

Spray, lotion : appliquer le produit, masser, respecter le temps de pose, puis laver les cheveux avec un shampoing doux (directement sur cheveux secs), puis peigner les cheveux avec un peigne antipoux, puis sécher à l'air chaud (sèche-cheveux).

Application n°1 : J0

Application n°2 : **J+7 ou 10**
→ Elimine les poux nés des lentes ayant survécu au traitement initial.

Si **lentes mortes restées accrochées** aux cheveux : utiliser **baume décolleur** de lentes avant de peigner.

Si **prurit** : prescription d'**antihistaminiques** ou **dermocorticoïdes**.



Aromathérapie : l'intérêt des HE (lavande, géranium, clou de girofle) n'a pas été démontré.

Autres conseils :

- Bon usage des produits = efficacité et innocuité,
- Utiliser un **bon éclairage** et brosser les cheveux au-dessus d'une **feuille de papier** pour mieux voir les poux.
- **Diméticone** = **inflammable** donc cheveux loin des flammes/source de chaleur intense jusqu'au rinçage.
- Pour éviter les **tâches** : serviette sur les épaules.
- **Eviter contact** des traitements avec **yeux** et **muqueuses**. Si contact : rincer à l'eau claire.
- Bien **agiter le produit** avant utilisation et **l'appliquer uniformément**. Insister sur la partie postérieure du cou et l'arrière des oreilles.
- **Examen régulier du cuir chevelu** de toutes les personnes au contact d'une personne infectée.
- Ne **pas partager brosses à cheveux, bonnets, écharpes et chapeaux, s'attacher les cheveux, éviter les contacts rapprochés**.
- **Couper les ongles courts**.
- Pour s'assurer que le traitement est efficace : **vérifier avec un peigne la disparition des poux et lentes à J+2 après la 2ème application**. Un échec peut être dû au non respect des conditions d'application ou à une réinfestation.



Reconnaissance
Prise en charge
Officine



Les poux (pédiculose du cuir chevelu)



Illustration générée par intelligence artificielle à l'aide de ChatGPT, OpenAI, 2025.

Adresses utiles pour les patients :

Pour les enfants :

<https://santebd.org/les-fiches-santebd/docteur-generaliste/je-me-protege-contre-les-poux>

Pour les adultes :

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/poux/bons-reflexes>

Réalisé avec Canva

Définition

Poux : parasites hémato-phages cosmopolites exclusifs de l'Homme.

Pédiculose du cuir chevelu : infestation parasitaire du cuir chevelu par le pou de tête. **Très contagieuse** mais **bénigne**. Touche principalement les **enfants**.

Pas de lien avec une mauvaise hygiène (il faut rassurer les patients à ce sujet).

Transmission : **interhumaine**. Favorisée par **contacts rapprochés** et **vie en collectivité**. **Contact direct H/H** ou **indirect H/tissu contaminé**.

Les poux ne volent/sautilent pas.

Cycle de vie des poux :

- **Lente** → incubation 7-12 jours
- **Nymphe 1er stade** → 3 jours
- **Nymphe 2ème stade** → 3 jours
- **Nymphe 3ème stade** → 3 jours
- **Adulte** (mâle / femelle) → durée de vie 20-30 jours



→ *Ponte* : environ 5 lentes/jour

Les poux ne peuvent pas survivre plus d'1 ou 2 jours en l'absence d'hôte.

Reconnaissance

Les poux adultes :

2 à 4 mm, sans ailes, corps aplati dorso-ventralement, 1 paire d'antennes, **3 paires de pattes équipées de crochets permettant d'agripper les cheveux**. Ils sont gris et brunissent en se gorgeant du sang de leur hôte.



Pou de tête
(*Pediculus
humanus
capitis*)

Source : CDC, Wikipedia Commons,
domaine public

Les lentes :

Aspect de **petits "grains de riz"**.

Plus elle est foncée plus elle est proche de l'éclosion.

Les lentes **vivantes** sont à 6 mm maximum du cuir chevelu. Les autres sont considérées comme mortes (la coquille vide s'éloigne du cuir chevelu au fur et à mesure que le cheveu pousse).

LES SYMPTÔMES :

- **Démangeaisons** : derrière les oreilles, nuque, tempes, partie haute du dos (prurit en pèlerine).
- Signes d'**irritabilité, fatigue, difficultés à dormir**.
- **Lésions de grattage** (lieu de potentielles **surinfections bactériennes**)



Asymptomatique dans 40-50% des cas.

Le **diagnostic** de la pédiculose du cuir chevelu est donc clinique, par **identification des lentes et des poux à l'œil nu**. Le **prurit**, lui, est un **symptôme révélateur**.

Prise en charge



Questions à poser au comptoir :



Pour confirmer le diagnostic :

- L'enfant se gratte-t-il la tête ?
- Avez-vous vu des poux ou des lentes sur le cuir chevelu ? *La présence d'un seul pou vivant permet de diagnostiquer une infestation active.*
- Y a-t-il une actuelle épidémie de poux à l'école ?
- Avez-vous été récemment en contact avec des personnes infestées par les poux de tête ?

Une fois le diagnostic établi :

- Quel âge a la personne infestée ?
- S'il s'agit d'une femme en âge de procréer : est-elle enceinte ou allaite-elle ?
- Y a-t-il d'autres personnes infestées dans le foyer familial ou l'entourage proche ?
- En cas d'utilisation d'un produit anti-poux, la personne qui l'appliquera est-elle asthmatique ?

Etapes à suivre pour détecter la présence de poux :

(pour tout ceux vivant dans le même foyer)

- **Humidifier et brosser les cheveux**,
- Placer la tête sous une **source de lumière** et utiliser une **loupe** si nécessaire,
- Passer un **peigne anti-poux fin**, à dents métalliques, **de la racine des cheveux vers les pointes** (examen complet = 10 à 20 minutes). Si cheveux épais/frisés : utiliser un démêlant,
- **Essuyer le peigne après chaque passage** sur un essuie-tout blanc pour visualiser les parasites,
- Après examen : **stériliser le peigne** à l'eau bouillante (si peigne en plastique : eau chaude + savon) + **se laver les mains**.

Pour les cas positifs :

- **Déclaration auprès des établissements scolaires recommandée** (pas d'éviction). Déclaration obligatoire si lésions d'impétigos (éviction selon l'étendue).
- **Traitements**. Objectifs : éliminer poux et lentes, soulager démangeaisons, éviter surinfections liées au grattage, limiter propagation.
- Explications des **règles à appliquer en collectivité**.

Quand réorienter vers un médecin ?

- Si **infection des excoriations**.
- Si **échec de 2 traitements bien suivis**.

c. Mycoses : teigne (folliculite mycosique)

i. Teigne à *Microsporum* (teigne microsporique)

• Qu'est-ce que la teigne microsporique ?

La teigne microsporique est une mycose cutanée superficielle provoquée par la pénétration dans la couche cornée de dermatophytes (champignons filamenteux). Ceux-ci appartiennent au genre *Microsporum*. Les espèces les plus souvent en cause en France sont *Microsporum canis* (espèce zoophile mais transmissible à l'Homme) et *Microsporum audouinii* (espèce anthropophile).

• Comment se transmet-elle ?

Cette mycose se transmet par contact direct avec un animal ou un humain infecté ou contact indirect, par le biais d'un tissu (bonnet, peigne, linge de lit ou de toilette, peluche) porteur de spores capables de survivre plusieurs mois.

Cette maladie contagieuse touche principalement les enfants et peut être épidémique.

• Quels sont les symptômes ?

Des symptômes peuvent apparaître après une période d'incubation de 2 à 14 jours (20). Les symptômes varient en fonction de l'agent infectieux. En effet, les teignes à espèce anthropophile ne sont généralement pas inflammatoires, à l'inverse des teignes à espèce zoophile, très inflammatoires. Les symptômes dépendent aussi de la réponse immunitaire de l'hôte.

Il peut s'agir d'un léger état squameux localisé, plus ou moins alopécique (les cheveux sont cassés à quelques millimètres du cuir chevelu et viennent sans effort lorsque l'on tire dessus) et circulaire (fig. 13). Lors d'une réaction forte à une infection par dermatophyte, un kérion peut se former. C'est un état inflammatoire en plaque arrondie, épaisse, croûteuse, purulente et douloureuse (fig. 14) (20,21). Le prurit ne fait pas partie des symptômes de la teigne du cuir chevelu.



Figure 13 : Photo d'un cas de teigne microsporique (21)



Figure 14 : Photo d'un kérion (22)

• Que faire devant un cas de teigne ?

Devant un cas de teigne, il est nécessaire d'orienter le patient vers un dermatologue afin qu'il lui soit prescrit un traitement adapté. Les caractéristiques de la maladie qui doivent alerter sont une alopecie en plaque, des squames et des cheveux cassés à ras du cuir chevelu. Le pharmacien doit questionner le patient sur de potentiels contacts récents avec une personne ou un animal infecté.

Si le diagnostic a déjà été posé par un spécialiste, il faut conseiller le patient sur les traitements prescrits ainsi que le tenir informer des mesures d'hygiène et des méthodes de prévention.

• Quels sont les traitements possibles ?

La teigne microsporique se traite par voie systémique et locale. Le traitement systémique, indispensable, se compose d'antifongiques oraux. Peuvent être prescrits :

- L'itraconazole (chez l'adulte)
- La terbinafine (chez l'adulte et l'enfant > 10 kg, plutôt pour les teignes à *Trichophyton*, décrites ci-dessous)
- *La griséofulvine, utilisée au préalable chez les enfants, n'est plus commercialisée depuis 2021.*

Pour les zones très inflammatoires de type kérion, le médecin peut prescrire un traitement court à base de corticoïdes par voie orale.

D'autre part, le traitement local se compose de shampoings antifongiques (kétoconazole ou ciclopirox olamine) et de crème antimycosique (éconazole ou ciclopirox olamine) à appliquer sur le cuir chevelu jusqu'à guérison. Ils sont nécessaires afin de réduire la charge fongique et limiter la contagiosité.

Remarque : Pour les enfants < 10 kg, une hospitalisation est nécessaire car il n'existe pas de formulation pédiatriques adaptées et que le risque de complications est plus important.

• Quels conseils peut-on apporter aux patients ?

Les conseils portent sur :

- L'hygiène :
 - Se laver les mains fréquemment pour éviter une surcontamination.
 - Éviter de partager des objets personnels.

- Désinfecter les objets et surfaces susceptibles d'être contaminés.
- Laver à 60°C le linge mis en contact avec la tête (23).
- La prévention des récurrences et des contaminations :
 - Ne pas gratter les lésions.
 - Traiter les animaux de compagnie en cas de teigne zoonotique suspectée ou avérée (se rapprocher d'un vétérinaire pour le traitement).
 - Surveiller les contacts familiaux rapprochés afin d'éviter la contamination d'un tiers.
 - Faire examiner les autres membres de la famille par un médecin (23).
 - Éviction scolaire dans certains cas jusqu'à 48 heures après le début du traitement.
- La patience :
 - La guérison n'est habituellement obtenue qu'en 6 à 8 semaines (24).
 - Un suivi dermatologique pour évaluer la réponse au traitement et prévenir les complications de l'infection (alopécie permanente, cicatrices définitives) est nécessaire.
- Le traitement :
 - Bien se laver les mains après l'application de la crème ou du shampoing.
 - Laisser agir le shampoing 5 minutes avant de rincer.
 - Expliquer l'importance de l'observance du traitement afin d'éviter les rechutes.
 - Évoquer, sans alarmer, les principaux EI retrouvés avec la prise de :
 - Terbinafine : appétit diminué, maux de tête, douleurs abdominales, nausées et diarrhées, rashes ou urticaire, ainsi que des douleurs articulaires et/ou musculaires. Ces effets peuvent nécessiter de consulter rapidement un médecin.
 - Itraconazole : éruption cutanée, fièvre, sensation de vertige, dysgueusie, douleur abdominale, dyspepsie, nausée, vomissement, diarrhée, céphalée, toux et dyspnée.
 - Entre chaque shampoing traitant, et seulement si le patient ressent le besoin de se laver le cuir chevelu, on recommande d'utiliser des shampoings doux pour éviter l'irritation.
 - En cas d'irritations liées au traitement, on peut conseiller l'application d'eau thermale en spray.
 - Si le cuir chevelu est sec ou fragilisé :
 - conseiller des compléments alimentaires pour la santé de la peau. En renforçant celle-ci, des cheveux sains et forts pourront repousser. Ils peuvent être à base de zinc, de biotine, d'oméga-3, de collagène...
 - conseiller des crèmes hydratantes légères, à appliquer après traitement, en cas de sécheresse résiduelle de la peau.

ii. Teigne à *Trichophyton* (teigne trichophytique)

• Qu'est-ce que la teigne à *Trichophyton* ?

Comme la teigne microsporique, la teigne à *Trichophyton* est une mycose cutanée superficielle provoquée par la pénétration dans la couche cornée de dermatophyte du genre *Trichophyton*. Les espèces les plus souvent en cause en France sont *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton violaceum* et *Trichophyton tonsurans*.

- Comment se transmet-elle ?

La transmission de cette mycose est strictement anthropophile. Elle se fait donc par contact humain direct ou via des objets contaminés mais pas par contact avec un animal.

La population à risque est plus âgée que pour les infections à *Microsporum*. L'infection touche plutôt les adolescents et les jeunes adultes.

- Quels sont les symptômes ?

Les symptômes sont semblables à la teigne microsporique à l'exception des lésions qui sont souvent plus nombreuses, plus petites et moins bien définies. De plus, les cheveux sont cassés à ras du cuir chevelu (fig. 15,16).



Figures 15 et 16 : Photos de cas de teigne à Trichophyton violaceum (25)

Les traitements prescrits par les médecins sont les mêmes que pour la teigne microsporique. De plus, au comptoir, les conseils à apporter aux patients sont identiques en tous points.

Conseils

HYGIENE

- lavages des mains fréquents
- éviter le partage d'objets personnels
- désinfection des objets/surfaces contaminés
- lavage à 60°C du linge en contact avec la tête

PREVENTION DES RECIDIVES ET DES CONTAMINATIONS

- ne pas gratter les lésions
- traiter les animaux de compagnie en cas de teigne zoonotique suspectée ou avérée (consultation vétérinaire)
- surveiller les contacts familiaux rapprochés
- faire examiner les autres membres de la famille par un médecin
- éviction scolaire dans certains cas jusqu'à 48 h après le début du traitement

PATIENCE

- guérison en 6 à 8 semaines
- suivi dermatologique pour évaluer la réponse au traitement et prévenir les complications de l'infection (alopécie permanente, cicatrices définitives)

TRAITEMENT

- se laver les mains après application
- laisser agir le shampoing 5 minutes avant de rincer
- insister sur l'observance
- entre 2 shampooings traitants, utiliser un shampoing doux (si besoin), pour éviter les irritations
- en cas d'irritation, appliquer de l'eau thermale en spray
- si le cuir chevelu est sec ou fragilisé :
 - conseiller des compléments (zinc, biotine, oméga-3, collagène) pour renforcer la peau et favoriser la pousse de cheveux sains
 - conseiller des crèmes hydratantes légères, à appliquer après traitement, si sécheresse résiduelle de la peau

⚠ Terbinafine : évoquer, sans alarmer, les principaux effets indésirables retrouvés : appétit diminué, maux de tête, douleurs abdominales, nausées et diarrhées, rashes ou urticaire, douleurs articulaires et/ou musculaires. Ces effets peuvent nécessiter de consulter rapidement un médecin.

Marche à suivre

- **Suspicion de teigne** : alopécie en plaque, squames, cheveux cassés à ras du cuir chevelu + questions sur un potentiel contact récent avec une personne ou un animal infecté
 - Orienter vers un dermatologue
 - Prescription **traitement adapté**
 - Conseiller sur les traitements prescrits, informer sur mesures d'hygiène et modes de prévention



Reconnaissance
Prise en charge
Officine



Les teignes du cuir chevelu

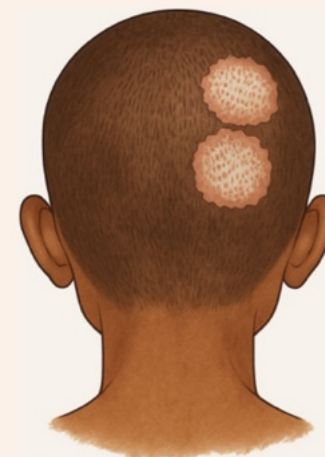
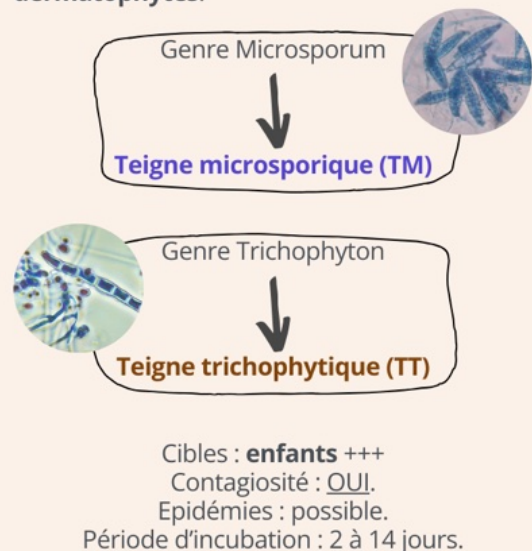


Illustration générée par intelligence artificielle à l'aide de ChatGPT, OpenAI, 2025.

Réalisé avec Canva

Définition

Teignes du cuir chevelu : infections dues à des champignons filamenteux appelés **dermatophytes**.



Transmission :

- **TM** : **contact direct** avec un animal ou un humain infecté ou **contact indirect**, par le biais d'un tissu (bonnet, peigne, linge de lit ou de toilette, peluche) porteur de spores capables de survivre plusieurs mois.
- **TT** : **contact humain direct** ou via des **tissus contaminés** mais pas par contact avec un animal. L'infection touche plutôt les adolescents et les jeunes adultes.

Sources des images ci-dessus :

- Roberto J. Galindo, CC BY-SA 3.0, Wikimedia Commons
- CDC / Domaine public

Reconnaissance

Les symptômes varient en fonction de l'agent infectieux et de la réponse immunitaire de l'hôte.

Symptômes communs aux 2 teignes :

- **plaques d'alopecie arrondies** (cheveux cassés et facilement arrachables).
- **état squameux localisé**.
- potentiel **état inflammatoire** en plaque arrondie, épaisse, croûteuse, purulente et douloureuse = **kérion**.
- ⚠ PAS de prurit.

Symptôme spécifique de la **TM** :

- les cheveux cassent à quelques millimètres du cuir chevelu.

Symptômes spécifiques de la **TT** :

- les lésions sont souvent
 - + nombreuses
 - + petites
 - - définies
- les cheveux cassent à ras du cuir chevelu.



Source : Dermaweb by Pierre Fabre

Les images issues du site Dermaweb by Pierre Fabre sont reproduites avec l'autorisation des ayants droit, dans le cadre d'un usage non commercial et d'une diffusion limitée.

Traitements



Consultation médicale nécessaire.

La prise en charge repose sur un **traitement systémique** systématique et un **traitement local**.

Les **antifongiques oraux** prescrits sont :

- **TERBINAFINE** : chez l'adulte et l'enfant > 10kg, plutôt pour les teignes à Trichophyton
- **ITRACONAZOLE** : chez l'adulte, plutôt les teignes à Microsporum
- **Corticoïdes** : en cas de kérion

Traitement local, à appliquer sur le cuir chevelu jusqu'à guérison :

- shampooings antifongiques : **kétoconazole** ou **ciclopirox olamine**
- crèmes antimycosiques : **éconazole** ou **ciclopirox olamine**

⚠ Enfants <10kg : hospitalisation ⚠

2. Pathologies inflammatoires

a. **Dermite séborrhéique**

• Qu'est-ce que la dermite séborrhéique ?

La dermite séborrhéique est une dermatose inflammatoire érythématosquameuse chronique. Elle évolue par poussées et se localise préférentiellement sur les zones riches en glandes sébacées (sourcils, zone T, sillon glabellaire², oreille externe, sillons nasogéniens, barbe, thorax) et le cuir chevelu (proche du front et au sommet du crâne).

Elle touche 2 à 4% des Français entre l'adolescence et l'âge adulte, avec un pic de fréquence entre 18 et 40 ans. Six hommes sont touchés pour une femme. Après 40 ans, la maladie ne concerne presque plus que les hommes. C'est une maladie bénigne et non contagieuse (26).

Dans le cas d'une dermite séborrhéique, l'excès de sébum, riche en lipides, favorise la prolifération d'un champignon lipophile du genre *Malassezia*, à l'origine d'une réaction inflammatoire (27). En effet, ce dernier produit des acides gras et module la production de cytokines pro-inflammatoires par les kératinocytes. Cette réaction inflammatoire se traduit par un érythème et un renouvellement accéléré des cellules du cuir chevelu (5 à 14 jours au lieu de 28 jours) (26).

• Quels sont les facteurs déclenchants et aggravants de la maladie ?

L'apparition de ce champignon est attribuée à diverses origines. Dans les facteurs déclenchants on retrouve :

- Hyperséborrhée,
- Stress, fatigue, surmenage (26),
- Mauvais état de santé globale,
- Conditions climatiques défavorables : froid, humidité, changement de saison,
- Consommation chronique d'alcool et de tabac,
- Alimentation trop riche en graisses saturées, en sucres rapides (qui augmentent la production des graisses du sébum) et en sel (qui entretient les processus inflammatoires),
- Obésité (elle peut aussi aggraver la maladie une fois installée),
- Changement hormonaux : adolescence, post-partum.

Les facteurs aggravants sont :

- Utilisation de produits capillaires irritants,
- Mauvaise hygiène : lavages trop fréquents ou insuffisants, grattage excessif,
- Transpiration,
- Immunodépression,
- Certaines maladies neurologiques comme Parkinson,
- Non observance des traitements ou arrêt précoce (shampooing spécifique, anti-inflammatoire, antifongique).

² Sillon glabellaire : sillon vertical qui se creuse entre les sourcils.

• Quels sont les symptômes ?

Si la distinction entre dermite séborrhéique et dermite atopique ne pose généralement aucune difficulté au spécialiste dermatologue, en pratique officinale, certains signes cliniques peuvent prêter à confusion, notamment dans les formes débutantes ou atypiques. En revanche, la différenciation entre dermite séborrhéique et psoriasis peut s'avérer plus délicate, y compris pour des professionnels de santé expérimentés (on parle même parfois de sébopsoriasis quand la frontière entre les deux est mince).

Le tableau comparatif ci-dessous (tableau 2) a donc été élaboré à titre indicatif, afin d'aider l'équipe officinale à repérer les signes caractéristiques de chaque pathologie et mieux orienter les patients. En cas de doute sur le diagnostic, l'orientation vers une consultation dermatologique reste indispensable.

Tableau 2 : Comparatif des symptômes caractérisant la dermite séborrhéique, la dermite atopique et le psoriasis.

Dermite séborrhéique	Dermite atopique	Psoriasis
Excès de sébum.	Assèchement de la peau.	Accumulation de cellules à la surface de la peau due à un renouvellement trop rapide et anormal de l'épiderme.
Touche principalement les zones riches en glandes sébacées. (fig. 17) Ne déborde pas sur le front, se retrouve seulement là où il y a des follicules pileux (cuir chevelu, sourcils, barbe...).	Touche principalement les extrémités (pieds et mains), les poignets et les plis des coudes, le cou et le cuir chevelu.	Principalement localisées au niveau des zones de frottement de la peau (mains, coudes, genoux, bas du dos), des ongles, du cuir chevelu, dans la partie haute du cou et la région occipitale mais aussi dans les sourcils et dans les conduits auditifs. Parfois, le psoriasis s'étend sur la totalité du cuir chevelu pour former une atteinte en casque.
Taches graisseuses et plus rarement plaques rouges. (fig. 18) Sur les peaux pigmentées, les lésions cutanées prennent un caractère hypochromiant (28).	Plaques très rouges, rugueuses, gerçures. Présence de fines vésicules à peine visibles qui rompent et donnent des suintements puis des croûtes (29).	Plaques rouges, épaisses et recouvertes de squames blanches qui se détachent. En cas de grattage, les plaques sont décapées à vif et deviennent très rouges.
Pellicules grasses blanches et jaunâtres (ressemblent à des croûtes de lait) qui se détachent facilement. État pelliculaire diffus.	Pellicules sèches, zones squameuses blanchâtres.	Étendues de squames blanches qui se détachent.
Asymétrie des plaques.	_____	Symétrie des plaques. Bords réguliers.
Prurit modéré.	Prurit important, entraînant des écorchures.	Prurit avec possibles sensations de brûlures.
Évolue par poussées	Évolue par poussées	Évolue par poussées

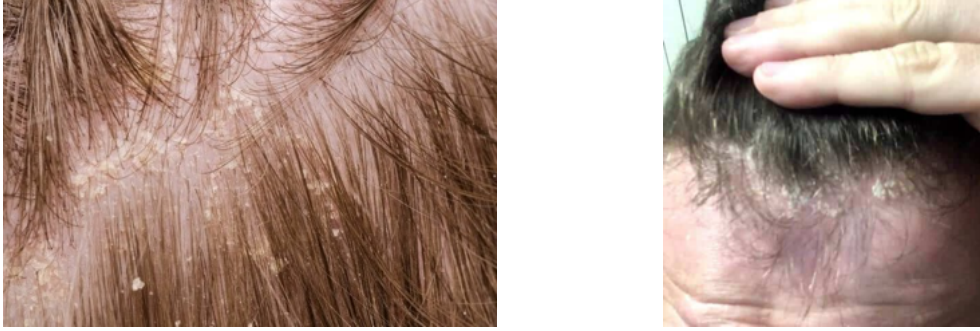


Figure 17 : Photos de 2 cas de dermite séborrhéique du cuir chevelu (30)

- Quelles sont les potentielles complications de la dermite séborrhéique ?

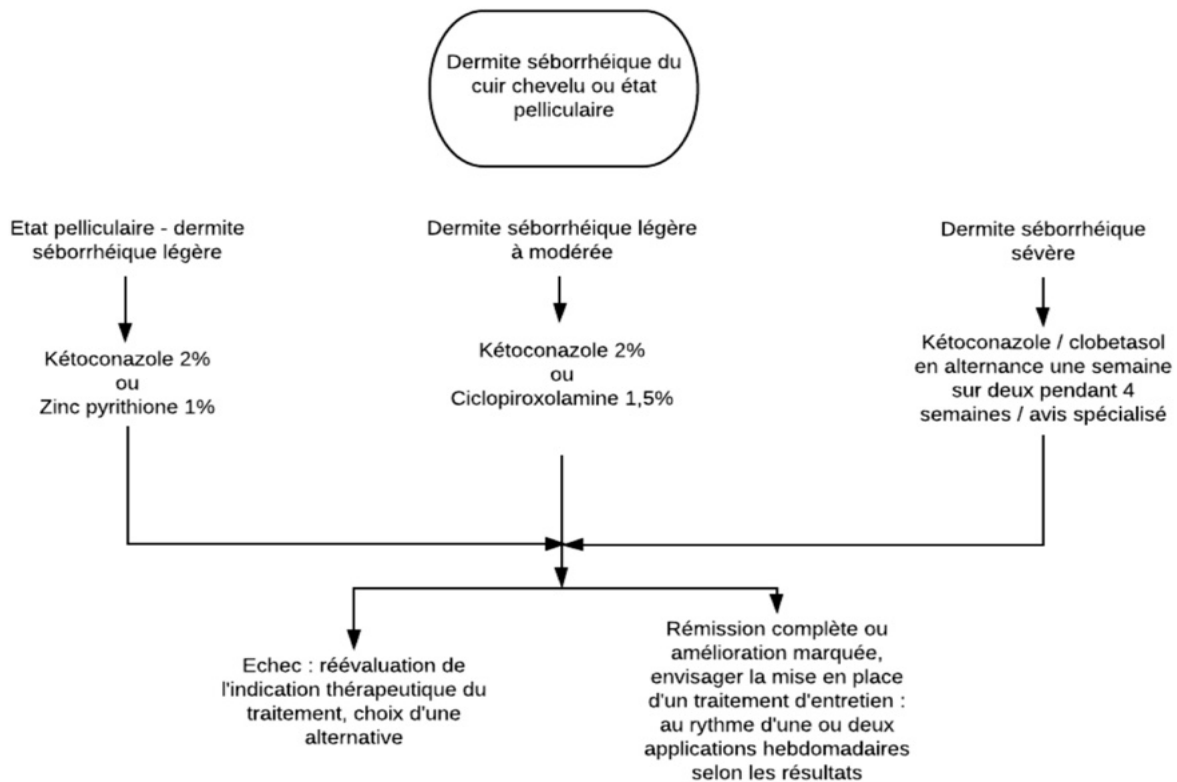
La principale complication est son retentissement sur la qualité de vie (pellicules, dermatose faciale inesthétique).

- Quelle est la stratégie thérapeutique ?

L'objectif du traitement est de réduire la colonisation fongique, réguler la production de sébum et rééquilibrer le microbiome, ce qui permettra, *in fine*, de diminuer l'inflammation.

Peu importe la sévérité, la prise en charge nécessite avant tout des soins d'hygiène locale pour réduire le sébum résiduel. Les soins du cuir chevelu se résument à l'utilisation de shampoings spécifiques contenant du zinc pyrithione, de la piroctone olamine ou, plus rarement, du sulfure de sélénium. Elle nécessite également de rechercher les facteurs déclenchants et aggravants afin de les éviter autant que possible.

Schéma 1 : Algorithme de prise en charge de la dermite séborrhéique du cuir chevelu en fonction de la sévérité. (31)



L'utilisation d'un antifongique local permet l'éradication du champignon par son pouvoir assainissant. Plusieurs alternatives de médicaments soumis à prescription sont envisageables :

- Le Kétoconazole (KETODERM® gel moussant 2%) : antifongique et anti-inflammatoire à raison de 2 applications par semaine pendant 4 semaines en traitement d'attaque puis 1 fois par semaine ou tous les 15 jours en traitement d'entretien. Il faut laisser agir la mousse pendant 5 minutes puis rincer abondamment.
- Le Ciclopirox olamine shampoing 1,5% : mouiller les cheveux puis appliquer une première fois en faisant bien mousser, rincer abondamment puis appliquer une seconde fois pendant 3 à 5 minutes avant de rincer à nouveau. Ceci est à répéter 2 à 3 fois par semaine pendant 4 semaines.
- Le Clobetasol (CLARELUX® mousse), quant à lui, est un dermocorticoïde qui agit sur la composante inflammatoire de la dermite séborrhéique. Il est utilisé sur une courte durée à raison de 2 applications par jour. La mousse s'applique raie par raie sur le cuir chevelu, puis se masse délicatement pour favoriser sa pénétration, sans nécessiter de rinçage.

• Comment prendre en charge cette maladie au comptoir ?

La prise en charge dépend du niveau d'atteinte de la maladie. En effet, une atteinte légère peut simplement être traitée par des shampoings en vente libre et le respect de mesures d'hygiène. En revanche, les atteintes modérées à sévères nécessitent de consulter un médecin.

Au comptoir, il faut s'assurer que le patient respecte les mesures d'hygiène. Cela passe par l'utilisation de shampoings adaptés non soumis à prescription, tels que ceux à base de :

- Pyrithione de zinc (antifongique) : NODE DS+® de chez BIODERMA et SQUANORM® de chez DUCRAY.
- Piroctone olamine (antifongique, antipelliculaire, apaisant, anti-inflammatoire, séborégulateur) : KELUAL DS® de chez DUCRAY et KERIUM DS® de chez LA ROCHE-POSAY. Ils contiennent aussi, pour l'un, de l'acide β -glycyrrhétinique et pour l'autre, de l'acide salicylique, à la composante desquamative.
- Sulfure de sélénium (antifongique) : DERCOS DS® de chez VICHY.
- Écorce de jujubier (antipelliculaire naturel) : CLEAR TRAITANT® (step 1) de chez LAZARTIGUE, à utiliser pendant minimum 2 semaines pour éliminer les pellicules. Il contient aussi de la scalpisine qui rééquilibre le microbiote du cuir chevelu.

Si l'utilisation seule de ces shampoings ne suffit pas à traiter l'infection, il faut alors orienter le patient vers un médecin. En revanche, ces shampoings peuvent aussi être utilisés en traitement adjuvant à ceux soumis à prescription.

Outre ces shampoings traitants, des shampoings doux peuvent être conseillés pour la phase d'entretien. Parmi eux, on retrouve le CLEAR NORMALISANT® (step 2) de chez LAZARTIGUE, en relais d'un shampoing traitant, à utiliser pendant 6 semaines pour prévenir la réapparition des pellicules. Ce shampoing régule la sécrétion de sébum, diminue les sensations d'inconfort et a la particularité de rééquilibrer le microbiote du cuir chevelu. On peut également citer le ELUTION®, shampoing doux équilibrant, de chez DUCRAY.

• Quels conseils peut-on apporter aux patients ?

- Rassurer sur le caractère non contagieux de la maladie.
- Expliquer que la maladie est chronique et récidivante mais que, bien traitée, elle est contrôlable. D'où l'importance d'insister sur l'observance.
- Informer sur les facteurs favorisants et aggravants de la maladie, à éviter, notamment un grattage excessif pouvant entraîner une surinfection.
- Déconseiller l'utilisation de produits irritants ou occlusifs tels que les gels coiffants, la laque et les shampoings agressifs.
- Déconseiller les douches trop chaudes et orienter vers un séchage du cuir chevelu en tapotant avec une serviette.
- Promouvoir la protection du cuir chevelu contre le soleil.
- Insister sur le respect des temps de contact entre les shampoings et le cuir chevelu pour une efficacité optimale.
- Indiquer les effets indésirables des dermocorticoïdes qui expliquent leur utilisation sur une courte durée (limitée à la phase inflammatoire de la dermite) (27). Sur le cuir chevelu, où la peau est épaisse, le risque d'effets indésirables est faible lorsqu'ils sont bien utilisés. Néanmoins, un mésusage prolongé ou inapproprié, en particulier sur le visage où la peau est fine, peut entraîner : irritation cutanée, acné cortico-induite, effet rebond, atrophie, dépigmentation, télangiectasies³ et rosacée cortico-induite. Il est donc important de respecter la durée du traitement prescrite, de ne pas appliquer ces produits sur le visage sans avis médical et de bien se laver les mains après application. L'objectif

³ *Télangiectasie : dilatation permanente des capillaires de la peau, prenant la forme de réseaux fins ou de plaques bien délimitées.*

est d'assurer un traitement efficace tout en évitant la corticophobie, qui peut conduire à une mauvaise observance.

- Indiquer les effets indésirables les plus courants de la ciclopirox olamine : irritation cutanée et prurit.
- Réorienter vers un médecin en cas de : non amélioration après 4 semaines de traitement bien conduit, lésions étendues, suintantes ou très inflammatoires, croûtes épaisses et douloureuses, perte de cheveux importante, suspicion de psoriasis ou autres dermatoses.
- Proposer éventuellement l'aromathérapie : 2 gouttes d'huiles essentielles (HE) peuvent être ajoutées au shampoing doux qu'on laisse poser 3 à 5 minutes. Les plus utilisées sont les HE de géranium rosat (antifongique et anti-inflammatoire), d'arbre à thé (antifongique et purifiant), de palmarosa (antifongique et assainissant) et de lavande aspic (cicatrisante, anti-inflammatoire et apaisante) (32).
- Proposer l'homéopathie en complément d'un traitement local : la souche principalement utilisée est *Viola tricolor* 5CH, à raison de 5 granules par jour par cure de 2 mois renouvelable. Si les symptômes s'intensifient la posologie peut passer à 3 granules 3 fois par jour en 9CH (32).

Conseils

Rappel au patient : maladie **chronique** et **récurrente** mais **contrôlable** et **non contagieuse**
→ **observance** +++

✗ À éviter : ✗

- **facteurs favorisants et aggravants**,
- **produits irritants ou occlusifs** : gels coiffants, laque, shampoings agressifs avec parfum et sulfates,
- **douches trop chaudes** et **sèche cheveux**,
- **soleil**,
- **grattage** des plaques (risque de surinfection),

Traitements :

- bien respecter les **temps de pose** des shampoings,
- bien se **laver les mains après application de dermocorticoïdes**,
- **rappeler les EI** des différents traitements.

Aromathérapie :



Dans une noisette de shampoing doux, ajouter au choix 2 gouttes d'HE de :

- **géranium rosat** (anti-inflammatoire et antifongique)
- **arbre à thé** (antifongique et purifiant)
- **palmarosa** (antifongique et assainissant)
- **lavande aspic** (cicatrisante, anti-inflammatoire et apaisante)
→ seules ou en synergie



Homéopathie :

En complément d'un traitement local :
Viola tricolor 5CH : 5 granules/j par cure de 2 mois renouvelable.
Si les symptômes s'intensifient : 3 granules 3x/j en 9CH.

Marche à suivre

Atteinte légère : prise en charge par un **pharmacien** → shampoing + hygiène.

Atteintes modérées à sévères (plaques étendues, retentissement sur la qualité de vie, nécessitant un traitement plus agressif) :
orienter vers un **dermatologue**
→ antifongique local ou dermocorticoïde + hygiène.



Reconnaissance
Prise en charge
Officine



DERMITE SEBORRHEIQUE

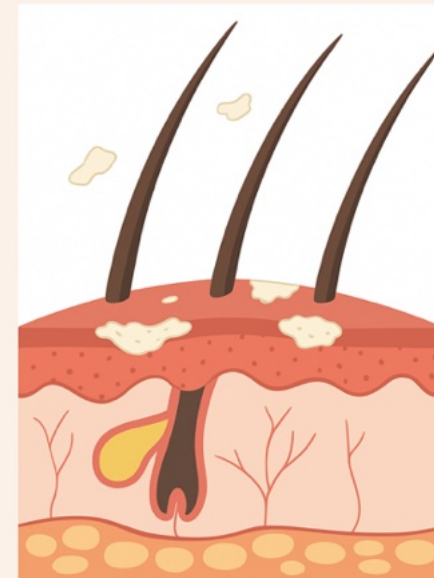


Illustration générée par intelligence artificielle à l'aide de ChatGPT, OpenAI, 2025.

Réalisé avec Canva

Définition

Dermatose inflammatoire érythématosquameuse **chronique**.

Evolue par **poussées**.

Touche les **zones riches en glandes sébacées**.

Bénigne, non contagieuse.

Excès de sébum → prolifération champignon **Malassezia** → inflammation → érythème + renouvellement accéléré des cellules du cuir chevelu.

 Prévalence : 2 à 4%
6 hommes pour 1 femme 

Facteurs déclenchants : **hyperséborrhée, stress / fatigue / surmenage, changements hormonaux, état de santé global, froid / humidité / changement de saison, alimentation trop riche en graisses saturées / sucres rapides / sel, obésité, consommation chronique d'alcool et de tabac.**

Facteurs aggravants : **produits capillaires irritants, lavages trop fréquents ou insuffisants, grattage excessif, transpiration, immunodépression, Parkinson, non observance ou arrêt précoce des traitements.**

Reconnaissance

Symptômes :

- excès de sébum
- **tâches graisseuses** et + rarement plaques rouges **sur le cuir chevelu** (± sourcils et barbe), ne débordent pas sur le front
- **peaux pigmentées** : **lésions hypochromiantes**
- **pellicules grasses blanches et jaunâtres** qui se détachent facilement (≈ *croûtes de lait*)
- **état pelliculaire diffus**
- plaques **asymétriques**
- prurit modéré
- évolue par poussées

Ne pas confondre avec *dermite atopique* (plaques très rouges, pellicules sèches, prurit +++ ou *psoriasis* ! )

Potentielle complication : **retentissement sur la qualité de vie.**

Traitements

Objectif : réduire la colonisation fongique, réguler la production de sébum et rééquilibrer le microbiome pour diminuer l'inflammation.

1ère intention : hygiène locale avec **shampooings adaptés + éviction des facteurs favorisants.**

Shampooings traitants à base de :

- **Pyrithione de zinc** (antifongique)
- **Piroctone olamine** (antifongique, antipelliculaire, apaisant, anti-inflammatoire, séborégulateur)
- **Sulfure de sélénium** (antifongique)
- **Ecorce de jujubier** (antipelliculaire naturel)

Shampooings doux pour la phase d'entretien

2ème intention : mise en place d'un **traitement** après avis d'un dermatologue.

Antifongique local :

- **Kétoconazole**
- **Ciclopirox olamine**

Dermocorticoïde : **Clobétasol**

b. Psoriasis

. Qu'est-ce que le psoriasis ?

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique de la peau, non contagieuse et pouvant se révéler à tout âge (mais particulièrement à l'adolescence et vers la cinquantaine (33)). Il se caractérise par des poussées imprévisibles, entrecoupées de périodes dites de rémission au cours desquelles les lésions disparaissent partiellement ou complètement (34).

Cette condition résulte d'un renouvellement rapide et anormal de l'épiderme, associé à un trouble de la différenciation des kératinocytes, aboutissant à une parakératose continue ou discontinue. En effet, chez une personne en bonne santé, les kératinocytes se multiplient et se développent profondément dans le derme et remontent à la surface de l'épiderme en un mois environ, où ils sont naturellement éliminés. Mais, chez une personne atteinte de psoriasis, le processus de renouvellement cellulaire est accéléré et ne prend que 3 jours. Cela entraîne une accumulation de cellules à la surface de la peau et ainsi, le développement de plaques.

Les anomalies observées incluent donc une hyperacanthose⁴ et une hyperpapillomatose⁵, ainsi qu'un trouble de la différenciation cellulaire. De plus, l'infiltration de cellules inflammatoires, notamment les neutrophiles et les lymphocytes T CD4 et CD8 qui produisent des cytokines, contribue à l'inflammation locale et à l'hyperprolifération des kératinocytes (35).

Cette pathologie touche principalement la peau (mains, coudes, genoux, bas du dos), le cuir chevelu et les ongles mais aussi des tissus plus profonds comme les articulations, les muqueuses et le système cardiovasculaire. En effet, l'inflammation induite par le psoriasis entraîne une inflammation systémique, responsable d'un risque cardiovasculaire augmenté.

. Quelle est la prévalence de cette maladie ?

Cette maladie atteint 1 à 5 % de la population selon les régions du monde. En France, on estime qu'elle touche 2% de la population (33). Parmi ces personnes, 50% auraient une atteinte du cuir chevelu.

. Quels sont les facteurs déclencheurs et aggravateurs du psoriasis ?

Il n'est pas toujours possible d'identifier les facteurs responsables du déclenchement des poussées mais les changements de saisons, le frottement cutané, le stress et le grattage peuvent suffire à déclencher l'apparition de plaques psoriasiques. La prise d'alcool peut aggraver le psoriasis et/ou provoquer une poussée dès le lendemain. En revanche, le tabac n'entraîne pas de poussée mais aggrave l'inflammation. La poussée peut également être déclenchée par la prise de certains médicaments ou l'exposition de la peau à un allergène ou une substance irritante (eczéma de contact) (35). On sait également qu'il existe une prédisposition génétique familiale à cette maladie (environ 1/3 des souffrants). Ce terrain génétique perturberait le système immunitaire, en abaissant le seuil de réaction inflammatoire face à des facteurs déclenchants (36).

⁴ Hyperacanthose : augmentation de l'épaisseur de la peau.

⁵ Hyperpapillomatose : élargissement des tissus et des cellules entraînant des masses de tissus appelées papillomes.

- Comment reconnaître le psoriasis du cuir chevelu ?

On peut reconnaître le psoriasis par l'apparition de plaques (fig. 18) rouges, épaisses et recouvertes de squames blanches qui se détachent. On parle de plaques érythémato-squameuses. Elles sont majoritairement symétriques, à bords réguliers et principalement localisées au niveau des zones de frottement de la peau. Elles peuvent être accompagnées de démangeaisons voire de sensations de brûlures. L'inflammation entraîne des démangeaisons qui empirent la condition, avec l'estimation que 5 minutes de grattage équivalent à 2 semaines de crise de psoriasis supplémentaire. En cas de grattage, les plaques sont décapées à vif et deviennent très rouges. Les zones blanchies ne laissent pas de cicatrice.

Sur le cuir chevelu, les plaques siègent principalement sur le bord du cuir chevelu (front, zone rétro auriculaire), dans la partie haute du cou et la région occipitale, mais également dans les sourcils et les conduits auditifs. Parfois, le psoriasis s'étend sur la totalité du cuir chevelu pour former une atteinte en casque (37). Pour identifier un cas de psoriasis au comptoir, le pharmacien peut demander au patient s'il présente d'autres plaques au niveau des coudes ou des genoux. Des plaques sur l'extérieure de ces zones orienteront vers un psoriasis tandis que des plaques dans les plis de ces articulations orienteront vers une dermatite atopique.

Certains patients peuvent développer une forme plus grave, appelée rhumatisme psoriasique qui entraîne des douleurs articulaires. Cela peut être un moyen, au comptoir, de déterminer de quel mal souffre la personne.

Si un patient se présente avec une forme modérée à sévère de psoriasis et/ou se plaint de douleurs articulaires, il est impératif de l'orienter vers un médecin pour une prise en charge optimale. Un psoriasis est considéré comme sévère lorsque la surface corporelle atteinte est supérieure ou égale à 10 % (aide à la mesure : une paume de main correspond à 1% de la surface corporelle).

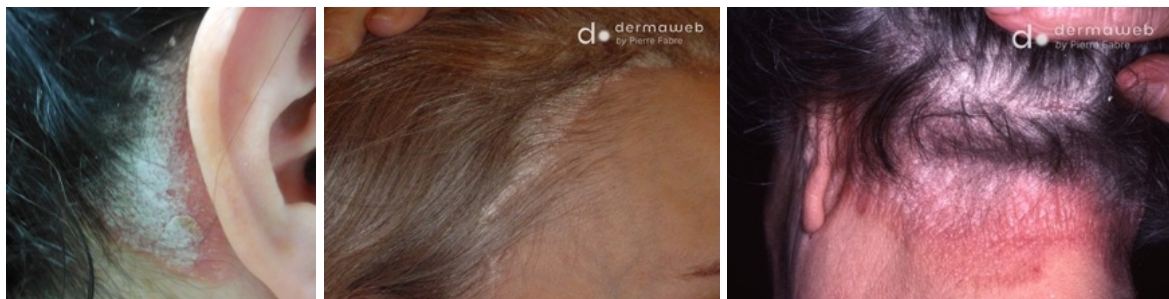


Figure 18 : Photos de plaques de psoriasis du cuir chevelu (38,39).

- Quel est l'impact de la maladie sur la vie quotidienne ?

Bien que le psoriasis n'ait généralement pas de conséquences graves sur la santé, il peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie, en raison de ses répercussions sur la vie sociale et professionnelle et de son côté inesthétique. C'est pour cette raison que, bien qu'il n'existe pas de traitement curatif, il est important de réduire les lésions.

Pour évaluer l'impact de la maladie il existe un indice de qualité de vie dermatologique appelé Dermatology Life Quality Index (DLQI). C'est un questionnaire en dix questions, conçu pour les personnes âgées de 16 ans et plus. Un DLQI supérieur ou égal à 10 correspond à un psoriasis sévère, même si l'atteinte cutanée est faible.

• Quelle est la stratégie thérapeutique ?

Pour déterminer les traitements les plus adéquats en terme de rapport efficacité/contraintes/effets secondaires, le dermatologue étudie, en collaboration avec le patient, la gravité du psoriasis et son retentissement sur sa vie. En l'occurrence, un psoriasis peu étendu ne nécessitera pas de traitement mais simplement un accompagnement dermocosmétique.

Le but des traitements est de diminuer l'intensité et le nombre de poussées de psoriasis. Il y a donc une alternance entre les traitements d'attaque des poussées et les traitements d'entretien, plus légers. Pour cela, il existe des traitements locaux à appliquer sur les plaques, des traitements systémiques ou encore la photothérapie et les cures thermales.

Pour ce qui est du traitement des plaques sur le cuir chevelu, il est nécessaire d'utiliser des formes galéniques adaptées comme des shampoings, des mousses, des gels ou des lotions.

Les traitements locaux soumis à prescription sont :

TRAITEMENTS ET MODE D'ACTION	SPECIALITES	POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION
Les dermocorticoïdes : Traitement local de référence luttant contre l'inflammation. D'autant plus que les zones pileuses sont plus souvent corticosensibles. Ils sont également utilisés comme « starter » en association avec un autre traitement dont l'effet thérapeutique est plus long à se manifester (exemples : le méthotrexate, l'acitrétine) (40). Ils sont habituellement utilisés à raison d'une application par jour, pendant plusieurs semaines et avec une quantité dégressive. Avec ces traitements, il convient d'avertir le patient sur la nécessité de se laver les mains après utilisation et sur le fait qu'il peut ressentir une sensation de brûlure au point d'application (41).	CLARELUX® 0,05% mousse : clobétasol, dermocorticoïde d'activité très forte, réservée aux formes sévères de la maladie.	Appliquer une petite quantité de la mousse sur la plaque et masser doucement jusqu'à disparition de la mousse. La posologie usuelle est de 2 applications par jour sur 2 semaines maximum.
	CLOBEX® shampoing : clobétasol.	Appliquer quotidiennement l'équivalent d'une demi-cuillère à soupe de shampoing sur le cuir chevelu sec, masser puis laisser agir 15 minutes avant de rincer à l'eau ou de se laver les cheveux avec un shampoing classique. Le traitement ne doit pas dépasser 4 semaines, sauf avis médical contraire.
	DERMOVAL® gel : clobétasol.	Appliquer le gel en petite quantité, directement sur le cuir chevelu, raie par raie. La posologie usuelle est d'1 ou 2 applications par jour.
	BETNEVAL LOTION® 0,1% émulsion pour application cutanée et DIPROSONE® 0,05% lotion : bétaméthasone,	Appliquer raie par raie directement sur le cuir chevelu puis masser jusqu'à pénétration complète. La posologie standard est d'1 à 2 applications par jour

	dermocorticoïde d'activité forte.	sans dépasser 2 semaines de traitement.
	LOCOÏD® 0,1% lotion : hydrocortisone, dermocorticoïde d'activité modérée.	Appliquer la lotion en couche mince et uniforme, 1 à 2 fois par jour.
	DIPROSALIC® lotion : bétaméthasone + acide salicylique (kératolytique permettant de lyser la kératine et ainsi d'éliminer les squames et réduire l'épaisseur de la couche cornée)	A utiliser de manière espacée car augmente le passage du corticoïde dans le sang. Appliquer raie par raie en dépassant largement la zone à traiter, à raison d'1 à 2 applications par jour.
Les analogues de la vitamine D3 Luttent contre la multiplication anormales des kératinocytes. Ils sont efficaces moins rapidement que les dermocorticoïdes mais sont mieux tolérés sur la durée donc peuvent être utilisés en traitement d'entretien. En revanche, les formes galéniques proposées (crèmes et pommades) peuvent s'appliquer sur la peau nue mais ne sont pas compatibles avec un usage sur le cuir chevelu.		
Associations d'analogue de la vitamine D et de dermocorticoïdes : Action à la fois sur l'inflammation et sur la multiplication. De part cette composition, il est recommandé de limiter, voire d'éviter l'exposition aux rayons ultraviolets, naturels ou artificiels et de se laver les mains après application.	CLOSALIS® gel, DAIBOVET® gel et XAMIOL® gel : calcipotriol + bétaméthasone	Avant l'application, peigner les cheveux pour éliminer les squames. Agiter le flacon et appliquer une petite quantité de gel sur le cuir chevelu avant de faire pénétrer en massant. Ne pas rincer après application et attendre environ 12 heures avant de faire un shampoing. La posologie usuelle est d'1 application par jour pendant 4 semaines puis à moindre dose pour un traitement d'entretien afin d'éviter les récives. Il faut prévenir le patient qu'il peut ressentir des démangeaisons après application.
	ENSTILAR® mousse : calcipotriol + bétaméthasone	Agiter le flacon et pulvériser la mousse dans la paume de la main avant de l'appliquer sur les lésions avec le bout des doigts. La posologie usuelle est d'1 application par jour pendant 4 semaines pendant la crise puis d'1 application 2 fois par

		semaine en entretien. Il ne faut pas faire de shampoing dans les 12 heures qui suivent l'application.
--	--	---

En cas de psoriasis invalidant, étendu ou résistant aux traitements locaux, le médecin peut envisager de prescrire des traitements systémiques, tels que :

TRAITEMENTS	SPECIALITES	CARACTERISTIQUES
Méthotrexate	IMENOR®, IMETH® solution injectable, METOJECT® solution injectable, NORDIMET®, NOVATREX®	Médicament immunomodulateur et anti-inflammatoire à prise hebdomadaire, existant sous forme de comprimés ou de solution injectable en sous-cutané. Il est contre-indiqué pendant la grossesse et nécessite une contraception efficace pour les femme en âge de procréer et les hommes, même plusieurs mois après l'arrêt du traitement. Ce médicament nécessite un suivi médical et des numérations de la formule sanguine réguliers. Les EI très fréquents pouvant être mentionnés aux patients sont l'apparition de plaies dans la bouche, des douleurs abdominales et une digestion difficile. En cas de contact de la solution avec la peau, il faut rincer abondamment.
Ciclosporine	NEORAL®	Médicament immunosuppresseur inhibant l'activation des lymphocytes T. Ce médicament est à prendre matin et soir, avant les repas. Du fait de sa toxicité rénale en traitement prolongé, la ciclosporine est prise en cures courtes discontinues sur 3 à 5 mois avec diminution progressive de la posologie (40). Cette toxicité nécessite une surveillance mensuelle de la créatininémie et une mesure de la tension artérielle.
Acitrétine	SORIATANE®	C'est un rétinoïde, dérivé de synthèse de la vitamine A, qui régule le renouvellement de la peau et diminue l'épaisseur de la couche cornée. Il est réservé au traitement des formes sévères de psoriasis. Il est contre indiqué en cas de grossesse et nécessite une contraception efficace chez les femmes en âge de procréer pendant et 3 ans après l'arrêt du traitement. Chaque patiente sous acitrétine doit présenter à la pharmacie son carnet-patient dans lequel est reporté le résultat d'un test sanguin de grossesse datant de moins de 3 jours. La prise de ce médicament nécessite un suivi par prise de sang pour surveiller la potentielle augmentation des transaminases. De plus, les

		patients doivent éviter l'exposition prolongée aux rayons ultraviolets.
Aprémilast	OTEZLA®	Médicament inhibant la production des cytokines responsables de l'inflammation. Il est utilisé chez les patients présentant de nombreuses comorbidités et chez qui le méthotrexate et les biothérapies sont contre-indiqués. L'aprémilast peut être à l'origine d'idées et de comportements suicidaires et il faut en informer le patient. Durant le 1 ^{er} mois, il peut entraîner des troubles digestifs, notamment des diarrhées sévères nécessitant la mise en place d'un anti-diarrhéique, voire l'arrêt du traitement. La posologie est d'un comprimé matin et soir, à 12 heures d'intervalle avec une initiation progressive.
Biothérapies (injectables)	En absence de réponse aux autres traitements, le médecin peut prescrire des : ○ Agents anti-TNF-α : ▪ Il bloque le TNF-α, impliqué dans les processus inflammatoires : adalimumab, certolizumab, etanercept et infliximab. ○ Inhibiteurs d'interleukines : ▪ anti-IL12/23 : ustékinumab ▪ anti-IL17 : bimekizumab, brodalumab, ixekizumab, secukinumab ▪ anti-IL23 : guselkumab, risankizumab, tildrakizumab Ces biothérapies sont très efficaces mais diminuent les défenses immunitaires et donc rendent les patients plus sensibles aux infections. Si un patient prenant un de ces traitement présente des signes d'infection comme de la fièvre il faut l'envoyer consulter son médecin.	

Pour des cas de psoriasis étendus sévères, le médecin peut également prescrire de la photothérapie par UVA (puvathérapie) mais qui est de plus en plus substituée par de la photothérapie par UVB (moins contraignante). L'objectif de ces techniques est de ralentir la croissance des cellules cutanées.

Les cures thermales sont aussi utilisées dans le traitement du psoriasis. En effet, cela améliorent l'état de 70% des psoriatiques. L'efficacité de ces cures serait due à la détente psychologique, l'utilisation d'eau thermale, l'exposition au soleil et les bains dans l'eau de mer (la forte concentration de l'eau en sel favorise la desquamation) (40).

• Quel est le rôle de l'équipe officinale dans la prise en charge de la maladie ?

Le rôle de l'équipe officinale consiste à rappeler les modalités de prise des traitements cités ci-dessus et à conseiller sur la gestion des effets secondaires éventuels.

Pour assurer une prise en charge optimale de la maladie, les pharmaciens proposent une multitude de produits en vente libre. Parmi eux (liste non exhaustive) :

- Les shampoings, à utiliser en association ou relai des traitements médicamenteux :
 - Le CICA-CALM de chez Lazartigue.
 - Le KERTYOL PSO SHAMPOING TRAITANT de chez Ducray en traitement d'attaque, suivi du ELUTION SHAMPOING DOUX EQUILIBRANT en entretien.
 - Le shampoing « APAISANT – CUIR CHEVELU SENSIBLE » à la pivoine de chez Klorane, en entretien, entre les crises. La pivoine a la particularité d'apaiser les irritations du cuir chevelu.
- La gelée dermo-apaisante CICA-CALM de chez Lazartigue qui permet de soulager instantanément, d'hydrater en profondeur et de réparer la barrière cutanée. Elle est à appliquer si besoin dans la journée, raie par raie, sans rinçage.
- La protection solaire : SOLAR PROTECT de chez Lazartigue. C'est la seule protection solaire capillaire SP50+ disponible sur le marché. Elle est à appliquer plusieurs fois dans la journée en cas d'exposition au soleil prolongée.
- Le KERTYOL PSO CONCENTRE de chez Ducray en cas de démangeaisons intenses. Il faut le laisser poser toute la nuit avant de l'éliminer avec un shampoing doux.

Si les plaques dépassent peu du cuir chevelu, les shampoings peuvent suffire. En revanche, pour les zones très kératosiques telles que la nuque et en rétro auriculaire, des crèmes émollientes à base d'urée ou d'acide salicylique peuvent être appliquées :

- La vaseline salicylée ou l'urée cold-cream peuvent être préparés par le pharmacien à la demande du dermatologue (42).
- UREAREPAIR PLUS de chez Eucerin, crème à base d'urée 30% permettant d'adoucir les zones rugueuses, sèches et squameuses par sa propriété kératolytique qui dissout la cornée. De plus, les NMF (facteurs naturels d'hydratation) qu'elle contient, hydratent et retiennent l'eau dans la peau et les céramides réparent la barrière cutanée.
- KERATOSANE 30 de chez Uriage, gel crème à base d'urée 30%.
- XERIAL 30 de chez SVR, gel crème anti-rugosités à base d'urée 30%. Il existe aussi en lait à base d'urée 10%.
- Sur les plaques qui dépassent du cuir chevelu, on peut également appliquer des produits hydratants tels que :
 - Des préparations à base de *cold cream* comme le cérat de Galien.
 - XEMOSE PSO de chez Uriage, qui est un fluide concentré apaisant à base d'eau thermale et de beurre de karité.
 - TOPIALYSE BAUME PROTECT+ de chez SVR, qui soulage durablement les sensations de démangeaisons.
 - LIPIKAR AP+M de chez La Roche Posay, qui est une crème relipidante apaisante et anti-grattage.
 - KERTYOL PSO Baume quotidien de chez Ducray.
 - CERAVE baume ou lait hydratant, qui sont riches en céramides.
 - XERACALM A.D baume ou crème relipidante de chez Avène.
 - ADERMA crème universelle hydratante, à base d'Avoine Rhealba qui apaise et répare les peaux fragiles (42).
- Les huiles essentielles (HE) :
 - Pour atténuer la douleur, la desquamation et améliorer la circulation sanguine : Mélanger 3 gouttes d'HE de romarin à verbénone à une cuillère à café d'huile végétale de calendula et masser sur les zones concernées.

- Pour apaiser et cicatriser : appliquer quelques gouttes de Tégarome (synergie d'actifs du laboratoire Valnet) sur les zones concernées plusieurs fois par jour (43).
- Pour lutter contre les plaques : appliquer 1 goutte d'HE de géranium rosat et 1 goutte d'HE de lavande officinale diluées dans 4 gouttes d'huile végétale de calendula directement sur les plaques de psoriasis. Appliquer plutôt le soir afin de rincer les cheveux le lendemain matin.
- Pour lutter contre le facteur stress : mélanger 2 gouttes d'HE de myrrhe amère et 1 goutte d'HE de rose de Damas. Appliquer sur la face interne des poignets et respirer profondément en approchant le poignet des narines. Renouveler plusieurs fois par jour (44).
- Les plantes :
 - Pour calmer les démangeaisons : le bourgeon de cassis (gemmothérapie) en topique cutané, à appliquer plusieurs fois par jour sur les plaques.
 - Pour ses vertus anti-inflammatoire, anti-infectieuse cutanée, détoxifiante et en soutien du système immunitaire : un extrait de plantes fraîches standardisées (EPS) composé d'1/3 de bardane, 1/3 d'artichaut et 1/3 de cassis, préparé par un pharmacien.
 - En soin externe local pour apaiser et favoriser la cicatrisation : les macérats huileux de calendula et de millepertuis.
 - Pour lutter contre la nervosité entretenant la pathologie : la passiflore (43) en infusion ou en gélules.
 - La prise d'huile en capsule peut-être bénéfique : l'huile de bourrache (riche en oméga 6) pour assouplir et améliorer l'élasticité de la peau, l'huile d'onagre (riche en acides gras essentiels) dont la carence entraîne une peau sèche et l'huile de nigelle aux propriétés anti-inflammatoire, anti-infectieuse et cicatrisante (45).
 - L'avoine colloïdale de chez Aveeno, mettre un sachet dans le bain et immerger le cuir chevelu afin de soulager l'irritation et les démangeaisons.
- Le sel d'Epsom : à utiliser dans le bain pour hydrater, éliminer les cellules mortes et apaiser l'inflammation.
- Quels conseils apporter aux patients pour améliorer leur qualité de vie ?
 - Consulter un dermatologue pour qu'il pose le diagnostic en se basant sur l'aspect des lésions et être suivi régulièrement pour s'assurer de l'efficacité et de la bonne tolérance du traitement prescrit.
 - Rassurer le patient sur la non contagiosité de la maladie.
 - Ne pas arrêter les traitements quand la peau a retrouvé un aspect normal car il y a un risque de rechute, voire d'aggravation. Il est conseillé de continuer le traitement autant de temps que le dermatologue le juge nécessaire.
 - Se reposer, éviter les sources de stress, essayer des techniques de relaxation (sophrologie, tai chi, acupuncture, massages, yoga). Si la maladie affecte fortement la vie quotidienne du patient, on peut également lui conseiller d'être suivi par un psychologue (42).
 - Essayer d'identifier les facteurs favorisant ou aggravant la maladie afin de les éviter.
 - Utiliser un shampoing doux et hypoallergénique qui n'irrite pas le scalp et éviter les produits contenant des parfums.
 - Éviter de se gratter car les cheveux sont engainés dans les plaques et peuvent tomber ou se casser lors du grattage. De plus, le grattage peut être à l'origine d'une surinfection bactérienne ou fongique (37).

- Éviter tout traumatisme répété en particulier le port de serre-têtes, de bandeaux et de fichus (46).
- Bien hydrater la peau.
- Éviter les boissons alcoolisées et le tabac.
- Prévenir son coiffeur de la présence de plaques sur le cuir chevelu afin qu'il utilise des outils adaptés.
- Éviter les colorations pendant une crise car cela agresse le cuir chevelu déjà fragilisé. En dehors des crises, utiliser des colorations sans ammoniac.
- Éviter d'utiliser un sèche-cheveux trop chaud, préférer de l'air froid, à bonne distance du cuir chevelu ou un séchage naturel.
- Utiliser une brosse à cheveux à poils doux.
- Éviter l'eau trop chaude pour préserver la barrière cutanée et espacer les lavages de cheveux.
- Immerger le cuir chevelu dans des bains, pas trop chauds ($\leq 36^{\circ}\text{C}$), dans lesquels on ajoute de l'amidon de blé ou de la farine d'avoine (4 cuillerées à soupe pour un bain). Limiter la durée des bains à une vingtaine de minutes. De plus, l'ajout de sel marin à l'eau du bain peut aider la peau à desquamer (3 cuillerées à soupe dans un bain) (47).
- Ne pas surchauffer le logement et utiliser un humidificateur d'air.
- Protéger le cuir chevelu du soleil avec un chapeau ou une huile solaire adaptée, surtout en cas d'utilisation de traitements topiques.
- Adopter un régime alimentaire anti-inflammatoire donc riche en oméga 3 (poissons gras, amandes, huiles de noix, de colza, de lin) et éviter les graisses saturées (viandes grasses, fritures, produits laitiers, gâteaux et biscuits industriels) (43,44).

Enfin, lorsqu'un patient souffrant de psoriasis se présente au comptoir, il convient de lui mentionner l'existence des programmes d'Éducation Thérapeutique des Patients (ETP). Malheureusement, faute de temps et de moyens, ils peinent à se développer sur le territoire français. Mais un programme a été mis en place à Marseille afin de renforcer la capacité de la personne ayant un psoriasis sévère ou un rhumatisme inflammatoire chronique (et son entourage) à prendre en charge sa maladie et à avoir une qualité de vie acceptable (48).

Traitements

Psoriasis peu étendu : accompagnement dermocosmétique
Psoriasis modéré à sévère : prise d'un traitement soumis à prescription médicale (local ± systémique)

TRAITEMENTS LOCAUX :

- **Dermocorticoïdes** (produits à base de Clobétasol, Bétaméthasone, Hydrocortisone) : **traitement local de référence luttant contre l'inflammation.**
- **Associations d'analogue de la vitamine D et de dermocorticoïdes** (produits à base de Calcipotriol + Bétaméthasone) : action à la fois sur l'**inflammation** et sur la **multiplication**.

TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES :

En cas de psoriasis invalidant, étendu ou résistant aux traitements locaux :

- **Méthotrexate** : immunomodulateur et anti-inflammatoire.
- **Ciclosporine** : immunosuppresseur.
- **Acitrétine** : rétinoïde, **régule le renouvellement de la peau** et diminue l'épaisseur de la couche cornée.
- **Aprémilast** : anti-inflammatoire.
- **Biothérapies** : anti-TNF- α et inhibiteurs d'interleukines. Très efficaces mais diminuent les défenses immunitaires.

Autres traitements disponibles : la **photothérapie** par UVA ou UVB et les **cures thermales**.

Le rôle de l'équipe officinale

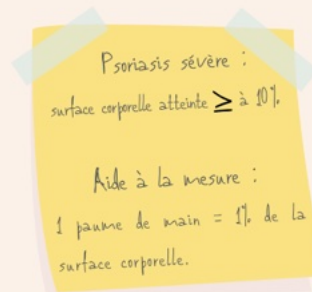


Reconnaissance
Prise en charge
Officine



- 1) Rappeler les modalités de prise des traitements.
- 2) Conseiller sur la gestion des effets secondaires éventuels.
- 3) Proposer des produits en vente libre pour assurer une prise en charge optimale de la maladie. Exemples :

- Les **shampooings** (en association ou en relai des médicaments).
- Une **gelée dermo-apaisante** : soulage instantanément, hydrate en profondeur et répare la barrière cutanée. Elle est à appliquer si besoin dans la journée, raie par raie, sans rinçage nécessaire.
- Une **protection solaire capillaire** : elle est à appliquer plusieurs fois dans la journée en cas d'exposition au soleil prolongée.
- Si les plaques dépassent peu du cuir chevelu, les shampooings peuvent suffire. En revanche, **pour les zones très kératosiques telles que la nuque et en rétro auriculaire**, on peut utiliser des **crèmes émollientes à base d'urée ou d'acide salicylique** et des **produits hydratants**.



Psoriasis du cuir chevelu



Illustration générée par intelligence artificielle à l'aide de ChatGPT, OpenAI, 2025.

Adresses utiles pour les patients :

Définition, symptômes, traitements :
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/psoriasis>

Comprendre, soigner et vivre avec la maladie :
<https://francepsoriasis.org>

Fiches patient, information sur les traitements :
<https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/le-psoriasis>

Définition

Le psoriasis est une **maladie inflammatoire chronique** de la **peau, non contagieuse** et pouvant se révéler à tout âge. Il se caractérise par des **poussées** imprévisibles, entrecoupées de périodes dites de rémission au cours desquelles les lésions disparaissent partiellement ou complètement.

Cette condition résulte d'un **renouvellement rapide et anormal de l'épiderme**, associé à un **trouble de la différenciation des kératinocytes**.

Renouvellement cellulaire normal : ~30 J
Renouvellement cellulaire psoriasis : ~3 J

Cela entraîne une **accumulation de cellules** à la surface de la peau et ainsi, le développement de **plaques**.

Zones principalement touchées : mains, coudes, genoux, bas du dos, cuir chevelu et ongles.



Prévalence France : 2%.

Facteurs déclenchants : changements de saison, frottement cutané, grattage, stress, alcool, prise de médicaments, exposition à un allergène ou une substance irritante.

Facteurs aggravants : alcool, tabac.

+ **Prédisposition génétique** pour ~1/3 des souffrants.

Reconnaissance

Plaques **rouges, épaisses, recouvertes de squames blanches** qui se détachent.



Source : Dermaweb by Pierre Fabre



Source : Dermaweb by Pierre Fabre

Les plaques sont **symétriques, à bords réguliers**.

Sur le cuir chevelu, les plaques siègent principalement sur : **front, derrière les oreilles, nuque et région occipitale**. On en retrouve aussi dans : **sourcils et conduits auditifs**. Parfois, le psoriasis s'étend sur la totalité du cuir chevelu pour former une **atteinte en casque**.

Elles peuvent être accompagnées de **démangeaisons** voire de sensations de brûlures.

En cas de grattage, les plaques sont décapées à vif et deviennent très rouges (voire saignent).

Les zones blanchies ne laissent pas de cicatrice.

Les images issues du site Dermaweb by Pierre Fabre sont reproduites avec l'autorisation des ayants droit, dans le cadre d'un usage non commercial et d'une diffusion limitée.



Diagnostic différentiel



Dermite séborrhéique

≠

Psoriasis

- **Excès de sébum**
- **Zones riches en glandes sébacées et en poils**
- **Tâches graisseuses** et plus rarement plaques rouges. Sur les peaux pigmentées, les lésions cutanées prennent un caractère hypochromiant
- **Pellicules grasses** blanches et jaunâtres (ressemblent à des croûtes de lait) qui se détachent facilement
- **Asymétrie** des plaques
- Prurit modérée

Prise en charge

Le psoriasis nécessite une **prise en charge** et un **suivi régulier** par un **dermatologue**.

Objectif : réduire les lésions pour diminuer le côté inesthétique et donc l'impact sur la qualité de vie.



Questions à poser au comptoir :



- Avez vous déjà été **diagnostiqué** avec du psoriasis par un médecin ?
- Avez-vous des **antécédents familiaux** de psoriasis ?
- Quels sont les **symptômes** que vous présentez sur le cuir chevelu ? (il va de soit qu'en plus de poser la question, il faut demander à **observer par soi même**)
- **Depuis combien de temps** ces symptômes sont apparus ?
- Les symptômes s'étendent-ils à d'**autres parties de votre corps** (coudes, genoux, bas du dos) ?
- Les **plaques** sont-elles **bien délimitées et blanches**, ou ressemblent-elles à de simples pellicules ?
- Avez-vous remarqué certains **facteurs déclenchants** comme le stress, certains médicaments, le froid...?
- Avez-vous récemment utilisés de **nouveaux produits capillaires** (shampooings, colorations) ?
- Avez-vous **déjà utilisé un traitement** (médicamenteux ou non) pour soulager ces symptômes ? Si oui, le quel et avec quel résultat ?
- Ressentez-vous des **douleurs articulaires** ?
- Avez-vous **consulté un dermatologue** récemment ?

Conseils

• Les huiles essentielles (HE) :

- Pour atténuer la douleur, la desquamation et améliorer la circulation sanguine : 3 gouttes d'HE de **Romarin à verbénone** + 1 càc d'HV de calendula et masser sur les zones concernées.
- Pour apaiser et cicatriser : appliquer quelques gouttes de **Tégarome** (synergie d'actifs du laboratoire Valnet) sur les zones concernées plusieurs fois par jour.
- Pour lutter contre les plaques : 1 goutte de **géranium rosat** + 1 goutte de **lavande officinale** + 4 gouttes d'HV de calendula. Appliquer directement sur les plaques de psoriasis plutôt le soir afin de rincer les cheveux le lendemain matin.
- Pour lutter contre le facteur stress : 2 gouttes d'HE de **myrrhe amère** + 1 goutte d'HE de **rose de Damas**. Appliquer sur la face interne des poignets et respirer profondément en approchant le poignet des narines. Renouveler plusieurs fois par jour.



• Les plantes :

- Pour calmer les démangeaisons : le **bourgeon de Cassis** en topique cutané, à appliquer plusieurs fois par jour sur les plaques.
- Pour ses vertus anti-inflammatoire, anti-infectieuse cutanée, détoxifiante et en soutien du système immunitaire, on peut utiliser un extrait de plantes fraîches (EPS) composé d'1/3 de **bardane**, 1/3 d'**artichaut** et 1/3 de **cassis**.
- En soin externe local pour apaiser et favoriser la cicatrisation : les **macérats huileux de calendula et de millepertuis**.
- Pour lutter contre la nervosité entretenant la pathologie : la **Passiflore**.

• **Avoine colloïdale** : mettre un sachet dans le bain et immerger le cuir chevelu afin de soulager l'irritation et les démangeaisons.

• **Le sel d'Epsom**, à utiliser dans le bain pour hydrater, éliminer les cellules mortes et apaiser l'inflammation.

• Huile en capsule :

- **Bourrache** (riche en oméga 6) pour assouplir et améliorer l'élasticité de la peau,
- **Onagre** (riche en acides gras essentiels) dont la carence entraîne une peau sèche,
CI en cas d'épilepsie ou schizophrénie.
- **Nigelle** : anti-inflammatoire, anti-infectieuse et cicatrisante.
CI en cas de cancer ou de maladie hormonodépendante.

• **Consulter un dermatologue** pour qu'il pose le diagnostic en se basant sur l'aspect des lésions et être **suivi régulièrement** pour s'assurer de l'efficacité et de la bonne tolérance du traitement prescrit.

• Rassurer le patient sur la **non contagiosité** de la maladie.

• **Ne pas arrêter les traitements** quand la peau a retrouvé un aspect normal car il y a un **risque de rechute** voire d'aggravation. Il est conseillé de continuer le traitement autant de temps que le dermatologue le juge nécessaire.

• **Se reposer, éviter les sources de stress**, essayer des techniques de **relaxation** (*sophrologie, tai chi, acupuncture, massages, yoga*). Si la maladie affecte fortement la vie quotidienne du patient, on peut également lui conseiller d'être suivi par un **psychologue**.

• Essayer d'**identifier les facteurs favorisants ou aggravants** la maladie afin de les éviter.

• Utiliser un **shampooing doux et hypoallergénique** qui n'irrite pas le scalp et éviter les produits contenant des parfums.

• **Éviter de se gratter** car les cheveux sont engainés dans les plaques et peuvent tomber ou se casser lors du grattage. De plus, le grattage peut être à l'origine d'une **surinfection** bactérienne ou fongique.

• **Éviter tout traumatisme répété**, en particulier *le port de serre-têtes, de bandeaux et de fichus*.

• Bien **hydrater** la peau.



• **Éviter les boissons alcoolisées et le tabac.**



• **Prévenir son coiffeur** de la présence de plaques sur le cuir chevelu afin qu'il utilise des outils adaptés.

• **Éviter les colorations** pendant une crise car cela agresse le cuir chevelu déjà fragilisé. En dehors des crises, utiliser des colorations sans ammoniac.

• **Éviter d'utiliser un sèche-cheveux trop chaud**, préféré de l'air froid, à bonne distance du cuir chevelu ou un séchage naturel.

• Utiliser une **brosse à cheveux à poils doux**.

• **Éviter l'eau chaude** pour préserver la barrière cutanée et **espacer les lavages de cheveux**.

• **Immerger le cuir chevelu dans des bains**, pas trop chauds ($\leq 36^{\circ}\text{C}$), dans lesquels on ajoute de l'**amidon de blé** ou de la **farine d'avoine** (4 cuillerées à soupe pour un bain). Limiter la durée des bains à une vingtaine de minutes. De plus, l'ajout de **sel marin** à l'eau du bain peut aider la peau à desquamer (3 cuillerées à soupe dans un bain).

• **Ne pas surchauffer le logement** et utiliser un **humidificateur d'air**.

• **Protéger le cuir chevelu du soleil** avec un chapeau ou une huile solaire adaptée, **surtout en cas d'utilisation de traitements topiques**.

• Adopter un **régime alimentaire anti-inflammatoire** donc riche en oméga 3 (poissons gras, amandes, huiles de noix, de colza, de lin) et **éviter les graisses saturées** (viandes grasses, fritures, produits laitiers animaux, gâteaux et biscuits industriels).

• Mentionner l'existence des **programmes d'Éducation Thérapeutique des Patients (ETP)**. Un programme a été mis en place à Marseille afin de renforcer la capacité de la personne ayant un psoriasis sévère ou un rhumatisme inflammatoire chronique (et son entourage) à prendre en charge sa maladie et à avoir une qualité de vie acceptable.

c. Folliculite

Outre la folliculite bactérienne déjà évoquée dans la partie « Pathologies infectieuses », il existe une forme de folliculite non infectieuse mais inflammatoire, appelée folliculite décalvante (ou folliculite épilante de Quinquaud). Elle est caractérisée par une destruction progressive des follicules pileux aboutissant progressivement à une alopecie cicatricielle (49).

- Quels en sont les symptômes ?

Les zones atteintes par la pathologie sont le plus souvent le vertex et la région occipitale. L'atteinte des autres parties du corps reste exceptionnelle.

La lésion initiale est caractérisée par un érythème péripilaire puis une pustule de la taille d'une tête d'épingle, centrée par le cheveu (appelée pustule folliculaire). Une croûte va alors se former et emporter le cheveu en tombant. A force de poussées pustuleuses, le follicule pileux est détruit et les plaques d'alopecie s'installent. Elles s'expandent de manière centrifuge, sont de tailles variables, d'un aspect blanc nacré et entourées de lésions actives de folliculite. Autour de ces plaques peuvent donc se trouver des pustules folliculaires, des croûtes, des zones érythémateuses et de l'hyperkératose. La présence de polytrichie⁶ et la raréfaction des orifices folliculaires sont également évocateurs de la maladie (fig. 19).

Les patients peuvent souffrir de douleur, prurit ou de sensation de brûlure. Les lésions peuvent saigner (49,50).



Figures 19 : Folliculite décalvante (51).

- Quelle est la prévalence de cette maladie ?

C'est une maladie rare mais pourtant régulièrement rencontrée en pratique courante (50). Elle touche surtout les adultes d'origine africaine entre 30 et 40 ans, avec une prédominance masculine nette. Elle représente environ 11% des alopecies cicatricielles.

- Quels sont les facteurs contribuant à la folliculite décalvante ?

La cause exacte de cette maladie est inconnue. Il semblerait cependant que des traumatismes répétés (grattage, coiffures serrées...) puissent favoriser son développement et qu'il existe un terrain génétique prédisposant. La folliculite décalvante est aussi considérée par certains comme le résultat d'une réponse immunitaire anormale à *Staphylococcus aureus*, bien que cela ne soit pas encore prouvé.

⁶ Polytrichie : sortie par un même ostium folliculaire de plusieurs cheveux (5 à 20). Ce phénomène est aussi appelé « cheveux de poupée » ou « cheveux en touffe ».

- Quelle est la stratégie thérapeutique ?

Le traitement vise à stabiliser la maladie en contrôlant l'inflammation et en limitant la progression des plaques d'alopecie cicatricielle. Cependant, il ne permet pas de restaurer les cheveux perdus. Mais, à ce jour, sa prise en charge thérapeutique est difficile car il n'existe pas encore de traitement curateur.

Il convient de souligner que les traitements mentionnés ci-après ont une efficacité qui peut varier d'un patient à l'autre. En effet, bien que certains traitements aient montré des résultats positifs dans certaines études, d'autres se sont révélés moins efficaces. De plus, en raison de la nature complexe et souvent réfractaire de la folliculite décalvante, la prise en charge reste largement individualisée. La liste ci-après, bien que représentative des options thérapeutiques actuellement envisagées, n'est donc pas exhaustive.

Si la bactérie est isolée, un traitement par antibiotique peut-être mis en place. En systémique il s'agit de l'acide fusidique, de la rifampicine en association à de la clindamycine ou de la doxycycline seule en cas d'intolérance à la rifampicine (52). En topique il s'agit de la clindamycine (ZINDACLINE®) ou de l'érythromycine (ERYFLUID®) en gel ou en lotion (53).

En dehors de cette approche anti-infectieuse, la folliculite décalvante est souvent traitée par l'application de dermocorticoïdes de classe forte (clobétasol ou bétaméthasone) sur les zones inflammatoires pour calmer les poussées. En seconde intention, l'isotrétinoïne orale (CURACNE®, hors AMM) ou des anti-TNF α (réservés au milieu hospitalier pour les formes très sévères et résistantes) sont utilisés.

Enfin, dans de rares cas, une greffe capillaire peut être envisagée sur les zones d'alopecie cicatricielle stabilisée. Cette option est toutefois rarement proposée, car elle nécessite une période prolongée de stabilité clinique (généralement d'au moins 2 ans) et une absence totale d'activité inflammatoire pour limiter les risques d'échec ou de récurrence. De plus, l'excision des zones alopeciques est possible, mais seulement si la surface atteinte est limitée (52). Cette intervention permet de retirer les zones glabres et de rapprocher les berges saines, dans un objectif principalement esthétique.

- Comment prendre en charge la maladie au comptoir ?

Le rôle du pharmacien dans la prise en charge de la folliculite décalvante reste relativement limité, en comparaison avec d'autres affections du cuir chevelu plus fréquemment rencontrées à l'officine, telles que le psoriasis, la dermite séborrhéique ou les états pelliculaires, pour ne citer qu'elles.

Dans cette pathologie rare, d'évolution chronique et souvent réfractaire, la prise en charge repose essentiellement sur une prescription médicale spécialisée.

À l'officine, l'intervention du pharmacien se restreint principalement à des conseils d'hygiène, à l'accompagnement de l'observance et à la recommandation de soins dermocosmétiques non irritants (*cf conseils ci-dessous*). Cela contraste avec d'autres pathologies du cuir chevelu, pour lesquelles l'arsenal disponible sans prescription est plus large, permettant une prise en charge initiale plus active à l'officine.

Lorsqu'un patient se présente à l'officine avec des lésions du cuir chevelu pouvant évoquer une folliculite décalvante, le pharmacien peut jouer un rôle d'écoute et d'orientation. Sans poser de diagnostic, il est possible d'observer certains signes évocateurs, comme la présence de plaques d'alopecie cicatricielle, de croûtes ou encore de polytrichie.

Un interrogatoire bref mais ciblé peut contribuer à renforcer la suspicion : le patient remarque-t-il des taches de sang sur l'oreiller au réveil ? Les zones d'alopécie ont-elles tendance à s'étendre de manière centrifuge ?

Néanmoins, devant ce type de tableau clinique, le rôle du pharmacien s'arrête à la suspicion : il doit impérativement orienter le patient vers un dermatologue. En effet, seul un médecin est habilité à poser un diagnostic précis et à instaurer un traitement adapté. Cette vigilance est d'autant plus importante que la folliculite décalvante peut être confondue avec d'autres pathologies du cuir chevelu, telles qu'un kérion (teigne), un lichen plan pilaire ou un lupus érythémateux discoïde.

• Quels conseils peut apporter l'équipe officinale aux patients ?

- Insister sur l'importance de l'observance du traitement.
- Conseiller sur l'application des topiques (sur un cuir chevelu propre et sec, en évitant les zones saines) et sur le respect des temps de pose.
- Ne pas gratter ou frotter les lésions (risque de surinfection et d'aggravation des lésions).
- Hygiène capillaire : utiliser un shampoing doux, non irritant, non occlusif (exemples : SENSINOL® de chez Ducray, EXTRA-GENTLE® de chez Lazartigue) et espacer les lavages (sans négliger l'hygiène).
- Brosser les cheveux doucement avec des brosses souples et propres, ne pas faire de coloration, de défrisage, de brushing chaud et éviter le port prolongé de casques, de casquettes ou de bonnets serrés.
- Rassurer le patient sur le caractère bénin de la maladie mais lui rappeler que celle-ci est chronique donc qu'il est important d'avoir un suivi dermatologique.
- L'impact psychologique de l'alopécie pouvant être important, il faut donc être à l'écoute et savoir orienter les patients vers des groupes de soutien (exemple : forum sur Carenity.com), des associations (exemple : association la tresse, dédiée aux femmes souffrant de tous types d'alopécies) ou un psychologue.
- Proposer des solutions pour le camouflage des zones d'alopécies comme les poudres capillaires ou les prothèses capillaires.
- En cas de prise concomitante de rifampicine et d'une contraception orale, prévoir une méthode de protection supplémentaire.
- En cas de prise d'antibiotiques, conseiller la prise concomitante de probiotiques tel que LACTIBIANE ATB® de chez Pileje.
- Rappeler les EI notables des différents traitements (les complications de certains traitements pouvant être plus importantes que la pathologie elle-même) :
 - Rifampicine : coloration rouge des dents, des larmes, de la salive, de la sueur et des urines (bénin mais peut surprendre), troubles digestifs (médicament à prendre en mangeant si les troubles sont importants), purpura thrombopénique (nécessitant la suspension du traitement), frissons. De plus, la rifampicine est un inducteur enzymatique puissant donc le pharmacien doit être vigilant aux traitements concomitants lors de la délivrance.
 - Clindamycine :
 - En systémique : diarrhées, douleurs abdominales voire colite pseudo membraneuse, candidoses.
 - En topique : sécheresse et irritation cutanées.
 - Doxycycline :
 - EI : nausées, douleurs abdominales, reflux gastrique, photosensibilisation, tératogénicité.

- Recommandations : prendre la gélule avec un grand verre d'eau (pauvre en minéraux) et en position assise ou debout, au moins 30 minutes avant le coucher pour éviter les irritations œsophagiennes, se protéger des rayons UV, utiliser une contraception efficace.
- Dermocorticoïdes topiques :
 - EI en cas d'usage prolongé ou abusif : atrophie cutanée, hypopigmentation localisée.
 - Recommandations : à utiliser en cures courtes, ne pas arrêter brutalement, appliquer en fine couche et uniquement sur les lésions et éviter l'exposition solaire.
- Isotrétinoïne :
 - EI : tératogénicité, sécheresse oculaire et cutanée, chéilite, arthralgie et myalgie, risque accrue de coups de soleil sévères, modifications de l'humeur.
 - Recommandations : contre-indiqué chez la femme en âge de procréer sauf si elle prend une contraception efficace (le pharmacien doit vérifier l'accord de soin et de contraception sur la carte patiente ainsi que la date et la négativité du dernier test de grossesse). Conseiller des produits hydratants pour le corps, les yeux et les lèvres ainsi qu'une protection solaire efficace.
- L'utilisation d'huiles essentielles à visée antibactérienne et anti-inflammatoire comme l'arbre à thé ou le laurier noble n'est pas recommandée à moins qu'elle soient fortement diluées dans une huile végétale. En effet, elles peuvent être irritantes, surtout sur un cuir chevelu déjà sensibilisé. L'avis d'un médecin est préférable.

Conseils

Rassurer le patient : maladie **bénigne**.
MAIS **chronique** → insister sur **suivi dermatologique + observance**.

Hygiène capillaire : utiliser un **shampooing doux**, non irritant, non occlusif et espacer les lavages (sans négliger l'hygiène).

Brossage doux des cheveux avec **brosse souple et propre**.

❌ A éviter : ❌

- Ne pas **gratter** ou **frotter** les lésions,
- Ne pas faire de **coloration, défrisage, brushing chaud**,
- Eviter le **port prolongé de casques, casquettes, bonnets serrés**.

Traitements :

- Application des topiques : sur **cuir chevelu propre et sec, éviter les zones saines, respecter les temps de pose**,
- En cas de prise concomitante de **rifampicine** et d'une **contraception orale**, prévoir une méthode de **protection supplémentaire**.
- En cas de prise d'ATB, conseiller probiotiques.
- **Rappeler les effets indésirables** notables.



Aromathérapie :

HE antibactérienne et anti-inflammatoire (ex : *arbre à thé* ou *laurier noble*) : **pas recommandées sauf si fortement diluées dans une HV** (car irritantes, surtout sur un cuir chevelu déjà sensibilisé). L'avis d'un médecin est préférable.



Impact psychologique ++ : être à l'écoute et orienter vers des **groupes de soutien, des associations** (cf page 1) ou un **psychologue**.

Proposer des **solutions de camouflage** : **poudres capillaires** ou **prothèses capillaires**.

Les images issues du site Dermaweb by Pierre Fabre sont reproduites avec l'autorisation des ayants droit, dans le cadre d'un usage non commercial et d'une diffusion limitée.



Reconnaissance
Prise en charge
Officine



FOLLICULITE DECALVANTE

ou folliculite épilante de Quinquaud

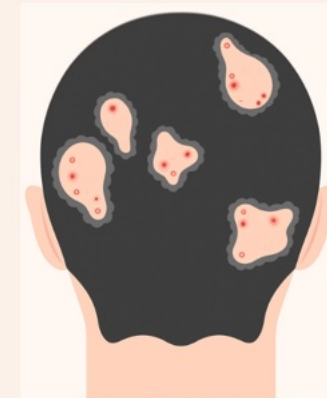


Illustration générée par intelligence artificielle à l'aide de ChatGPT, OpenAI, 2025.

Adresses utiles pour les patients :

Forum : <https://www.carenity.com/forum/folliculite-decalvante-de-quinquaud-1118>

Association : <https://latresseassociation.com>

Réalisé avec Canva

Définition

Folliculite inflammatoire.

Destruction progressive des follicules pileux aboutissant progressivement à une **alopécie cicatricielle** irréversible.

Prévalence :

- **Rare** mais pourtant *régulièrement rencontrée en pratique courante*,
- Adultes entre **30 et 40 ans** ♂ > ♀
- **Origine africaine ++.**

Facteurs contributifs :

- traumatismes répétés (grattage, coiffures serrées),
- terrain génétique prédisposant,
- réponse immunitaire anormale à *S. aureus* (non prouvée)

Mais **cause exacte inconnue !**

Zones atteintes : **vertex et région occipitale.**

Lésion initiale : **érythème péripilaire**

Puis : **pustule centrée par le cheveu**

Puis : **formation d'une croûte qui tombe et entraîne le cheveu**

→ à force de poussées pustuleuses, le follicule pileux est détruit et les **plaques d'alopécies** s'installent.

Reconnaissance

Symptômes :

- **Plaques d'alopécie** : tailles variables, expansion centrifuge, aspect blanc nacré,
- **Entourées de lésions actives de folliculite** : pustules folliculaires, croûtes, zones érythémateuses, hyperkératose,
- **Polytrichie** (plusieurs cheveux sortent du même orifice),
- **Raréfaction des orifices folliculaires,**
- **Douleur, prurit**, sensation de **brûlure**,
- Potentiel **saignement** des lésions.



Source : Dermaweb by Pierre Fabre

Traitements

Prise en charge difficile car, à ce jour, pas de traitement curateur et efficacités variables.

Si *S. aureus* est isolée :

- Systémique : **acide fusidique** OU **rifampicine+clindamycine** OU **doxycycline**.
- Topique : **clindamycine** ou **érythromycine**.

Autres approches :

- Topique (1ère intention) : **clobétasol** ou **bétaméthasone**.
- Systémique : **isotrétinoïne** ou **anti-TNF- α** (réservés au milieu hospitalier, formes très sévères et résistantes).

Dans de rares cas : **greffe capillaire** sur les zones d'alopécie cicatricielle stabilisées ou **excision** des zones alopéciques.

Marche à suivre

Un patient se présente au comptoir :

- écoute,
- observation des signes évocateurs,
- interrogatoire :
 - Le patient remarque-t-il des taches de sang sur l'oreiller au réveil ?
 - Les zones d'alopécie ont-elles tendance à s'étendre de manière centrifuge ?
- orientation vers un dermatologue qui posera le diagnostic et instaurera un traitement adapté.

d. Lichen plan pileaire

- Qu'est-ce que le lichen plan pileaire ?

Le lichen plan pileaire ou lichen planopilaris (LPP) est une maladie inflammatoire chronique du cuir chevelu, qui entraîne une destruction progressive des follicules pileux et peut évoluer vers une alopecie cicatricielle irréversible. Il s'agit d'une forme spécifique de lichen plan qui affecte principalement le scalp, mais peut aussi toucher, plus rarement, d'autres zones poilues du corps. L'étiologie du LPP reste inconnue, mais il s'agirait d'une pathologie d'origine auto-immune, dans laquelle les lymphocytes T ciblent les kératinocytes exprimant des antigènes cibles non identifiés.

Une forme particulière de LPP, appelée alopecie frontale fibrosante (AFF), est une alopecie cicatricielle qui se caractérise par une récession progressive de la ligne d'implantation des cheveux.

- Quels en sont les symptômes ?

Le LPP (fig. 20,21) se manifeste par une rougeur, une irritation cutanée (entraînant des démangeaisons et une sensation de brûlure) et l'apparition de petites papules rouges autour des follicules pileux. Dans certains cas, des vésicules peuvent également être observées. Avec la progression de la maladie, les follicules endommagés disparaissent. Cela laisse place à des zones irrégulières d'alopecie définitive sur un cuir chevelu parfois violacé avec absence d'ouvertures folliculaires (54). En effet, au fil du temps, on observe une réduction et une perte des glandes sébacées et une destruction de l'ensemble du follicule pileux, qui est remplacé par du tissu conjonctif.

L'AFF (fig. 22) provoque une perte de cheveux qui se produit lentement au niveau de la ligne d'implantation frontotemporale, laissant apparaître une peau couleur ivoire. La récession de la ligne capillaire est généralement bilatérale et symétrique (55). Ces symptômes sont souvent associée à une alopecie des sourcils (56) et à la présence de poils solitaires à l'emplacement de la ligne capillaire d'origine. Parmi d'autres signes pouvant évoquer une AFF, on retrouve la perte de poils corporels et plus rarement, une alopecie des cils et de la barbe.



Figure 20 : Alopecie liée à un LPP (56).



Figure 21 : Zoom sur l'absence d'ouvertures folliculaires liée à un LPP (56).

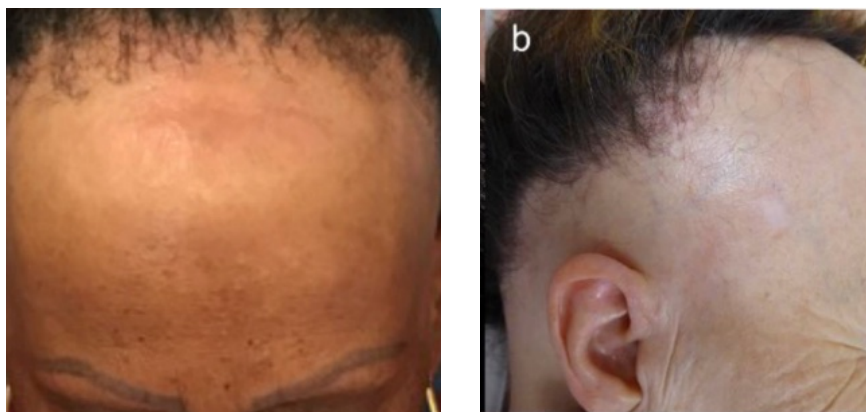


Figure 22 : Récession progressive de la ligne d'implantation des cheveux et alopécie des sourcils liées à une AFF (50,51).

• Diagnostic différentiel :

L'AFF peut se confondre avec d'autres types d'alopecie, notamment :

- Alopecie androgénétique : seul un médecin peut faire la différence via, entre autres, des examens histologiques ou la trichoscopie. Ils permettent de différencier un cuir chevelu cicatriciel, et donc pathologique (alopecie sur lichen) d'un cuir chevelu sain (alopecie androgénétique).
- Alopecie de traction : elle ne touche pas les sourcils.

• Quelle est la prévalence de cette maladie ?

Le LPP est la forme la plus fréquente d'alopecie cicatricielle mais elle reste rare. Sa prévalence estimée est d'environ 13,4 pour 100 000 (57). Mais cette prévalence peut varier selon les sources et les pays, d'autant plus que la maladie est probablement sous diagnostiquée.

L'AFF quant à elle, voit son nombre de cas augmenter années après années, notamment chez les femmes ménopausées.

• Quels sont les facteurs contribuant au LPP ?

On retrouve la prédisposition génétique, un dérèglement du système immunitaire, le stress physique et/ou émotionnel, des lésions cutanées ou autres maladies de peau, des infections virales systémiques comme l'hépatite C, les allergies de contact et certains médicaments comme les diurétiques et les antipaludiques (quinine, quinidine).

L'obésité est un facteur de gravité de l'AFF (55).

- Quelle est la stratégie thérapeutique ?

Le LPP peut disparaître spontanément donc un traitement n'est pas systématique. Cependant, pour éviter l'alopécie cicatricielle irréversible, il est fortement conseillé de mettre en place un traitement médicamenteux.

A ce jour, il n'existe pas de traitement curatif. Le LPP nécessite un traitement à long terme, parfois des traitements combinés, voire des changements de traitements (57). Mais il existe des recommandations qui varient en fonction des caractéristiques individuelles de chaque patient (56).

La mise en place d'un traitement vise à ralentir l'évolution de la maladie et limiter l'inflammation afin d'éviter au mieux la formation de plaques alopeciques ou le recul de la ligne frontale.

Dans le cas du LPP, en 1^{ère} intention, on retrouve des dermocorticoïdes (exemple : clobetasol (DERMOVAL® gel)), seuls ou associés à des injections intra-lésionnelles de corticoïdes (acétonide de triamcinolone (KENACORT® RETARD)). En 2^{nde} intention et pour les formes sévères, peut être prescrite une corticothérapie générale (exemple : prednisone) (54). En cas de non-réponse au traitement, peuvent être prescrits des immunosuppresseurs comme le méthotrexate et la ciclosporine ou, paradoxalement, de l'hydroxychloroquine qui peut parfois être inductrice de la maladie.

Dans le cas de l'AFF, on utilise également des dermocorticoïdes et des injections intra-lésionnelles de corticoïdes mais aussi des inhibiteurs de la calcineurine en topique (tacrolimus). Cependant, ce dernier semble inefficace et sa forme galénique très grasse rend son emploi difficile sur le cuir chevelu (58). En traitement systémique on retrouve des inhibiteurs de la 5 α -reductase (finasteride, dutasteride), l'hydroxychloroquine et des rétinoïdes (56).

En cas d'alopécie cicatricielle, les seuls traitements sont la greffe capillaire ou la chirurgie réparatrice. Cette dernière ne peut être envisagée qu'après stabilisation complète de la maladie. Elle consiste à retirer ou déplacer des zones de cuir chevelu sain (réduction de tonsure, lambeaux de transposition) ou à étirer les tissus sains par expansion tissulaire, afin de recouvrir les zones chauves ou cicatricielles.

Du point de vue esthétique, les patients peuvent également avoir recours à l'utilisation de minoxidil afin d'augmenter l'épaisseur des cheveux des zones non affectées par la maladie et ce, dans le but de recouvrir les plaques d'alopécie.

- Comment prendre en charge la maladie au comptoir ?

Le LPP étant une maladie évolutive, un diagnostic et une prise en charge précoces sont essentielles pour préserver au maximum la chevelure. C'est pour cela que l'équipe officinale doit pouvoir réorienter les patients vers un dermatologue à la vue des symptômes évoqués précédemment.

Une fois le diagnostic posé par un médecin, il faut s'assurer que le patient respecte bien le traitement prescrit et lui apporter des conseils afin de mieux prendre en charge sa maladie et apprendre à vivre avec.

- Quels conseils peut apporter l'équipe officinale aux patients ?

- Éviter les produits capillaires agressifs : shampoings irritants, colorations chimiques... Privilégier les shampoings doux (sans sulfates, sans silicones).

- Limiter les coiffures trop serrées car la traction excessive des cheveux fragilisent encore plus le cuir chevelu.
- Rappeler les potentiels EI (les complications de certains traitements pouvant être plus importantes que la pathologie elle-même) et les recommandations sur les différents traitements :
 - Hydroxychloroquine :
 - EI : douleur abdominale, nausées (prendre le médicament en mangeant), hyperpigmentation cutanée, prurit, céphalées. Rares mais graves : réactions cutanées telles que le syndrome de Stevens-Johnson (arrêt du traitement immédiat), rétinopathie, allongement de l'intervalle QT.
 - Recommandations : la mise en place de ce traitement nécessite au préalable un examen ophtalmologique complet (en cas de rétinopathie, le traitement est contre-indiqué), un bilan hépatique et rénal et un ECG. Il faut prévenir le patient qu'un suivi ophtalmologique régulier est nécessaire et que le moindre problème oculaire doit être signaler. L'hydroxychloroquine est contre-indiquée pendant l'allaitement.
 - Méthotrexate :
 - EI : apparition de plaies dans la bouche, douleurs abdominales et digestion difficile, fatigue fréquente et céphalées modérées en début de traitement.
 - Recommandations : prise hebdomadaire, pas d'alcool ou très modérément, contraception efficace pendant et après le traitement car risque tératogène majeur, pas d'administration de vaccins vivants atténués pendant la durée du traitement, surveillance biologique régulière (NFS, bilan hépatique et rénal). Il faut rappeler aux patients qu'il faut éviter l'automédication, notamment par AINS et éviter de s'exposer au soleil car le méthotrexate est photosensibilisant.
 - Ciclosporine :
 - EI : hyperlipidémie, tremblement, céphalées, hypertension artérielle, hirsutisme, dysfonctionnement rénal réversible, gingivite hypertrophiques
 - Recommandations : ne pas consommer de jus de pamplemousse (augmentation de la concentration de ciclosporine par inhibition du CYP3A4), ne pas prendre d'AINS, protection solaire indispensable, bonne hygiène buccale pour limiter l'hypertrophie gingivale, toujours prendre la ciclosporine à la même heure. Il faut rappeler la nécessité de surveiller la tension, la créatinine, de faire un bilan hépatique et de consulter régulièrement un dentiste.
 - Dermocorticoïdes : le risque d'atrophie cutanée avec une utilisation au long cours existe mais reste limité lorsqu'ils sont bien utilisés ; il ne doit pas freiner leur emploi, car la corticophobie expose à une inefficacité thérapeutique.
 - Corticoïdes en systémique :
 - EI : rétention hydrosodée, prise de poids, résistance à l'insuline, insomnie, agitation, ostéoporose.
 - Recommandations : à prendre le matin pour éviter les insomnies et respecter le rythme circadien. Ne pas utiliser au long terme. Nécessite un sevrage si la durée du traitement est supérieure à 3 semaines. Surveillance de la tension, de la glycémie et du poids.
 - Tacrolimus en topique :

- EI : sensation de brûlure (en début de traitement), prurit, picotements, rougeur locale.
- Recommandations : ne pas exposer le cuir chevelu aux UV car le produit est photosensibilisant, éviter les bains chauds, l'alcool et le sport intensif juste après l'application car il y a un risque de rougeur/flush.
- Finastéride et dutastéride :
 - EI :
 - Troubles sexuels : troubles de l'érection et de l'éjaculation, douleurs testiculaires, diminution de la libido. Ces effets peuvent persister à l'arrêt du traitement et ce, pour une durée indéterminée.
 - Troubles psychiques : anxiété, dépression, pensées suicidaires.
 - Autres : réactions allergiques (urticaire, démangeaisons), augmentation de la sensibilité et du volume des seins.
 - Recommandations : contre-indiqués chez les femmes enceintes ou en âge de procréer sans contraception efficace car très forte tératogénicité. Il faut mettre en place une contraception pendant tout le traitement et 1 mois après l'arrêt pour le finastéride et 6 mois après pour le dutastéride. Elles ne doivent pas non plus manipuler des comprimés endommagés. Prendre les comprimés à heure fixe. Prévenir des troubles sexuels et psychiques et orienter vers un médecin si le patient souhaite en parler.
- Rétinoïdes (acitrétine) :
 - EI : xérose (peau, lèvres, yeux, nez), gerçures, chéilite, mucite, prurit, desquamation, polydipsie, hyposialie, intolérance aux lentilles de contact.
 - Recommandations : contre-indiqués chez les femmes enceintes ou en âge de procréer sans contraception efficace car très forte tératogénicité. Il faut mettre en place une contraception 1 mois avant, pendant le traitement, et 3 ans après l'arrêt. Contre-indiqués également en cas d'allaitement. Éviter la consommation d'alcool. Hydrater intensément la peau et les lèvres.
- Éviter le tabac et l'alcool qui favorisent l'inflammation.
- Protéger le cuir chevelu du soleil avec le port d'un couvre-chef et l'application de spray capillaire contenant un SPF (SOLAR PROTECT de chez Lazartigue).
- Pratiquer du yoga, de la méditation ou toutes autres techniques de relaxation pour diminuer le stress.
- L'impact psychologique de l'alopecie pouvant être important, il peut être nécessaire d'orienter les patients vers des groupes de soutien (exemple : forum lichen plan pileaire sur le site maladies rares info services), des associations (exemple : association la tresse, dédiée aux femmes souffrant d'alopecies, y compris celles liées au LPP) ou un psychologue. Il convient également de rappeler que même si la maladie est évolutive, un traitement adapté et un bon suivi permettent de ralentir sa progression.
- Si la chirurgie n'est pas envisagée, il faut proposer des alternatives : perruques ou prothèse capillaire à appliquer sur tout ou partie de la tête, foulards, poudres capillaires densifiantes. La trichopigmentation réparatrice, qui consiste à simuler la présence de cheveux sur les zones dégarnies à l'aide d'un tatouage médical doit être envisagée si et seulement si la maladie est inactive depuis au moins 2 ans.

Conseils

✗ À éviter : ✗

- **produits capillaires agressifs** : colorations chimiques, shampooings irritants...
- **coiffures trop serrées, traction excessive**
- **stress, tabac, alcool, soleil**

→ **shampooings doux** (ni sulfates ni silicones)
→ **techniques de relaxation** (yoga, méditation)
→ port d'un **couvre-chef** et/ou application de **spray capillaire contenant un SPF**.

Si la chirurgie n'est pas envisagée, conseiller :

- **perruques**
- **foulards**
- **poudres capillaires densifiantes**
- **tatouage médical**



Impact psychologique :

- rappeler que même si la maladie est évolutive, un traitement adapté et un bon suivi permettent de ralentir sa progression,
- **être à l'écoute** et orienter vers des **groupes de soutien**, des **associations** (cf page 1) ou un **psychologue**.

Traitements : rappeler les potentiels **effets indésirables** et les **recommandations**.



Reconnaissance
Prise en charge
Officine



LICHEN PLAN PILAIRE



Illustration générée par intelligence artificielle à l'aide de ChatGPT, OpenAI, 2025.

Adresses utiles pour les patients :

Forum : <https://forums.maladiesraresinfo.org/lichen-plan-pilaire-f81.html>

Association : <https://latresseassociation.com/les-alopecies-feminines/>

Les images issues du site Dermaweb by Pierre Fabre sont reproduites avec l'autorisation des ayants droit, dans le cadre d'un usage non commercial et d'une diffusion limitée.

Réalisé avec Canva

Définition

Lichen plan pilaire (LPP) : maladie inflammatoire chronique du cuir chevelu.
Destruction progressive des follicules pileux
→ alopécie cicatricielle irréversible.

Alopécie frontale fibrosante (AFF) : forme particulière = **récession progressive de la ligne d'implantation des cheveux**.
Touche surtout les **femmes ménopausées** (augmentation du nombre de cas années après années).

Facteurs contributifs :

- **Prédisposition génétique**,
- **Dérèglement du système immunitaire**,
- **Stress** physique et/ou émotionnel,
- **Lésions cutanées** ou autres **maladies de peau**,
- **Infections virales systémiques** (ex : *hépatite C*)
- **Allergies de contact**,
- Certains **médicaments** (ex : *diurétiques, quinine, quinidine*)
- **Obésité** (facteur de gravité)

Reconnaissance

Symptômes :

LPP :

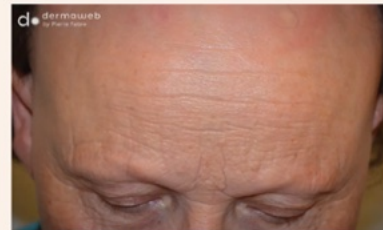
- **rougeur, irritation** cutanée,
- **petites papules rouges** autour des follicules pileux (voire vésicules),
- **démangeaisons, sensation de brûlure**,
- **disparition des follicules** avec l'avancée de la maladie → **zones irrégulières d'alopécie sur cuir chevelu parfois violacé avec absence d'ouvertures folliculaires**.



Source : Dermaweb by Pierre Fabre

AFF :

- **perte de cheveux lente, fronto-temporale, bilatérale et symétrique**,
- laisse place à une **peau couleur ivoire**,
- présence de **poils solitaires à l'emplacement de la ligne capillaire d'origine**,
- souvent associé à **alopécie des sourcils**,
- parfois, **alopécie des cils** et de la **barbe** + **perte de poils corporels**.



Source : Dermaweb by Pierre Fabre

⚠ Peut se confondre avec alopécie androgénétique et alopécie de traction (ne touche pas les sourcils).

Traitements

Pas de traitement curatif donc traitement à long terme, parfois combiné et changement.

LPP :

- 1ère intention : dermocorticoïdes (ex : **clobetasol**) seuls ou associés à des injections intra-lésionnelles de corticoïdes.
- 2ème intention, formes sévères : corticothérapie générale (ex : **prednisone**) ou **méthotrexate** ou **ciclosporine** ou **hydroxychloroquine**.

AFF :

- Topique : dermocorticoïdes, injections intra-lésionnelles de corticoïdes ou **tacrolimus**.
- Systémique : **finasteride** ou **dutastéride** ou **hydroxychloroquine** ou **rétinoïdes**.

En cas d'alopécie cicatricielle : **greffe capillaire** ou **chirurgie réparatrice** ou **Minoxidil** (pour augmenter l'épaisseur des cheveux des zones non affectées, afin de recouvrir les plaques d'alopécie).

PRISE EN CHARGE AU COMPTOIR :

- 1 - Orienter vers un dermatologue : + le diagnostic est précoce, + la chevelure sera préservée.
- 2 - Une fois le diagnostic posé : s'assurer que le patient respecte bien le traitement prescrit + conseils afin de mieux prendre en charge sa maladie et apprendre à vivre avec.

e. Pellicules

Les pellicules sont de petits lambeaux de couche cornée résultant d'une desquamation excessive du cuir chevelu en réponse à une inflammation. Cette affection, aussi appelée pityriasis du cuir chevelu est fréquente et facile à traiter. On distingue plusieurs types d'états pelliculaires : la dermatite séborrhéique et le psoriasis (déjà abordés précédemment), les ichtyoses et eczémas (rares) et enfin, les états pelliculaires simples, très communs, sur lesquels je me concentrerai dans cette partie (59).

Les pellicules, bien que bénignes, sont souvent perçues comme inesthétiques. Dans une société où l'apparence occupe une place prépondérante, elles peuvent donner une impression de négligence et altérer la relation à autrui.

• Quels en sont les symptômes ?

La reconnaissance de l'état pelliculaire simple est aisée. On le reconnaît sans examen particulier, mais simplement par la présence de squames.

Il existe 2 types d'états pelliculaires simples : les pellicules sèches et les pellicules grasses.

Les pellicules sèches (fig. 23) sont de petites squames, fines et de couleurs claires, qui tombent sur les épaules. Elles sont associées à des cheveux secs ou normaux et n'entraînent pas ou peu de démangeaisons. Tandis que les pellicules grasses (fig. 24) sont des squames plus grandes, plus épaisses, de couleurs jaunâtres et qui adhèrent au cuir chevelu. Elles sont associées à un cuir chevelu gras ou irrité et à des démangeaisons.

Les pellicules simples se distinguent du psoriasis et de la dermatite séborrhéique par l'absence de plaques inflammatoires étendues ainsi que l'absence de douleur, de saignement et de suintement.

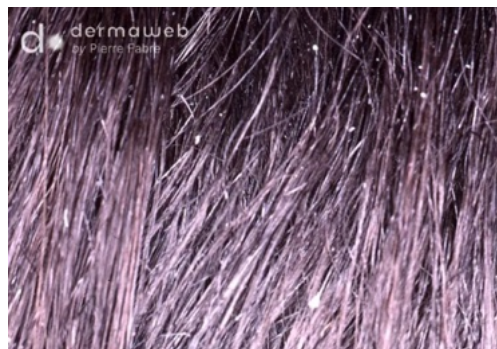


Figure 23 : Pellicules sèches (59).

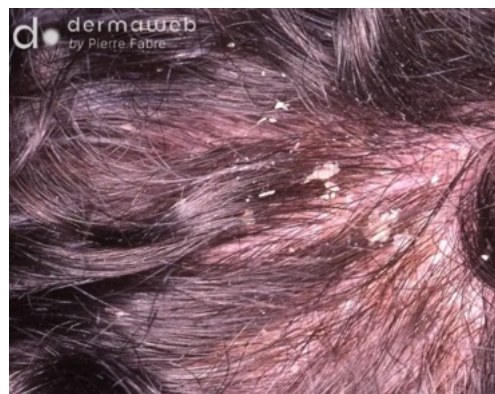


Figure 24 : Pellicules grasses (59).

• Quelle est la prévalence de cette affection ?

Les pellicules touchent 1 personne sur 2 en France (60). Les enfants en sont normalement exemptés.

• Quels sont les facteurs contribuant aux pellicules ?

Les pellicules sèches résultent la plupart du temps d'une peau sèche ou d'une réaction à des produits capillaires agressifs.

Les pellicules grasses quant à elles, sont associées à une surproduction de sébum qui crée un environnement propice à la croissance du champignon *Malassezia*.

Par ailleurs, d'autres facteurs peuvent favoriser l'apparition des pellicules : le stress, la fatigue et/ou le manque de sommeil, la pollution, la saison hivernale, certaines maladies comme la maladie de Parkinson ou encore certains médicaments comme les neuroleptiques (60).

• Comment prendre en charge les pellicules au comptoir ?

Sans lésion, prurit intense ou chute de cheveux inhabituelle, les pellicules ne nécessitent pas une consultation médicale. Les shampoings antipelliculaires disponibles sans ordonnance en pharmacie sont généralement très efficaces (tableau 3). Cependant les états pelliculaires étant souvent chroniques, leur effet n'est que suspensif et ils doivent donc être poursuivis sur une longue période.

Les principes actifs retrouvés dans ces shampoings sont généralement du zinc pyrithione, du piroctone olamine, du sulfure de sélénium ou de l'acide salicylique. Par conséquent, la plupart des shampoings ont une triple action : antiproliférative, antifongique et anti-inflammatoire (60). Certains produits contiennent également des agents kératolytiques. Ces principes actifs sont mélangés à une base lavante douce permettant un usage fréquent et long.

Pour un usage optimal, le shampoing antipelliculaire doit être utilisé 2 à 3 fois par semaine pendant 2 à 4 semaines, en respectant un temps de pose de 3 à 5 minutes. Il doit être suivi d'une phase d'entretien qui consiste à réduire son utilisation à 1 fois par semaine, en alternance avec un shampoing doux. En cas de nouvelle poussée, il faut reprendre le traitement intensif pendant 1 à 2 semaines.

Tableau 3 : Liste non exhaustive des produits antipelliculaires disponibles en pharmacie.

Pellicules grasses	• KERIUM pellicules et cuir chevelu sensible et gras® (LA ROCHE-POSAY) • T/GEL® pellicules grasses (NEUTROGENA) • NEOPUR® shampoing antipelliculaire équilibrant pellicules grasses (FURTERER) • DERCOS® shampoing antipelliculaire disulfure de sélénium (DS) - cheveux normaux à gras (VICHY) • KELUAL SQUANORM® shampoing traitant régulateur – pellicules grasses suivi du ELUTION® en entretien (DUCRAY) • NODE DS+® shampoing (BIODERMA), pour un état pelliculaire plus intense
Pellicules sèches	• KERIUM pellicules et cuir chevelu sensible et sec® (LA ROCHE-POSAY)

	• T/GEL® pellicules sèches (NEUTROGENA) • NEOPUR® shampoing antipelliculaire équilibrant pellicules sèches (FURTERER) • DERCOS® shampoing antipelliculaire DS - cheveux secs (VICHY) • KELUAL SQUANORM® shampoing traitant– pellicules sèches suivi du ELUTION® en entretien (DUCRAY)
Pellicules grasses et sèches	• CLEAR traitant intensif® suivi du CLEAR normalisant® (LAZARTIGUE)

Si, malgré l'utilisation d'un shampoing approprié pendant 1 mois, les pellicules grasses persistent, il peut s'agir d'une dermite séborrhéique et donc la consultation d'un dermatologue est nécessaire.

• Quels conseils peut apporter l'équipe officinale aux patients ?

- Rassurer le patient sur le caractère bénin et non contagieux des pellicules, sur le fait qu'elles sont faciles à traiter et sans risque de perte de cheveux.
- Shampoing :
 - Pour préserver le cuir chevelu, il faut masser délicatement, sans frotter, respecter le temps de pose indiqué sur la notice et rincer abondamment.
 - En alternance des shampoings traitants, utiliser des shampoings doux (exemples : SENSINOL® de chez Ducray, EXTRA-GENTLE® de chez Lazartigue).
 - En cas de démangeaisons importantes, conseiller des shampoings adaptés (exemples : T/GEL® FORT de chez NEUTROGENA, CICA-CALM® de chez LAZARTIGUE).
- Rappeler qu'un arrêt trop précoce du shampoing traitant entraînera une récurrence.
- Le séchage des cheveux doit se faire avec une serviette et non au sèche-cheveux, trop agressif.
- En complément des shampoings, on peut conseiller le KELUAL SQUANORM® lotion antipelliculaire au zinc de chez DUCRAY qui est un soin sans rinçage, antipelliculaire et qui apaise les démangeaisons et assainit le cuir chevelu.
- Éviter les sprays, laques, et gels coiffants ainsi que les colorations.
- Éviter le stress en pratiquant des techniques de relaxation pour éviter les récurrences des états pelliculaires.
- Conseiller une alimentation équilibrée.
- Conseiller la prise de zinc en cas d'hyperséborrhée et d'inflammation du cuir chevelu (sans dépasser la limite de 40 mg/j).
- Proposer au patient de revenir 4 semaines après le début du traitement pour évaluer l'efficacité de ce dernier.
- Aromathérapie :
 - Formule pour un shampoing antipelliculaire naturel (contre-indiqué chez la femme enceinte) (45) :
 - 200ml de shampoing à l'argile (exemple : CATTIER)
 - 10 gouttes d'HE d'arbre à thé (antifongique)
 - 10 gouttes d'HE de géranium rosat (antifongique, séboréglatrice)
 - 5 gouttes d'HE de cèdre de l'Atlas (anti-cheveux gras)
 - 5 gouttes d'HE de genévrier commun (anti-inflammatoire)
 - Alternative pour les femmes enceintes sujettes aux pellicules grasses : matin et soir, vaporiser de l'hydrolat de palmarosa (antifongique) sur le cuir chevelu et masser doucement.

Conseils

❌ A éviter : ❌

- Sèche cheveux,
- Sprays, laques, gels coiffants, colorations,
- Stress
- Arrêt trop précoce du traitement (= récurrence).

Rassurer le patient : **bénin, non contagieux, facile à traiter, pas de risque de perte de cheveux,**

Shampooing :

- **Masser délicatement**, sans frotter, respecter le **temps de pose** et **rincer abondamment**.
- En alternance des shampooings traitants, utiliser des **shampooings doux**.
- Démangeaisons importantes : proposer des shampooings apaisant, hydratant, cicatrisant.



En complément des shampooings : **lotion antipelliculaire au zinc** = soin sans rinçage, antipelliculaire, apaise démangeaisons et assainit cuir chevelu,

Séchage avec serviette,



Techniques de relaxation
(évitent les récurrences),

Aromathérapie :

Formule pour un **shampooing antipelliculaire naturel** (**contre-indiqué chez femme enceinte**) :

- 200ml de shampooing à l'argile
- 10 gouttes d'HE d'arbre à thé (antifongique)
- 10 gouttes d'HE de géranium rosat (antifongique, séborégulatrice)
- 5 gouttes d'HE de cèdre de l'Atlas (anti-cheveux gras)
- 5 gouttes d'HE de genévrier commun (anti-inflammatoire)

Alternative pour les femmes enceintes (pellicules grasses) : matin et soir, vaporiser de l'hydrolat de palmarosa (antifongique) sur le cuir chevelu et masser doucement.

Alimentation équilibrée,



Prise de **ZINC** (si hyperséborrhée ou inflammation), sans dépasser la limite de 40mg/j.

Proposer au patient de revenir 4 semaines après le début du traitement pour évaluer l'efficacité de ce dernier.

Les images issues du site Dermaweb by Pierre Fabre sont reproduites avec l'autorisation des ayants droit, dans le cadre d'un usage non commercial et d'une diffusion limitée.



Reconnaissance
Prise en charge
Officine



PELLICULES



Illustration générée par intelligence artificielle à l'aide de ChatGPT, OpenAI, 2025.

Réalisé avec Canva

Définition

Pellicules = **petits lambeaux de couche cornée** résultant d'une **desquamation excessive** du cuir chevelu en réponse à une **inflammation**.

Différents types d'états pelliculaires :

- dermite séborrhéique et psoriasis,
- ichtyoses et eczémas (rares),
- **états pelliculaires simples, communs :**
 - **pellicules sèches**
 - **pellicules grasses**

Bénin mais **inesthétique**.

Prévalence : **50% de la population** française.

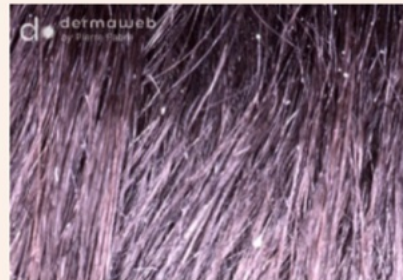
Facteurs favorisants :

- Pellicules sèches : **sécheresse** cutanée, réaction à des **produits capillaires agressifs**.
- Pellicules grasses : **surproduction de sébum** entraînant la croissance du champignon **Malassezia**.
- Autres facteurs : **stress, fatigue/manque de sommeil, pollution, hiver, Parkinson, neuroleptiques**.

Reconnaissance

Pellicules sèches :

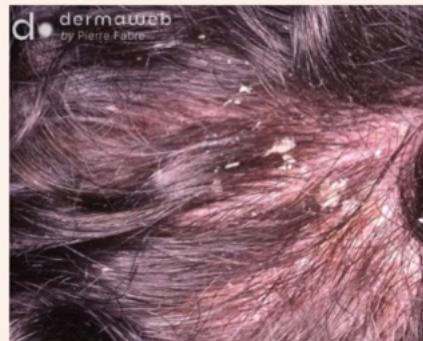
- **Petites squames fines**, de couleurs **claires**.
- **Volatiles**, tombent sur les épaules,
- Associées à **cheveux secs ou normaux**,
- **Pas ou peu de démangeaisons**.



Source : Dermaweb by Pierre Fabre

Pellicules grasses :

- **Squames plus grandes**, plus **épaisses**, de couleurs **jaunâtres**,
- **Adhérent** au cuir chevelu,
- Associées à **cuir chevelu gras ou irrité**,
- **Démangeaisons**.



Source : Dermaweb by Pierre Fabre

Les pellicules simples se distinguent du psoriasis et de la dermite séborrhéique par l'absence de plaques inflammatoires étendues, de douleur, de saignement et de suintement. ⚠

Prise en charge

Prise en charge officinale seule,
si absence de :

- lésions,
- prurit intense,
- chute de cheveux inhabituelle.

**TRAITEMENT = SHAMPOOINGS
ANTIPELLICULAIRES.**

⚠ Effet suspensif donc à poursuivre sur une longue période. ⚠

↓
Principes actifs : **zinc pyrithione, piroctone olamine, sulfure de sélénium, acide salicylique** (mélangés à une base lavante douce pour un usage fréquent et long).

↓
Actions : **antiproliférative, antifongique, anti-inflammatoire, kératolytique.**

Usage :

Traitement intensif : 2 à 3 fois par semaine pendant 2 à 4 semaines (temps de pose : 3 à 5 mins)
puis

Phase d'entretien : 1 fois par semaine en alternance avec un shampoing doux.

Si nouvelle poussée : reprendre le traitement intensif pendant 1 à 2 semaines.

f. Lupus érythémateux discoïde

. Qu'est-ce que le lupus érythémateux discoïde (LED) ?

C'est une forme chronique et localisée de lupus cutané. Il s'agit d'une dermatose inflammatoire auto-immune qui affecte principalement le visage, les oreilles et le cuir chevelu, mais peut également toucher d'autres zones exposées au soleil. L'atteinte du cuir chevelu peut rester isolée dans 10% des cas (61).

Cette forme se distingue du lupus systémique par l'absence d'atteinte des organes internes. Cependant, dans 5 à 25% des cas, elle peut évoluer vers un lupus érythémateux systémique (62).

. Quels en sont les symptômes ?

- Plaques uniques ou multiples, érythémateuses, bien délimitées, avec présence ou non de télangiectasies,
- Localisation : visage, cuir chevelu, oreilles,
- Squames blanches plus ou moins épaisses et adhérentes, s'enfonçant en clou dans les orifices folliculaires (63),
- Hyperkératose folliculaire : les ostias folliculaires sont bouchés. En dermatoscopie, cela se traduit par des clods⁷ blanc-jaune orangé,
- Halos blancs périfolliculaires (fig. 25),
- Atrophie cicatricielle centrale des plaques,
- Alopécie cicatricielle irréversible (entraînée par l'obstruction des follicules pileux) (fig. 26,27),
- Dépigmentation ou hyperpigmentation des lésions anciennes,
- Photosensibilité fréquente (45 à 58% des cas) (64),
- Prurit léger à modéré, sensation de brûlure ou d'irritation localisée et sensibilité au toucher.

En cas de doute, une atteinte concomitante du visage peut permettre d'orienter le diagnostic vers un LED. Les lésions faciales prennent la forme d'un masque en forme d'ailes de papillon.

⁷ Clods : structures dermatoscopiques arrondies, d'apparence solide, qui correspondent généralement à des accumulations de cellules, de kératine ou de pigments.

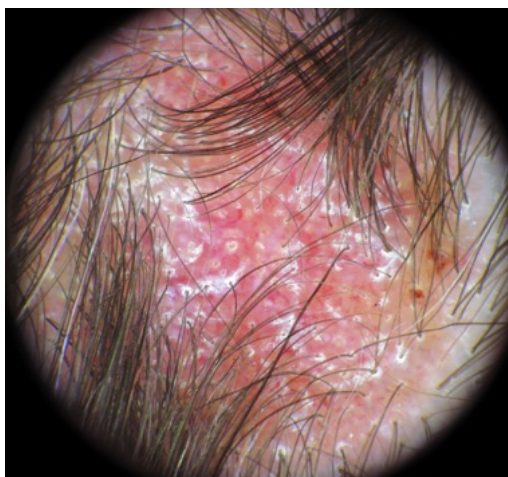


Figure 25 : Image en dermatoscopie (érythème de fond, squames et halos blancs périfolliculaires) (61).



Figure 26 : Alopécie cicatricielle résultant d'un LED (65).



Figure 27 : Alopécie cicatricielle étendue résultant d'un LED (65).

- Quelle est la prévalence de cette maladie ?

C'est une affection rare, touchant environ 1 à 3 personnes pour 10 000, principalement des adultes jeunes âgés de 20 à 45 ans, avec une nette prédominance féminine (sex-ratio de 2 à 3 femmes pour 1 homme), et une fréquence plus élevée chez les personnes à peau foncée.

• Quels sont les facteurs contribuant au lupus érythémateux discoïde ?

- Exposition solaire (facteur déclenchant majeur),
- Tabac (facteur aggravant),
- Hormones féminines (oestrogènes),
- Predisposition génétique,
- Stress,
- Certains médicaments,
- Microlésions du cuir chevelu (grattage, traitements agressifs).

• Quelle est la stratégie thérapeutique ?

Les objectifs du traitement sont de réduire l'inflammation, de prévenir les poussées, de limiter l'extension des lésions et d'éviter les cicatrices définitives.

⇒ Traitement local à base de corticoïdes topiques de classe I ou II : bétaméthasone (BETNEVAL® 0,1% lotion), clobétasol (DERMOVAL® 0,05% crème), hydrocortisone (EFFICORT LIPOPHILE® 0,127% crème). Ils sont à appliquer 1 fois par jour, 5 jours par semaine pendant une période limitée à 6 semaines. Des applications discontinues 2 à 3 jours par semaine peuvent être poursuivies pendant 2 à 3 mois (66).

⇒ Traitement local à base d'inhibiteur de la calcineurine : tacrolimus (TAKROZEM® 0,1% pommade). Il est utilisé en 2^{ème} intention, chez les patients ne répondant pas aux corticostéroïdes, à raison d'une application biquotidienne. Cependant, son caractère gras ne facilite pas l'observance (66).

⇒ Traitement systémique (en cas de LED étendu ou réfractaire) : hydroxychloroquine (action régulatrice et anti-inflammatoire sur le système immunitaire).

En cas d'alopecie cicatricielle, des interventions chirurgicales peuvent être envisagées afin de masquer les cicatrices : soit une greffe capillaire sur la cicatrice, avec des cheveux prélevés sur la zone occipitale du cuir chevelu, soit une chirurgie réparatrice visant à reprendre la cicatrice pour la rendre plus discrète.

• Comment prendre en charge la maladie au comptoir ?

Si le patient ne connaît pas encore son diagnostic, il faut pouvoir repérer au comptoir les plaques rouges et squameuses bien limitées ainsi que les zones d'alopecie localisée et la sensibilité au soleil. Devant ces symptômes, il faut systématiquement orienter le patient vers un dermatologue. Il doit consulter rapidement afin d'éviter au maximum les séquelles définitives.

En revanche, si le diagnostic est connu, il faut conseiller le patient sur les traitements qui lui ont été prescrits et vérifier qu'il ne prend pas de traitements photosensibilisants. Le reste de la prise en charge passera par des conseils d'hygiène, de protection vis-à-vis du soleil, et d'utilisation de produits dermo-cosmétiques adaptés.

• Quels conseils peut apporter l'équipe officinale aux patients ?

- Rappeler les potentiels EI et les recommandations sur les différents traitements :
 - Dermocorticoïdes : atrophie cutanée pour des cures supérieures à 6 semaines.

- Tacrolimus topique : *cf partie lichen plan pilaire.*
- Hydroxychloroquine : *cf partie lichen plan pilaire.*
- La prise d'AINS est déconseillée car elle majore le risque de photosensibilité.
- Hygiène : utiliser des shampoings doux non irritants, sans sulfates et sans parfum.
- Arrêt du tabac (facteur aggravant et impact négatif sur l'efficacité de l'hydroxychloroquine).
- Protection solaire annuelle : elle est primordiale. Le patient doit éviter les rayons UV autant que possible et doit systématiquement se protéger le cuir chevelu avec un couvre-chef ou appliquer SOLAR PROTECT de chez Lazartigue, seule protection solaire capillaire SP50+ disponible sur le marché. Le LED affectant souvent aussi le visage, il va de soit de le protéger également avec une crème solaire indice 50+.
- Pratiquer une activité physique régulière : aide à améliorer la circulation sanguine, à réguler le système immunitaire et à apaiser le stress.
- Pratiquer des techniques de relaxation : respiration, méditation, sophrologie...
- Adopter une alimentation anti-inflammatoire.
- Déconseiller les gommages du cuir chevelu et les traitements anti-pelliculaires, trop irritants.
- Éviter les colorations, défrisages ou coiffures traumatisantes pour le cuir chevelu.
- Aromathérapie : les HE sont à éviter car souvent photosensibilisantes.
- L'impact psychologique du LED pouvant être important, il peut être nécessaire d'orienter les patients vers des groupes de soutien (exemple : forum lupus sur le site maladies rares info services), des associations (exemple : Lupus France) ou un psychologue.
- Si la chirurgie n'est pas envisagée, il faut proposer des alternatives comme le port de perruques, de foulards ou l'application de poudres capillaires densifiantes. Il existe aussi des prothèses capillaires que l'on peut apposer sur tout ou partie de la tête mais aussi la trichopigmentation réparatrice qui consiste à simuler la présence de cheveux sur les zones dégarnies à l'aide d'un tatouage médical (67).

Conseils

❌ A éviter : ❌

- SOLEIL**
- TABAC**
- Prise d'AINS** : risque de photosensibilité,
- Produits capillaires agressifs** : coloration, shampooings irritants, gommage, traitements antipelliculaires...
- Défrisages** ou **coiffures traumatisantes**

Rappeler les effets indésirables notables des traitements prescrits ainsi que les recommandations d'utilisation.

- Hygiène : utiliser des **shampooings doux** non irritants, sans sulfates et sans parfum.

- Protection solaire annuelle** :
 - éviter les rayons UV** (11h-16h ++)
 - couvre-chef**
 - appliquer une protection solaire capillaire **SP50+**
 - visage : crème solaire indice **50+**.
- Activité physique régulière : **apaise le stress, régule le système immunitaire.**
- Techniques de relaxation : **respiration, méditation, sophrologie...**

- Alimentation anti-inflammatoire.**
- Aromathérapie : les HE sont **à éviter** car souvent photosensibilisantes.
- Impact psychologique important : orienter vers **groupes de soutien, associations** (cf page 1) ou **psychologue.**
- Si la chirurgie n'est pas envisagée, proposer : **perruques, foulards, poudres capillaires densifiantes, prothèse capillaire** (sur tout ou partie de la tête), **trichopigmentation réparatrice** (simule la présence de cheveux sur les zones dégarnies à l'aide d'un tatouage médical).

Marche à suivre

- Diagnostic non posé : repérer les signes évocateurs et orienter systématiquement vers un dermatologue pour limiter le risque de séquelles définitives.
- Diagnostic connu : conseiller sur les traitements prescrits, vérifier l'absence de traitement photosensibilisant concomitant, photoprotection, conseils d'hygiène, usage de produits dermo-cosmétiques adaptés.

Les images issues du site Dermaweb by Pierre Fabre sont reproduites avec l'autorisation des ayants droit, dans le cadre d'un usage non commercial et d'une diffusion limitée.



Reconnaissance
Prise en charge
Officine



LUPUS ERYTHEMATEUX DISCOÏDE



Illustration générée par intelligence artificielle à l'aide de ChatGPT, OpenAI, 2025.

Adresses utiles pour les patients :

Forum : <https://forums.maladiesraresinfo.org/lupus-f56.html>

Association : <https://lupusfrance.com>

Réalisé avec Canva

Définition

Forme chronique et localisée de lupus cutané
(pas d'atteinte des organes internes).
Dermatose **inflammatoire auto-immune**.

Affecte : visage, oreille et **cuir chevelu** + autres zones exposées au soleil.

Prévalence :

- **Rare**, ~ 1 à 3 personnes pour 10 000
- Adultes jeunes âgés de **20 à 45 ans ++**
- **Nette prédominance féminine** (3:1)
- **Peaux foncées ++**



Facteurs favorisants :

- **Soleil** (facteur déclenchant majeur),
- **Tabac** (facteur aggravant),
- **Hormones féminines** (oestrogènes),
- **Prédisposition génétique**,
- **Stress**,
- Certains **médicaments**,
- **Microlésions** du cuir chevelu (grattage, traitements agressifs).



Reconnaissance

- Localisation : **visage, cuir chevelu, oreilles**,
- **Plaques bien délimitées, uniques ou multiples, érythémateuses, ± télangiectasies**,
- **Squames blanches** ± épaisses et adhérentes, s'enfonçant en clou dans les orifices folliculaires,
- Hyperkératose folliculaire : **ostias folliculaires bouchés**. Dermatoscopie → clods blanc-jaune orangé,
- **Halos blancs périfolliculaires**,
- **Atrophie cicatricielle centrale** des plaques,
- **Alopécie cicatricielle irréversible**,
- **Dépigmentation** ou **hyperpigmentation** des lésions anciennes,
- **Photosensibilité** fréquente (45 à 58% des cas)
- **Prurit** léger à modéré, **sensation de brûlure** ou d'**irritation localisée** et **sensibilité au toucher**.



Source : Dermaweb by Pierre Fabre

En cas de doute, une atteinte concomitante du visage peut permettre d'orienter le diagnostic vers un LED
→ lésions type masque en forme d'ailes de papillon.



Traitements

Objectifs : réduire l'inflammation, prévenir les poussées, limiter l'extension des lésions et éviter les cicatrices définitives.

Traitement local

Corticoïdes topiques de classe I ou II :

- **bétaméthasone**
- **clobétasol**
- **hydrocortisone**

→ Appliquer **1 fois/j, 5 j/sem** (pendant 6 semaines max). Des applications discontinues 2 à 3 j/sem peuvent être poursuivies pendant 2 à 3 mois.

Traitement local

Inhibiteur de la calcineurine :

- **tacrolimus** pommade

→ 2ème intention, pour les patients ne répondant pas aux corticostéroïdes. **2 fois/j**.

⚠ Gras → ne facilite pas l'observance

Traitement systémique :

(LED étendu ou réfractaire) :

- **hydroxychloroquine** (action régulatrice et anti-inflammatoire sur le système immunitaire).

En cas d'alopecie cicatricielle : interventions chirurgicales pour masquer les cicatrices (greffe capillaire ou chirurgie réparatrice).

3. Pathologies non inflammatoires et non infectieuses

a. Alopécie non cicatricielle

i. Alopécie androgénétique

• Qu'est-ce que l'alopécie androgénétique ?

L'alopécie androgénétique (AAG), plus communément appelée « calvitie », est la cause la plus fréquente d'alopécie non cicatricielle. C'est une forme d'alopécie d'évolution chronique mais variable, influencée par l'âge ainsi que des facteurs hormonaux et génétiques.

Elle est caractérisée par une miniaturisation progressive des follicules pileux sous l'influence de la dihydrotestostérone (DHT). C'est un processus graduel qui nécessite plusieurs cycles de pousse et qui n'affecte pas tous les follicules simultanément (68). Les cheveux deviennent plus fins et moins nombreux.

Elle peut concerner aussi bien l'homme que la femme, bien que les formes cliniques diffèrent selon le sexe. L'AAG masculine touche préférentiellement les régions fronto-pariétales et le vertex et l'AAG féminine touche plutôt la partie supérieure du crâne.

En raison de la forte charge symbolique que représente la chevelure dans la construction de soi, l'AAG a un impact psychologique considérable. De nombreux patients présentent donc des troubles anxieux ou dépressifs en lien avec cette atteinte.

• Quels en sont les symptômes ?

Les signes cliniques varient selon le sexe :

- Chez l'homme (fig. 28,29) :
 - Recul de la ligne fronto-temporale (formant des « golfes »), suivi d'une raréfaction des cheveux au niveau du vertex,
 - Au fil du temps, ces deux zones peuvent finir par confluer,
 - Persistance d'une couronne de cheveux au niveau des tempes et de la nuque,
 - Classification selon l'échelle de Hamilton-Norwood (stades I à VII) (fig. 30).
- Chez la femme (fig. 31) :
 - Élargissement de la raie centrale avec amincissement et raréfaction diffuse des cheveux sur la partie supérieure du cuir chevelu,
 - Ligne frontale généralement épargnée. Mais, chez les patientes atteintes d'hyperandrogénie ou ménopausées, on peut également observer un recul bitemporal,
 - Classification selon l'échelle de Ludwig (stades I à III) (fig. 32),
 - L'AAG féminine peut être associée à de l'acné, de l'hirsutisme et des règles irrégulières.

Il n'existe pas de signes inflammatoires associés et la chute est généralement progressive. Les cheveux deviennent plus fins, plus courts et moins pigmentés : c'est le phénomène de miniaturisation.



Figure 28 : AAG masculine avec atteinte fronto-temporale (68).

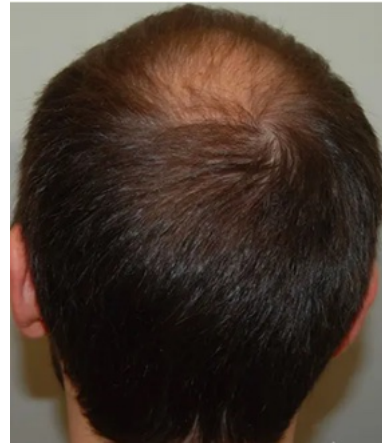


Figure 29 : AAG masculine avec atteinte du vertex (68).

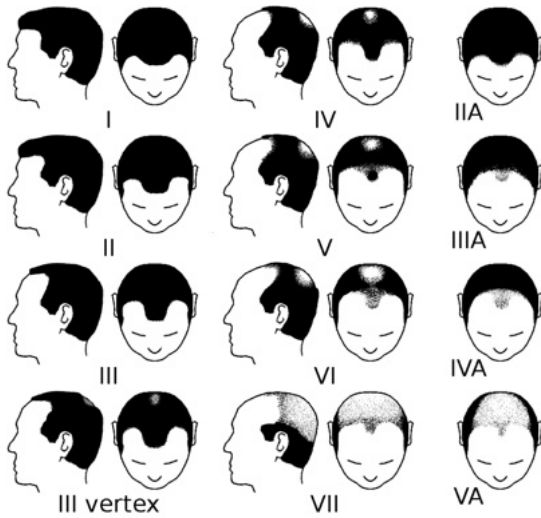


Figure 30 : Classification de l'AAG masculine selon l'échelle de Hamilton-Norwood (69).



Figure 31 : AAG féminine (68).



Figure 32 : Classification de l'AAG féminine selon l'échelle de Ludwig (70).

• Quelle est la prévalence de cette maladie ?

- Chez l'homme : environ 30 % à 30 ans, 50 % à 50 ans et 80 % à 70 ans. Le début est souvent précoce (après la puberté, parfois dès 20 ans). Les hommes caucasiens sont plus touchés que les hommes afro-américains et asiatiques.
- Chez la femme : 20% vers 40 ans, avec une augmentation significative après la ménopause (68,71).

L'AAG est donc extrêmement fréquente et constitue la cause la plus commune de perte de cheveux progressive.

• Quels sont les facteurs contribuant à cette chute de cheveux ?

Facteurs hormonaux :

- Androgènes : la DHT est le principal facteur déclenchant. Elle agit sur les follicules pileux génétiquement sensibles en réduisant leur durée de phase anagène (croissance) et en favorisant la phase télogène (chute). Le cycle du cheveu est alors accéléré et raccourci.
- Chez la femme, l'hyperandrogénie n'est pas systématique, mais peut exister (syndrome des ovaires polykystiques, troubles endocriniens). L'AAG féminine a également été décrite chez des patientes dépourvues de récepteurs aux androgènes. La cause peut alors être la prise de contraceptifs oraux, la prise de traitement hormonal substitutif de la ménopause (71) ou la ménopause elle-même (baisse des œstrogènes qui protègent les follicules pileux).

Facteurs génétiques :

- Chez l'homme, la contribution génétique à l'AAG est de nature polygénique. Le nombre de gènes prédisposant hérités, conditionne la précocité d'apparition et l'évolution de la perte capillaire (68).
- Antécédents familiaux souvent retrouvés (mère ou père atteints).

Facteurs environnementaux et de mode de vie (moins déterminants mais aggravants) :

- Stress chronique,
- Alimentation déséquilibrée,
- Tabac et alcool,
- Carences nutritionnelles,
- Pathologies associées (syndrome métabolique, troubles thyroïdiens).

• Quelle est la stratégie thérapeutique ?

Certains patients peuvent totalement accepter la perte de leurs cheveux et s'abstenir de prendre un traitement. Ces derniers se satisfont d'une coupe courte ou d'un rasage des cheveux. Cependant, ce phénomène peut fortement impacter la confiance en soi et donc nécessiter une prise en charge médicamenteuse ou médico-esthétique.

La prise en charge est différente selon le sexe, l'âge du patient, l'ancienneté de l'alopécie et les attentes du patient. L'objectif est de freiner l'évolution, favoriser la repousse et améliorer la qualité de vie.

	Chez l'homme	Chez la femme
Traitements médicamenteux	Minoxidil topique à 5 % : solution ou mousse à appliquer sur les zones sensibles aux androgènes à raison de 1 mL, 2 fois par jour (68). Mécanisme vasodilatateur et stimulateur de la phase anagène. Minoxidil 5mg <i>per os</i> : a l'avantage de ne pas provoquer d'irritation locale, de ne pas laisser de dépôt de produit sur le cuir chevelu et d'être plus facile d'utilisation. Contre-indiqué en cas de pathologie cardiaque (72).	Minoxidil topique à 2% : solution à appliquer à raison d'1 mL, 2 fois par jour. Minoxidil topique à 5% (hors AMM) : application d'1 mL, 1 fois par jour chez les femmes ayant une pilosité peu développée. Il n'est pas indiqué chez la femme noire ou très brune en raison d'un fort pourcentage d'hypertrichoses faciales. Minoxidil <i>per os</i>.
	Finastéride oral 1 mg/j : inhibiteur de la 5α-réductase de type II (réduction de la DHT). Finastéride en solution pour pulvérisation cutanée : 1 à 4 pulvérisations par jour en fonction de la surface de la zone dégarnie.	Spirolactone (Aldactone®) : action anti-androgène, hors AMM. Pilule contraceptive : régule les fluctuations hormonales. L'apport d'œstrogène peut stimuler la pousse des cheveux.
Greffe capillaire	Techniques chirurgicales généralement réservées aux formes avancées, chez des patients stabilisés. Exemples : autogreffe (par FUE ⁸ ou FUT ⁹), implantations de cheveux artificiels.	Microgreffes (uniquement si la densité capillaire est bonne).
Chirurgie réparatrice	Réduction de tonsure : elle n'est utilisée qu'en cas de perte très localisée (petite tonsure) et si la peau est suffisamment élastique.	/
Mésothérapie	Micro-injections dans le cuir chevelu de vitamines, minéraux et acides aminés nécessaires à la croissance du cheveu.	
Microneedling	Microperforations du cuir chevelu pour stimuler la repousse.	

⁸ FUE (Follicular Unit Extraction) : Prélèvement individuel de follicules un par un via micro-punch, puis implantation des greffons dans les zones dégarnies du cuir chevelu.

⁹ FUT (Follicular Unit Transplantation) : Prélèvement d'une bandelette de cuir chevelu à l'arrière de la tête, puis prélèvement des follicules de la bandelette et implantation dans les zones dégarnies du cuir chevelu. Cette technique laisse une cicatrice linéaire au niveau de la zone occipitale mais permet de réduire la durée de l'intervention.

Luminothérapie LED et laser de faible intensité	Ces traitements reposent sur la photobiomodulation qui part du principe que les follicules pileux ont besoin de lumière pour se régénérer. L'énergie lumineuse apportée est convertie en énergie chimique (ATP) qui favorise la régénération du bulbe.
Plasma Riche en Plaquettes	Injections de plasma enrichi en facteurs de croissance et en promoteurs de prolifération cellulaire, pour favoriser la régénération capillaire et améliorer le microenvironnement des follicules pileux. Il améliore la densité capillaire et entraîne peu d'effets indésirables (73) mais son efficacité reste limitée.

• Comment prendre en charge la maladie au comptoir ?

Le pharmacien joue un rôle essentiel dans l'accompagnement du patient atteint d'AAG, en tant que premier interlocuteur de santé.

Dépistage et orientation :

- Reconnaître les signes cliniques de l'AAG,
- Réaliser un rapide interrogatoire :
 - Perdez-vous vos cheveux depuis plusieurs mois ? Cela permet de distinguer une chute progressive d'une chute réactionnelle.
 - La perte est-elle localisée sur une zone en particulier ?
 - Y a-t-il des membres de votre famille touchés par la calvitie ?
- Identifier les signes d'appel d'autres alopecies (cicatricielles, pelades, effluvium télogène...),
- Orienter vers un médecin ou un dermatologue pour le diagnostic et la prise en charge.

Dispensation des traitements :

- Conseiller sur l'utilisation correcte des traitements,
- Prévenir des effets secondaires,
- Surveiller les contre-indications.

Accompagnement à l'observance :

- Souligner l'importance de la constance dans l'application et la prise des traitements.
- Encourager la poursuite du traitement au long cours malgré la lenteur des résultats.

Conseils en produits complémentaires :

- Produits antichute,
- Compléments alimentaires,
- Shampoing et soins adjuvants.

• Quels conseils l'équipe officinale peut-elle apporter aux patients ?

Hygiène et soins capillaires	- Shampoings doux et adaptés : 2 fois par semaine maximum, pour préserver l'équilibre du cuir chevelu. Des gammes spécifiques aux cheveux clairsemés ou fragilisés permettent de renforcer la fibre, apaiser le cuir chevelu et préparer le terrain pour une meilleure efficacité des traitements topiques,
------------------------------	---

	- Soins ciblés fortifiants et antichute en lotions, ampoules ou sérums : enrichis en actifs stimulants (comme l'aminexil, la caféine, des peptides ou des vitamines du groupe B), ces produits renforcent et limitent la miniaturisation des follicules pileux et stimulent la microcirculation du cuir chevelu. Exemples : TRIPHASIC PROGRESSIVE® de chez René Furterer, DERCOS AMINEXIL CLINICAL 5® de chez Vichy, - Limiter les agressions : favoriser les soins non occlusifs, limiter les colorations, lissages, permanentes, coiffures serrées, extensions et brushings fréquents, - Mode de séchage doux : sécher délicatement par un séchage à l'air tiède ou froid et éviter les frottements avec une serviette, - Massage du cuir chevelu : stimule la microcirculation et favorise l'assimilation des actifs, - Privilégier les taies d'oreiller et le port de bonnets de nuit en soie pour éviter les frottements et la casse des cheveux (45).
Traitements	Minoxidil topique : - Délai d'action : 3 mois. Une accentuation de la chute est possible pendant les 6 premières semaines de traitement, - Application : sur cuir chevelu sec. Ne pas faire de shampoing dans les 3 heures suivant l'application. Attendre 30 minutes avant de se coucher pour laisser le produit pénétrer et éviter la perte de produit sur l'oreiller. En cas d'exposition solaire après l'application, porter un couvre-chef, - Vérifier l'état du cuir chevelu avant l'application. En cas de pellicules, un traitement antipelliculaire devra être effectué au préalable, - Effet suspensif, - EI : hypertrichose faciale, irritations et démangeaisons. Pour la forme orale : baisse de la tension artérielle (donc contre-indiquée chez les personnes souffrant d'hypotension orthostatique). Finastéride : - Efficacité antichute observée dès 3 mois et repousse dès 6 mois (74), - Effet suspensif, - Dosage des antigènes prostatiques spécifiques avant de débiter le traitement, - EI : <i>cf partie lichen plan pilaire</i>, - Contre-indiqué chez la femme, notamment enceinte, - L'association de finastéride et de minoxidil topiques n'est pas recommandée. Spironolactone : - Délai d'action : amélioration de la densité capillaire notable après 12 mois à 100 mg/j, - Effet suspensif,

	- EI : hyperkaliémie, hypotension orthostatique, tératogénicité (nécessite la prescription d'une contraception efficace concomitante), - Surveillance de l'ionogramme plasmatique et de la fonction rénale, Pilule contraceptive : - Délai d'action : environ 3 mois. Les cycles pileux sont plus réguliers et les cheveux plus brillants, - EI : prise de poids, modification de l'humeur, augmentation du risque thromboembolique, - Contre-indiquée en cas d'antécédent de thrombose veineuse profonde et d'accident vasculaire cérébral.
Aromathérapie	Les préparations à base d'HE sont efficaces pour les chutes de cheveux dites « réactionnelles » mais n'ont pas prouvé leur efficacité sur la repousse des cheveux dans le cas de l'alopecie androgénétique. Mais, leur usage reste apprécié par certains patients en quête de solutions naturelles. On peut donc conseiller, par exemple, l'HE de cèdre de l'Atlas (contre-indiquée pendant la grossesse et l'allaitement et en cas d'antécédents de cancers hormonodépendants ou d'épilepsie) et de niaouli (contre-indiquée pendant le 1^{er} trimestre de grossesse et en cas d'antécédents de cancers hormonodépendants). L'HE de romarin (contre-indiquée pendant la grossesse et l'allaitement et en cas d'asthme ou d'épilepsie) semble être la seule alternative prometteuse, tant en terme d'efficacité que de tolérance (75,76). Elles peuvent être utilisées en complément d'un traitement allopathique, dans du shampoing, une huile végétale ou de l'eau florale d'ylang-ylang (aux propriétés stimulantes sur les cheveux), en massage du cuir chevelu.
Homéopathie	Selenium metallicum 9CH : indiqué dans l'alopecie à raison de 5 granules matin et soir (45).
Compléments alimentaires	A base de kératine, cystéine, méthionine, zinc, levure de bière ou encore de vitamines B5 (acide pantothénique) et B8 (biotine), ils soutiennent la synthèse de kératine et peuvent améliorer la qualité de la fibre capillaire. Leur efficacité reste modeste mais peut être utile en soutien, notamment en cas de terrain carencé, de chute associée au stress, de fatigue ou d'une alimentation déséquilibrée. Exemples : FORCAPIL ANTI-CHUTE® de chez Arkopharma, EFFLUVIUM® de chez NHCO.
Vie quotidienne	- Réduire le stress : encourager la méditation, le yoga, les exercices de respiration et une bonne hygiène de sommeil, - Avoir une alimentation équilibrée, riche en vitamines, minéraux, cystéine (ail, oignon, œuf) et méthionine (avocat, lentilles, oignon), - Éviter le tabac et l'alcool.
Aspect psycho-social	- Soutien : écouter les inquiétudes, orienter vers un psychologue si la souffrance est importante, - Prendre en charge les troubles anxieux ou dépressifs,

	- Solutions cosmétiques de masquage de l'alopecie : protheses capillaires, poudres densifiantes, maquillage capillaire, port de foulards et tatouage semi-permanent.
Information et observance	- Informer sur les limites du traitement : l'AAG est une affection chronique, les traitements permettent une stabilisation, rarement une restauration complete. - Observance : il est necessaire de poursuivre les traitements au long cours car un arret entrainerait une perte du benefice acquis en 3 à 6 mois.

Conseils

Hygiène et soins capillaires :

- **Shampoings doux et adaptés** : 2x/semaine max
- **Soins ciblés fortifiants et antichute** en lotions, ampoules ou sérums : enrichis en actifs stimulants (aminexil, caféine, peptides, vitamines du groupe B).
- **Limiter les agressions** : privilégier soins non occlusifs, éviter séchage à air chaud, colorations, lissages, permanentes, coiffures serrées, extensions et brushings fréquents.
- **Massage cuir chevelu** : stimule microcirculation + favorise assimilation des actifs
- **Taies d'oreiller et bonnets de nuit en soie.**

Traitements :

Minoxidil topique

- **Délai d'action** : 3 mois.
- + de chute les 6 premières semaines.
- **Application** : sur cuir chevelu sec. Pas de shampooing dans les 3h, ne pas se coucher dans les 30mins, protection solaire post application.

Finastéride

- **Action antichute** dès 3 mois, **repousse** dès 6 mois.

Spironolactone

- **Délai d'action** : amélioration notable à 12 mois.

Pilule contraceptive

- **Délai d'action** : 3 mois.

+ rappeler les effets indésirables et les contre-indications notables de ces traitements.

Compléments alimentaires :

Kératine, cystéine, méthionine, zinc, levure de bière, vitamine B5 et B8 → utile en cas de **carence**, chute liée au **stress**, **fatigue** ou **alimentation déséquilibrée**.

Vie quotidienne :

Réduire **stress** ; Bonne hygiène de **sommeil** ; **Alimentation** équilibrée ; Eviter **tabac**

Aspect psycho-social :

- **Soutien**, écoute et orientation psy si souffrance++
- PEC des troubles anxieux et dépressifs
- **Solutions de masquage** : **prothèses capillaires**, **poudres densifiantes**, **maquillage** capillaire, port de **foulards** et **tatouage** semi-permanent.

Aromathérapie :

Efficacité discutable sur la chute progressive mais usage apprécié car solution naturelle.
Ex : HE de **romarin**, de **niaouli** ou de **cèdre de l'Atlas**.
→ Dans shampooing ou huile végétale, en massage du cuir chevelu. ⚠ aux contre-indications !

Homéopathie :

Selenium metallicum 9CH → 5 granules matin et soir.

Information et observance :

- Limite du traitement : permet une **stabilisation** mais pas une **restauration complète**,
- **Observance** : poursuivre le ttt !! **Effet suspensif** !!
Arrêt = perte du bénéfice acquis en 3 à 6 mois.



Reconnaissance
Prise en charge
Officine



ALOPÉCIE ANDROGÉNÉTIQUE

ou calvitie




Illustrations générées par intelligence artificielle à l'aide de ChatGPT, OpenAI, 2025.

Les images issues du site Dermaweb by Pierre Fabre sont reproduites avec l'autorisation des ayants droit, dans le cadre d'un usage non commercial et d'une diffusion limitée.

Réalisé avec Canva

Définition

Miniaturisation progressive des follicules pileux sous l'influence de la dihydrotestostérone (DHT).

Processus graduel : nécessite plusieurs cycles de pousse et **n'affecte pas tous les follicules simultanément**.

Très fréquent.

Evolution chronique mais **variable** ; **influencée par âge, hormone et génétique**.

Touche l'homme (AAGM) et la femme (AAGF) :

- **AAGM** : début souvent **précoce** (après la puberté, parfois dès 20 ans),
- **AAGF** : augmentation significative après la **ménopause**.

L'AAG a un **impact psychologique** considérable. De nombreux patients développent donc des **troubles anxieux ou dépressifs**.

Facteurs contributants :

- **Facteurs hormonaux** : DHT, contraceptifs oraux, ménopause, traitement hormonal substitutif de la ménopause,
- **Facteurs génétiques**,
- **Facteurs environnementaux et mode de vie** (aggravants) : alimentation déséquilibrée, carences nutritionnelles, stress chronique, tabac, pathologies associées (syndrome métabolique, troubles thyroïdiens).

Reconnaissance

- **Chute** généralement **progressive**.
- Miniaturisation : les **cheveux deviennent plus fins, plus courts et moins pigmentés**.
- Pas de signes inflammatoires associés.

Homme :

- Recul de la ligne fronto-temporale ("**golfes**"), et **raréfaction** des cheveux au niveau du **vertex**,
- Avec le temps, ces 2 zones peuvent confluer,
- **Persistance d'une couronne** de cheveux au niveau des tempes et de la nuque.



Source : Dermaweb by Pierre Fabre

Femme :

- Élargissement de la **raie** centrale : amincissement et raréfaction **diffuse** des cheveux,



Source : Dermaweb by Pierre Fabre

- **Ligne frontale** généralement **épargnée**. Mais, chez les patientes atteintes d'hyperandrogénie ou ménopausée, on peut observer un recul bitemporal,
- L'AAGF peut être associée à de l'acné, de l'hirsutisme et des règles irrégulières.

Traitements

1ère option : **ne pas traiter**. Acceptation de la perte de cheveux par le patient (*coupe courte ou rasage*).

2ème option : **prise en charge médicamenteuse** ou **médico-esthétique** car perte de confiance en soi.

Traitements médicamenteux :

Minoxidil topique 5% : 1 mL, 2x/j
Minoxidil 5 mg per os : 1 cp/j
Finastéride per os : 1 mg/j
Finastéride topique : 1 à 4 pulv/j



Minoxidil topique 2% : 1 mL, 2x/j
(ou 5% hors AMM)
Minoxidil per os
Spironolactone : hors AMM
Pilule contraceptive



Greffe capillaire et chirurgie réparatrice :

- **Homme** : formes avancées, patients stabilisés. **Autogreffe**, implantations de cheveux artificiels, réduction de tonsure.
- **Femme** : microgreffes.

Autres : **Mésothérapie**, **Microneedling**, **PRP** (Plasma Riche en Plaquettes), **Luminothérapie LED et laser de faible intensité**.

Marche à suivre

- **Dépistage et orientation** :
 - reconnaître les signes
 - rapide interrogatoire : *Perdez-vous vos cheveux depuis plusieurs mois ? La perte est-elle localisée ? Autres membres de la famille touchés ?*
 - orienter vers médecin pour diagnostic et PEC
- **Dispensation des traitements** : conseils d'utilisation, effets secondaires, contre-indications
- **Accompagnement à l'observance**
- **Conseils de produits et d'hygiène**.

ii. Pelade

• Qu'est-ce que la pelade ?

La pelade est une perte soudaine de cheveux, en plaques rondes et irrégulières. La cause serait probablement une réaction auto-immune au cours de laquelle les défenses immunitaires (les lymphocytes T cytotoxiques) attaquent les follicules pileux. Ils sont alors détruits, mais pas de manière irréversible. Elle touche principalement le cuir chevelu, la barbe et parfois les cils et les sourcils.

Il en existe plusieurs types :

- Pelade en plaques (fig. 33) : forme la plus fréquente,
- Pelade décalvante ou totale (fig. 34) : atteinte du cuir chevelu étendue,
- Pelade ophiasique (fig. 35) : atteinte du côté et de l'arrière du cuir chevelu,
- Pelade sisaïpho : perte de cheveux sur tout le crâne sauf sur les côtés et l'arrière (à l'inverse de la pelade ophiasique),
- Pelade universelle : forme rare qui entraîne la chute de tous les poils du corps.

• Quels sont les symptômes de la forme la plus fréquente (fig. 33) ?

- Plaques rondes et irrégulières,
- Les plaques sont non prurigineuses, sans desquamation et non-inflammatoires,
- Chute soudaine et importante des cheveux,
- Cheveux cassés, courts, sur le pourtour des plaques,
- Symptômes associés mais non spécifiques : ongles striés ou rugueux. Jusqu'à 70% des patients, notamment chez les enfants et en cas de formes sévères (fig. 36,37) (77).



Figure 33 : Pelade en plaques (77).



Figure 34 : Perte totale des cheveux (77).



Figure 35 : Pelade ophiasique (77).



Figure 36 : Trachyonychie (77).



Figure 37 : Érosions ponctuées géométriques (77).

Afin de distinguer une pelade d'une alopecie androgénétique, le dermatologue peut avoir recours au test de traction. Ce geste clinique consiste à saisir une petite mèche d'environ 40 à 60 cheveux entre le pouce et l'index, au plus près du cuir chevelu, puis à tirer doucement mais fermement. Normalement, seuls deux à trois cheveux se détachent, ce qui correspond à un test négatif. Lorsque plus de 10 % des cheveux tombent, le test est considéré comme positif et traduit une alopecie active, comme c'est le cas dans la pelade. En revanche, dans l'alopecie androgénétique, le test reste généralement négatif, car la chute est progressive et liée à une miniaturisation des follicules plutôt qu'à une perte brutale.

- Quelle est la prévalence de cette maladie ?

La pelade toucherait 1 à 2% de la population générale. Elle peut survenir à tout âge mais débute le plus souvent avant 40 ans, avec un âge médian au moment du diagnostic de 33 ans (77). Les deux sexes sont touchés de manière similaire (78).

• Quels sont les facteurs contribuant à cette chute de cheveux ?

- Facteurs immunologiques,
- Facteurs génétiques : antécédents familiaux, prédisposition polygénique,
- Facteurs hormonaux : déclenchement ou aggravation possible en post-partum ou à la ménopause,
- Facteurs environnementaux :
 - Stress aigu ou chronique
 - Infections virales ou bactériennes
 - Traumatisme local
- Certains médicaments, notamment les anticorps monoclonaux.

• Quelle est la stratégie thérapeutique ?

Dans les cas les moins graves, le médecin peut décider de laisser la pelade se résoudre d'elle-même. La repousse peut alors prendre quelques mois. Cependant, chez certaines personnes développant une forme chronique, un traitement est nécessaire. De plus, les patients atteints de formes diffuses ont peu de chance de repousse.

Les objectifs des traitements seront d'arrêter la progression des plaques, de favoriser la repousse des cheveux et de prévenir les récives, tout en prenant en compte le retentissement psychologique important de la maladie.

Les corticoïdes sont reconnus comme étant les traitements de première ligne.

Traitements	Indications	Modes d'action	Effets indésirables
Dermocorticoïde de classe très forte (clobétasol). Application quotidienne pendant 6 à 12 semaines.	1 ^{ère} intention chez les enfants de moins de 12 ans, quelle que soit la sévérité de la maladie.	Inhibition de la réponse immunitaire locale et réduction de l'inflammation périfolliculaire.	Atrophie cutanée, hypopigmentation, irritation.
Corticoïde en intra-lésionnelle (triamcinolone). 1 injection toutes les 4 à 6 semaines.	Petites plaques isolées et atteinte des sourcils.		Atrophie cutanée localisée, hypopigmentation, télangiectasies, douleur ou inconfort au point d'injection.
Corticoïdes per os (prednisone)	1 ^{ère} intention chez les adultes atteints d'une forme sévère rapidement extensive.		Risque de rechute à l'arrêt, prise de poids, insomnie, troubles de l'humeur, ostéoporose, hypertension, diabète.
Diphénylcyclopropénone ou ester dibutylique de l'acide squarique	Pelade étendue et réfractaire aux autres traitements.	Immunothérapie topique provoquant une	Dermite de contact, hypo- ou hyperpigmentation

<i>(préparation magistrale hospitalière, non disponible en pharmacie de ville)</i>		légère irritation ou une légère allergie, ce qui peut parfois favoriser la croissance des cheveux plusieurs mois plus tard.	post-inflammatoire, photosensibilité.
Dithranol. Application d'une crème, 15 minutes par jour.	Enfants trop jeunes pour être traités par stéroïdes topiques ou adultes atteints de pelade en plaques.	Provoque une irritation modérée et contrôlée de la peau destinée à moduler la réponse auto-immune.	Irritation cutanée, coloration brunâtre ou violacée de la peau et des vêtements.
Méthotrexate <i>(associé ou non à des corticoïdes)</i>	Cas très sévères. Sa place reste à définir.	Immunosuppresseur.	Troubles digestifs, apparition de plaies dans la bouche et photosensibilité.
Ciclosporine <i>(associée ou non à des corticoïdes topiques ou systémiques)</i>	Pelade sévère, étendue ou universelle.	Immunosuppresseur (inhibiteur de la calcineurine).	Toxicité rénale, hypertension artérielle, rechute fréquente à l'arrêt.
Baricitinib	Pelades sévères (atteinte >50% du cuir chevelu) chez l'adulte.	Inhibiteurs des Janus kinases.	Ces inhibiteurs semblent bien tolérés à court terme (quelques cas d'infections urinaires et de rhinopharyngites), mais une prudence reste de mise en attendant plus de données à long terme sur le plan thrombotique et cardiovasculaire.
Ritlecitinib	Pelades sévères (atteinte >50% du cuir chevelu) chez l'adulte et l'adolescent dès 12 ans.		
Photothérapie par ultraviolets A après application de psoralène <i>(peu utilisé car succès limité et risque de rechute)</i>	Si les traitements conventionnels ne fonctionnent pas ou pour les formes très étendues.	Immunosuppression locale.	Rechute fréquente à l'arrêt, phototoxicité (brûlures, rougeurs), vieillissement cutané prématuré
Minoxidil en topique	En traitement adjuvant des corticoïdes ou du dithranol.	Stimule la pousse des cheveux et ralentit leur chute	Irritations locales, hypertrichose de la face.

• Comment prendre en charge la maladie au comptoir ?

Le rôle du pharmacien dans la prise en charge de la pelade est fondamental, tant sur le plan thérapeutique que psychologique. Il constitue un interlocuteur de première ligne, disponible pour l'écoute, le conseil et l'accompagnement d'un patient souvent en détresse face à une pathologie visible, imprévisible et parfois récidivante.

Lors de la première présentation au comptoir, le pharmacien peut contribuer à orienter le diagnostic en repérant des plaques glabres bien circonscrites et en identifiant les signes pouvant évoquer d'autres causes d'alopécie (formes cicatricielles, infectieuses...). Il oriente alors le patient vers une consultation dermatologique pour confirmer le diagnostic et initier une prise en charge adaptée.

Dans le cadre de la dispensation des traitements, le pharmacien informe précisément sur les modalités d'utilisation, les précautions d'emploi, les potentiels effets indésirables et la nécessité d'un suivi régulier.

Enfin, le pharmacien joue un rôle actif dans le suivi thérapeutique en encourageant l'observance, souvent mise à l'épreuve par l'absence de résultats immédiats. Il informe également le patient sur le risque de rechutes fréquentes.

• Quels conseils l'équipe officinale peut-elle apporter aux patients ?

Camouflage physique le temps de la repousse	Perruques médicales (prises en charge partielle par l'Assurance maladie sur prescription), prothèse capillaire, foulard et dermopigmentation. Si les cils et sourcils sont également atteints, on peut conseiller la pose de faux cils et le tatouage ou la dermopigmentation semi-permanente des sourcils.
Éviter les gestes agressifs sur le cuir chevelu	Traction, brossage intense, coloration, chaleur excessive.
Shampoings	Utiliser un shampoing doux sans sulfates ni alcool.
Compléments alimentaires	Zinc, fer, biotine, uniquement en cas de carences avérées.
Suivi médical	Encourager la consultation d'un dermatologue (diagnostic et suivi).
Soutien psychologique	- Être à l'écoute, ne pas minimiser le ressenti du patient, - Normaliser la maladie : expliquer son caractère fréquent, bénin, non contagieux et réversible dans de nombreux cas. Toutefois, il faut évoquer que c'est une maladie qui évolue par poussées et qui peut être chronique, - Recommander un accompagnement si l'impact émotionnel est important : psychologue ou associations de patients (exemples : association la tresse ou association alopecia areata). Les enfants et les adolescents sont particulièrement vulnérables à l'impact psychologique (harcèlement, isolement). Dans ce cas, un accompagnement parental et scolaire est recommandé.
Traitements	- Dermocorticoïde : appliquer une fine couche du produit, uniquement sur les plaques d'alopécie et bien se laver les mains après application. - Prednisone : prise le matin à jeun ou au cours du petit déjeuner, diminution progressive si le traitement est supérieur à 3 semaines,

	contrôle de la tension artérielle, du poids, de la calcémie et de la glycémie en cas de traitement prolongé. - Diphénylcyclopropénone ou ester dibutylique de l'acide squarique : photoprotection post-application. - Dithranol : informer le patient du mode d'action irritant du produit, de la nécessité d'une application courte et de la possible apparition de taches sur ses vêtements et sa peau. - Méthotrexate : prise hebdomadaire, photoprotection, contre-indiqué en cas de grossesse, d'allaitement et d'insuffisance hépatique. - Ciclosporine : prise à heure fixe, photoprotection, surveillance de la fonction rénale et de la tension artérielle. - Baricitinib et ritlecitinib : prise quotidienne, à heure fixe pour le baricitinib et en dehors des repas pour le ritlecitinib. Leur effet est partiellement suspensif, donc le traitement ne doit pas être interrompu de façon intempestive pour maintenir la repousse des cheveux. Contre-indiqués en cas de grossesse ou d'allaitement, avec nécessité d'une contraception efficace chez la femme en âge de procréer pendant le traitement et jusqu'à 1 semaine après l'arrêt du baricitinib et 1 mois après l'arrêt du ritlecitinib. Surveillance biologique avant et pendant le traitement. - Photothérapie : port de lunettes de soleil pendant et 24 heures après la séance, contre-indiqué en cas d'antécédents de cancers cutanés ou de photosensibilité.
--	--

Conseils

Camouflage physique le temps de la repousse :

Perruques, prothèse capillaire, foulard et dermopigmentation.

Cils : pose de faux cils / Sourcils : tatouage ou dermopigmentation semi-permanente.

Eviter les gestes agressifs sur le cuir chevelu :
Traction, brossage intense, coloration, chaleur.

Shampooings : doux, sans sulfates ni alcool.

Compléments alimentaires : Zinc, fer, biotine, uniquement en cas de carences avérées.

Suivi médical : encourager la consultation d'un dermatologue (diagnostic et suivi).

Soutien psychologique :

- **Être à l'écoute**, ne pas minimiser le ressenti du patient,
- **Normaliser la maladie** : fréquent, bénin, non contagieux et réversible dans de nombreux cas. Mais évoquer le caractère parfois chronique et les poussées.
- **Recommander un accompagnement** : psychologue ou associations de patients.
- **Enfants et adolescents** : très vulnérables à l'impact psychologique (harcèlement, isolement) → accompagnement parental et scolaire ++

Traitements :

- **Dermocorticoïde** : fine couche, uniquement sur les plaques, se laver les mains après application.
- **Prednisone** : prise le **matin**. Traitement >3 semaines → **diminution progressive** + contrôle **tension, poids, calcémie** et **glycémie**.
- **Diphénylcyclopropénone** ou **ester dibutylique d'acide squarique** : **photoprotection** post-application.
- **Dithranol** : **mode d'action irritant** du produit, **application courte** et **tâches** (vêtements et peau).
- **Méthotrexate** : **photoprotection**, prise **hebdomadaire**.
- **Ciclosporine** : **photoprotection**, prise à **heure fixe**, surveillance **fonction rénale** et **tension**.
- **Baricitinib** : prise à **heure fixe**, ne pas arrêter le traitement (car **effet suspensif**).
- **PUVA thérapie** : port de **lunettes de soleil** pendant et 24h après la séance.

+ rappeler les effets indésirables et les contre-indications notables de ces traitements.

Marche à suivre

- **Repérage au comptoir** : plaques glabres bien délimitées.
- **Orientation vers un dermatologue** : diagnostic et décision sur la nécessité ou non d'un traitement (*repousses parfois spontanées*).
- **Dispensation des traitements** : modalités d'utilisation, précautions d'emplois, EI possibles et nécessité d'un suivi régulier.
- **Soutien à l'observance** : motivation, patience face aux délais de repousse.
- **Information sur les risques de rechute**.
- **Conseils complémentaires** : hygiène douce du cuir chevelu, coiffage non agressif, accompagnement psychologique si besoin.



Reconnaissance
Prise en charge
Officine



PELADE

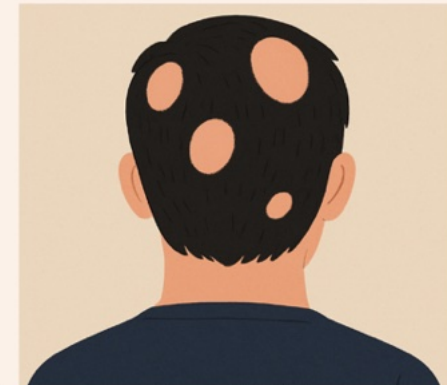


Illustration générée par intelligence artificielle à l'aide de ChatGPT, OpenAI, 2025.

Adresses utiles pour les patients :

Association : <https://latresseassociation.com/les-alopecies-feminines/>

Association Alopecia Areata (AAA)

Réalisé avec Canva

Définition

Perte soudaine de cheveux en plaques rondes et irrégulières.

Réversible OU chronique.

→ Ne nécessite pas toujours de traitement

Cause : réaction auto-immune.

Zones touchées : cuir chevelu, barbe, cils et sourcils.

Les différents types :

- **pelade en plaques** : la + fréquente
- **pelade décalvante ou totale**
- **pelade ophiasique** : atteinte du côté et de l'arrière du cuir chevelu
- **pelade sisaïpho** : inverse de l'ophiasique
- **pelade universelle** : perte de tous les poils du corps

Prévalence :

1 à 2% de la population
Âge médian au diagnostic : **33 ans**

Facteurs contributifs :

- **immunologiques**
- **génétiques** : atcd familiaux, prédisposition polygénique
- **hormonaux** : déclenchement ou aggravation en post-partum ou à la ménopause
- **environnementaux** : stress aigu ou chronique, infections virales ou bactériennes, traumatisme local
- **médicaments** (certains Ac monoclonaux)

Reconnaissance

Symptômes de la pelade en plaques :

- **plaques rondes et irrégulières**
- plaques **non prurigineuses, sans desquamation et non-inflammatoires**
- **chute soudaine et importante de cheveux**
- **cheveux cassés, courts, sur le pourtour des plaques**
- symptômes associés mais non spécifiques : **ongles striés ou rugueux**



Pelade en plaques



Pelade décalvante ou totale



Pelade ophiasique



Ongles striés



Ongles rugueux

Source des images ci-dessus : Dermaweb by Pierre Fabre



Traitements



- **Dermocorticoïde** : clobétasol
- **Corticoïde en intra-lésionnelle** : triamcinolone
- **Corticoïde per os** : prednisone
- **Baricitinib** (inhibiteur de JAK) : adulte
- **Ritlecitinib** (inhibiteur de JAK) : adulte et adolescent dès 12 ans
- **Diphénylcyclopropénone ou ester dibutylique de l'acide squarique** (immunothérapie topique, prép magistrale hospitalière, hors AMM)
- **Dithranol** (immunomodulateur) : crème à appliquer 15 mins /j
- **Méthotrexate** (immunosuppresseur)
- **Ciclosporine** (immunosuppresseur)
- **PUVA thérapie** (immunosuppression locale)
- **Minoxidil topique** (stimule la pousse et ralentit la chute)

b. Trichotillomanie

• Qu'est-ce que la trichotillomanie ?

La trichotillomanie est un trouble psychiatrique, généralement chronique. Elle est définie comme un arrachage compulsif de ses propres poils et/ou cheveux, malgré les efforts pour diminuer ou arrêter le comportement. Elle fait partie des troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés. La condition n'est pas le symptôme d'un autre trouble mental (comme la schizophrénie) et la perte de cheveux n'est pas due à une affection médicale (dermatologique) (79).

• Quels en sont les symptômes ?

- Arrachage répété des cheveux avec incapacité à résister à l'impulsion.
- Zones d'alopecie irrégulières, souvent fronto-pariétales ou au niveau du vertex (fig. 38,39). Cheveux cassés de tailles variables.
- Sensation de tension ou d'anxiété avant l'arrachage, puis soulagement ou plaisir après.
- Comportement parfois inconscient (automatisé) ou conscient (ritualisé).
- De nombreux patients avalent leurs cheveux, ce qui peut entraîner la formation de trichobézoards. D'autres pratiquent en plus le curage cutané ou se rongent les ongles.
- Impact sur la qualité de vie : honte, isolement social, anxiété, dépression.



Figure 38 : Alopecie engendrée par la trichotillomanie (80).



Figure 39 : Plaques alopeciques diffuses et irrégulières (81).

- Quelle est la prévalence de cette maladie ?

Environ 1 à 2% de la population générale serait concernée par l'arrachage de cheveux compulsif. Souvent, ce trouble débute entre 9 et 13 ans, avec une prépondérance féminine (80 à 90%) (80).

- Quels sont les facteurs favorisant la trichotillomanie ?

- Stress, anxiété, traumatismes émotionnels.
- Troubles psychiatriques associés : troubles obsessionnels-compulsifs, dépression, anxiété généralisée, trouble de déficit de l'attention avec/sans hyperactivité.
- Ennui ou périodes d'inactivité.
- Hypersensibilité sensorielle (recherche de sensations tactiles).
- Évènements de vie difficiles (deuil, harcèlement, divorce parental...).

- Quelle est la stratégie thérapeutique ?

⇒ Psychothérapie (en 1^{ère} intention) :

- Thérapie cognitivo-comportementale, notamment la thérapie de renversement d'habitude.
- Soutien psychologique, gestion du stress et des émotions.

⇒ Traitements médicamenteux par antidépresseurs (prescrits par un psychiatre ou par un dermatologue) : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS, en association avec une thérapie cognitivo-comportementale) ou clomipramine (également efficace contre les troubles obsessionnels-compulsifs).

Les posologies des traitements psychotropes utilisés dans la trichotillomanie sont variables et doivent être adaptées à chaque patient en fonction de la tolérance, de la réponse clinique et des comorbidités psychiatriques associées. Comme pour tout traitement psychotrope, une titration progressive est nécessaire, débutant à faible dose, avec des paliers d'augmentations hebdomadaires jusqu'à la dose efficace ou maximale tolérée.

⇒ Soins capillaires associés :

- Favorisant la repousse : Minoxidil.
- Camouflage capillaire : poudres densifiantes, perruques, prothèses capillaires.

- Comment prendre en charge la maladie au comptoir ?

- Accueil et écoute :
 - Aborder le sujet avec bienveillance et discrétion
 - Repérer les signes évocateurs : zones d'alopécie inégales, comportement anxieux.
- Orientation médicale : orienter vers un médecin généraliste, un psychiatre ou un dermatologue si le diagnostic n'est pas posé.
- Suivi du traitement : accompagner l'observance des traitements et informer sur les effets indésirables et les délais d'action.
- Soutien psychologique discret.

• Quels conseils peut apporter l'équipe officinale aux patients ?

- Rappeler au patient qu'il ne doit pas culpabiliser, que cette maladie n'est pas due à un manque de volonté mais que c'est bien un trouble qui se soigne.
- La trichotillomanie peut sensibiliser et/ou irriter le cuir chevelu, d'où la nécessité d'utiliser des shampoings doux (exemples : SENSINOL® de chez Ducray, EXTRA-GENTLE® de chez Lazartigue).
- Éviter les coiffures serrées, les colorations, les défrisages et la chaleur excessive.
- Favoriser la relaxation : exercices de respiration, yoga, méditation, sophrologie...
- Conseiller des techniques de substitution à l'arrachage : utilisation d'une balle anti-stress, tricot, dessin, *fidget toys*... tout objets ou loisirs qui occupent les mains.
- Établir une barrière physique douce : mettre un bonnet léger et/ou des gants.
- Se fixer des micro-objectifs : « *je tiens 1 heure, puis 3 heures sans arracher* ».
- Éviter les moments dits « à risque » comme le fait de passer du temps à se coiffer devant un miroir.
- Tenir un journal pour référencer les épisodes d'arrachage et donc mieux en connaître les déclencheurs.
- Participer à des groupes de soutien ou forums.
- Rappels des potentiels EI des différents traitements :
 - ISRS : nausées, vomissements, constipation (transitoires, en début de traitement), insomnies, troubles de la libido, de l'érection et de l'éjaculation, risque de levée de l'inhibition suicidaire en début de traitement (notamment chez les adolescents) et risque de virage de l'humeur.
 - Clomipramine : augmentation de l'appétit et du poids, incapacité à rester immobile, vertiges, tremblements, somnolence, vision trouble, hypotension orthostatique, nausées, constipation, sécheresse de la bouche, hypersudation, troubles de la miction, trouble de la libido et de l'érection, fatigue.
- Rappel sur le délai d'action des ISRS :
 - Le soulagement des symptômes peut prendre 4 à 6 semaines.
 - Ne pas interrompre le traitement sans avis médical, même en l'absence d'amélioration immédiate. Encourager l'observance.
 - Si il y a une aggravation de l'anxiété, des idées noires ou une agitation inhabituelle, il faut orienter le patient vers un médecin rapidement.
 - La prescription d'un ISRS est souvent accompagnée d'une benzodiazépine, le temps que l'antidépresseur fasse effet.

Conseils

- Rappeler au patient qu'il ne doit **pas culpabiliser**, que cette maladie n'est **pas dû à un manque de volonté** mais que **c'est bien un trouble qui se soigne**.
- Utiliser **shampoings doux**.
- **Eviter les coiffures serrées, colorations, défrisages, chaleur excessive**.
- Utiliser une **brosse souple**.
- **Relaxation** : exercices de **respiration, yoga, méditation, sophrologie...**
- **Techniques de substitution à l'arrachage** : utilisation d'une **balle anti-stress, tricot, dessin, fidget toys...** tout objets ou loisirs qui occupent les mains.
- **Éviter les moments dits « à risque »** (ex : *passer du temps à se coiffer devant un miroir*).
- **Etablir une barrière physique douce** : mettre un **bonnet léger** et/ou des **gants**.
- **Se fixer des micro-objectifs** : *"je tiens 1h, puis 3h sans arracher"*.
- **Tenir un journal pour référencer les épisodes d'arrachage** et donc **mieux en connaître les déclencheurs**.
- Participer à **groupes de soutien** ou **forums**.
- Rappeler les potentiels **effets indésirables** des différents traitements.

Rappel sur le délai d'action des ISRS :

- Le soulagement des symptômes peut prendre 4 à 6 semaines.
- Ne pas interrompre le traitement sans avis médical, même en l'absence d'amélioration immédiate → encourager l'observance.
- Si aggravation de l'anxiété, idées noires, agitation inhabituelle → orienter vers médecin rapidement.
- La prescription d'un ISRS est souvent accompagnée d'une benzodiazépine, le temps que l'antidépresseur fasse effet.

Marche à suivre

- **Accueil et écoute** :
 - Aborder le sujet avec bienveillance et discrétion
 - Repérer les signes évocateurs : zones d'alopécie inégales, comportement anxieux.
- **Orientation médicale** si le diagnostic n'est pas posé : généraliste, psy, dermato.
- **Suivi du traitement** : accompagner l'observance et informer sur les EI et les délais d'action.
- **Soutien psychologique** discret.

Les images issues du site Dermaweb by Pierre Fabre sont reproduites avec l'autorisation des ayants droit, dans le cadre d'un usage non commercial et d'une diffusion limitée.



Reconnaissance
Prise en charge
Officine



TRICHOTILLOMANIE



Illustration générée par intelligence artificielle à l'aide de ChatGPT, OpenAI, 2025.

Réalisé avec Canva

Définition

Trouble psychiatrique généralement chronique.

Fait partie des TOC et apparentés.

Arrachage compulsif de ses propres poils et/ou cheveux, malgré les efforts pour diminuer ou arrêter le comportement.

Prévalence :

- 1 à 2 % de la population,
- Débute entre 9 et 13 ans,
- Prépondérance féminine (80 à 90%). ♀

Facteurs favorisants :

- stress, anxiété, traumatismes émotionnels,
- troubles psychiatriques associés : TOC, dépression, anxiété généralisée, TDAH,
- ennui ou périodes d'inactivité,
- hypersensibilité sensorielle (recherche de sensations tactiles),
- événements de vie difficiles : deuil, harcèlement, divorce parental...

Reconnaissance

Symptômes :

- Arrachage répété des cheveux avec incapacité à résister à l'impulsion.
- Zones d'alopécie irrégulières (fronto-pariétales ou vertex).
- Cheveux cassés de tailles variables.
- Tension ou anxiété avant l'arrachage, puis soulagement ou plaisir après.
- Comportement inconscient (automatisé) ou conscient (ritualisé).
- Certains patients avalent leurs cheveux (possible formation de trichobezoards).
- Autres pratiques : curage cutané ou onychophagie.
- Impact sur la qualité de vie : honte, isolement social, anxiété, dépression.



Source : Dermaweb by Pierre Fabre

Traitements

Psychothérapie (en 1ère intention) :

- **Thérapie cognitivo-comportementale** (TCC), notamment la thérapie de renversement d'habitude.
- Soutien psychologique, gestion du stress et des émotions.



Traitements médicamenteux par antidépresseurs :

(prescrits par un psychiatre ou un dermatologue)

- **inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine** (en association avec une TCC)
- **clomipramine** (également efficace contre les TOC).



Soins capillaires associés :

- Favorisant la repousse : **Minoxidil**.
- Camouflage capillaire : poudres densifiantes, perruques, prothèses capillaires.



4. Pathologies tumorales du cuir chevelu

a. Introduction aux pathologies tumorales du cuir chevelu

Les pathologies tumorales cutanées regroupent un ensemble de lésions bénignes, précancéreuses ou malignes, issues de la prolifération anormale de cellules de l'épiderme ou de ses annexes.

Lorsqu'elles siègent au niveau du cuir chevelu, ces lésions peuvent passer longtemps inaperçues en raison de la présence de la chevelure, retardant ainsi le diagnostic. À l'inverse, chez les patients présentant une alopécie, et *a fortiori* un phototype clair, les lésions, bien que plus facilement visibles, peuvent évoluer de manière plus agressive en raison d'une moindre protection contre les rayonnements ultraviolets (UV).

En effet, du fait de son exposition chronique au rayonnement solaire, le cuir chevelu constitue une zone à risque accru de lésions tumorales, notamment chez les hommes chauves, les sujets âgés, les personnes au phototype clair et les patients immunodéprimés.

La fréquence des tumeurs cutanées est en constante augmentation en France, en lien avec le vieillissement de la population, la hausse de l'exposition aux UV (solaires ou artificiels), et une meilleure détection des lésions suspectes.

Parmi ces pathologies tumorales, on distingue classiquement :

- Les tumeurs malignes, dominées par les carcinomes cutanés (basocellulaires et épidermoïdes) et le mélanome,
- Les lésions précancéreuses, comme les kératoses actiniques (lésions précancéreuses du carcinome épidermoïde), qui représentent des formes intermédiaires entre le tissu sain et la tumeur invasive,
- Les tumeurs bénignes, telles que la kératose séborrhéique, sans potentiel évolutif mais pouvant prêter à confusion lors du diagnostic.

Le cuir chevelu et le cou représente environ 20% des cas de mélanomes cutanés (82). En revanche, pour les autres pathologies citées ci-dessus, les études disponibles sont insuffisantes et hétérogènes. Cela ne permet pas de déterminer précisément la proportion de cas localisés au niveau du cuir chevelu.

Les principales différences entre ces pathologies sont indiquées dans le tableau 4.

Tableau 4 : Comparatif présentant les principales différences entre un carcinome, un mélanome, une kératose actinique et une kératose séborrhéique.

Critère	Carcinome cutané (basocellulaire ou épidermoïde)	Mélanome	Kératose actinique	Kératose séborrhéique
Nature	Tumeur maligne d'origine kératinocytaire	Tumeur maligne des mélanocytes	Lésion précancéreuse issue des kératinocytes	Lésion bénigne d'origine épidermique
Caractère	Malin	Très malin, fort potentiel métastatique	Précurseur possible de carcinome épidermoïde	Strictement bénin

Apparence clinique	Papule, nodule ou ulcération, souvent croûteuse ou perlé	Tache pigmentée irrégulière ou nodulaire	Papule ou plaque rugueuse, squameuse, croûteuse	Plaque ou nodule brun, verruqueux, bien limité, aspect « collé »
Couleur	Chair, rose, rouge, parfois pigmentée	Brun, noir, bleu, voire amélanotique	Rougeâtre à brunâtre	Brun, noir, jaune, souvent hétérogène
Évolution	Croissance lente (basocellulaire) à plus rapide (épidermoïde)	Rapide, parfois lente (ex. Dubreuilh) ; potentiellement létale.	Lente, risque de transformation maligne	Très lente, pas de transformation maligne
Localisation fréquente	Zones photo-exposées	Zones photo-exposées ou non	Zones photo-exposées	Tronc, visage, cuir chevelu, zones séborrhéiques
Âge typique	> 50 ans	Tout âge (surtout 40-60 ans)	> 50 ans	> 50 ans
Facteurs favorisants	Exposition solaire chronique ou intermittente, phototype clair, âge	Exposition solaire, coups de soleil répétés, phototype clair, prédisposition génétique, nævi atypiques, âge.	Soleil chronique, âge, phototype clair, immunodépression	Facteurs génétiques, âge, terrain séborrhéique
Risque de malignité	Oui, mais faible	Oui, très élevé	Faible mais réel. Risque de transformation en carcinome épidermoïde $\approx$ 5% à 5-10 ans	Non
Prise en charge	Principalement exérèse chirurgicale	Exérèse, immunothérapie, thérapie ciblée, curage ganglionnaire	Cryothérapie, traitement topique, photothérapie, exérèse	Aucun traitement nécessaire sauf esthétique (exérèse)

Bien que ces pathologies diffèrent en termes de pronostic et de prise en charge thérapeutique, elles partagent plusieurs points communs :

- Des facteurs de risque similaires, dominés par l'exposition solaire chronique et cumulative aux rayons UV, mais également favorisés par le phototype clair, l'âge avancé, l'immunodépression, ainsi que certains antécédents personnels ou familiaux de cancers cutanés,
- Des manifestations cliniques parfois trompeuses, se traduisant par des lésions chroniques, évolutives, ulcérées ou croûteuses, souvent localisées sur les zones photo-exposées, et qui peuvent être initialement sous-estimées ou négligées par le patient,
- Des enjeux diagnostiques communs, liés au risque de retard de prise en charge si la lésion est confondue avec une atteinte bénigne ou considérée comme anodine.

Enfin, elles soulèvent toutes des enjeux majeurs de prévention et de dépistage précoce, où le rôle du pharmacien est central : sensibilisation aux risques des rayons UV, conseils en photoprotection adaptée (physique et chimique), éducation du patient à la surveillance régulière de son cuir chevelu et orientation rapide vers une consultation dermatologique en cas de suspicion.

Parmi l'ensemble des facteurs de risque impliqués dans la survenue de ces pathologies tumorales, l'exposition chronique aux rayons UV occupe une place centrale. En effet, le soleil représente à la fois le déterminant environnemental le plus fréquent et le plus évitable dans la genèse des cancers cutanés. Sa responsabilité est aujourd'hui largement documentée, tant dans l'initiation des lésions précancéreuses que dans l'évolution vers des formes malignes. Il apparaît donc essentiel de détailler les risques liés aux UV, ainsi que les mesures de prévention et les conseils que l'équipe officinale peut promouvoir auprès des patients.

Les rayons UV :

- UVB (280–320 nm) : responsables des coups de soleil, ils pénètrent dans l'épiderme et provoquent des lésions directes de l'ADN, favorisant les mutations oncogéniques,
- UVA (320–400 nm) : beaucoup plus abondants (95 % des UV reçus), ils pénètrent plus profondément dans le derme, induisent un stress oxydatif, accélèrent le vieillissement cutané et participent indirectement à la cancérogenèse,
- UVC (< 280 nm) : filtrés par la couche d'ozone, ils n'atteignent pas la surface terrestre.

L'exposition chronique, cumulative et répétée aux UV entraîne l'apparition de lésions précancéreuses (kératoses actiniques), puis de cancers cutanés (carcinomes basocellulaires et épidermoïdes, mélanome).

Données épidémiologiques :

En France, les cancers de la peau sont attribuables dans plus de 85% des cas à une exposition excessive aux ultraviolets (UV) naturels ou artificiels (83).

Prévention des risques liés aux UV :

Mesures comportementales :

- Éviter l'exposition solaire entre 12h et 16h en métropole et entre 10h et 14h en Outre-mer, notamment en été,
- Limiter la durée d'exposition cumulative au soleil, préférer l'ombre,
- Éviter totalement les cabines de bronzage,
- Protéger particulièrement les populations à risque : enfants (aucune exposition avant 3 ans), adolescents, personnes au phototype clair, patients immunodéprimés,
- Se méfier des faux amis : la réverbération des sols (neige, eau, sable), le vent qui diminue la sensation de chaleur, l'altitude, la latitude, les nuages qui ne protègent pas des UVA.

Protection vestimentaire :

- Porter des chapeaux à larges bords, casquettes ou foulards couvrant efficacement le cuir chevelu,
- Utiliser des textiles anti-UV pour le reste du corps, lors d'activités prolongées en extérieur (plage, sport),
- Porter des lunettes de soleil avec un filtre anti-UV (norme CE, catégorie 3 ou 4).

Photoprotection cutanée :

- Utiliser des écrans solaires à large spectre (UVA + UVB), avec un SPF (*sun protection factor*) adapté,
- Choisir une galénique adaptée au cuir chevelu : sprays, brumes, lotions fluides non grasses, permettant une application homogène entre les cheveux,
- Appliquer en quantité suffisante (2 mg/cm²) sur les zones découvertes du cuir chevelu (tonsure, raie, cicatrices, nuque). Par exemple, la quantité nécessaire pour couvrir le visage et le cou correspond à une cuillère à café rase. Une application insuffisante réduit considérablement la protection,
- Renouveler l'application toutes les 2 heures, après chaque bain, transpiration ou activité physique intense.

Comment choisir un écran solaire ?

Le choix d'un produit de photoprotection repose sur plusieurs critères complémentaires : le type de rayonnement à couvrir (UVA et UVB), le phototype du patient, la zone d'application et la forme galénique la mieux adaptée.

Le SPF exprime le niveau de protection contre les UVB. Les autorités de santé recommandent :

- Un SPF 30 minimum pour la population générale,
- Un SPF 50+ pour les phototypes clairs (I et II), les patients à risque (immunodéprimés, antécédents de cancers cutanés) et les zones particulièrement exposées comme le cuir chevelu dégarni.

Les produits solaires peuvent contenir :

- Des filtres chimiques (ou organiques), qui absorbent les UV. Ils ont pour avantages d'avoir une texture fluide, de ne pas coller et de ne pas laisser de traces blanches sur la peau. En revanche, ils doivent être appliqués 30 minutes avant l'exposition au soleil, ont une durée de vie limitée, peuvent provoquer une allergie ou une intolérance, peuvent être des perturbateurs endocriniens et avoir un impact écologique négatif, notamment sur les océans,
- Des écrans minéraux (ou physiques), qui réfléchissent les UV. Les formules minérales sont souvent mieux tolérées par les peaux sensibles et sont efficaces dès l'application, mais peuvent laisser un léger voile blanc et comporter des nanoparticules controversées.

Le choix de la texture est essentiel pour garantir une application homogène et confortable :

- Sprays transparents, brumes fluides ou lotions non grasses : recommandés pour les cuirs chevelus dégarnis, permettant une diffusion uniforme entre les cheveux sans effet gras,
- Sticks : utiles pour les zones localisées (tonsure, cicatrices, raie),
- Crèmes ou laits : plutôt destinés aux zones glabres (visage, nuque),
- Pour les chevelus, la seule protection solaire capillaire SPF 50+ disponible sur le marché est SOLAR PROTECT de chez Lazartigue.

Il est préférable de privilégier des formules résistantes à l'eau et non comédogènes, adaptées à un usage quotidien.

Enfin, pour garantir une protection optimale il faut respecter la date de péremption et la durée d'utilisation après ouverture, conserver le produit à l'abri de la chaleur et de la lumière directe du soleil et ne pas utiliser un produit ayant changé d'odeur, de couleur ou de texture.

b. Carcinome : épidermoïde et basocellulaire

• Qu'est-ce qu'un carcinome ?

Le terme "carcinome" désigne un cancer d'origine épithéliale. Au niveau du cuir chevelu, les deux types les plus fréquents sont :

- Le carcinome basocellulaire (CBC) : cancer cutané le plus fréquent, mais aussi le moins agressif. Il se développe à partir des cellules basales de l'épiderme. Il est localement invasif, mais métastase très rarement. Il existe 3 principaux types de carcinome basocellulaire : le nodulaire, le superficiel et le sclérodermoïde.
- Le carcinome épidermoïde : plus agressif que le CBC, il dérive des kératinocytes de la couche épineuse de l'épiderme. Il peut métastaser dans 2 à 5 % des cas, notamment lorsqu'il survient sur des lésions précancéreuses (kératoses actiniques) ou des terrains immunodéprimés. À un stade précoce, il peut se présenter sous forme « in situ », appelée maladie de Bowen, où les cellules tumorales restent limitées à l'épiderme.

Ces carcinomes font partie des cancers cutanés non mélanocytaires (non mélanomes) et concernent préférentiellement les zones photo-exposées, comme le cuir chevelu, surtout chez les hommes chauves.

• Quels en sont les symptômes ?

⇒ Le carcinome basocellulaire :

Le carcinome basocellulaire se retrouve le plus souvent sur les zones les plus exposées au soleil (visage, oreilles, cou, cuir chevelu, poitrine, épaules et dos). Son évolution est lente et sans douleur. Chez les personnes à la peau foncée, environ la moitié des lésions sont de couleur brune. Ce carcinome peut se présenter sous plusieurs formes :

- Nodulaire (la plus fréquente) : papule translucide ou nacré, parfois perlée, bien limitée et lisse avec présence de télangiectasies (fig. 40). Cette forme de carcinome siège le plus souvent au niveau de la tête et du cou et plus rarement au niveau des membres.



Figure 40 : Aspect typique d'un carcinome basocellulaire débutant (84).

- Superficiel : petite plaque rouge plane et érythémateuse, bien limitée et à extension lente et centrifuge (fig. 41). Les CBC superficiels sont souvent multiples, formant des plaques disséminées où chaque lésion évolue indépendamment. On les retrouve principalement sur le tronc et les membres.



Figure 41 : Carcinome basocellulaire superficiel (85).

- Sclérodermiiforme : plaque blanc jaunâtre, dure, mal limitée et ressemblant à une cicatrice (fig. 42). On retrouve cette forme près des orifices de la face.



Figure 42 : Carcinome basocellulaire sclérodermiiforme à la base d'une narine (86).

⇒ Le carcinome épidermoïde (fig. 43) :

- Localisation : zones les plus exposées au soleil ou dans la bouche,
- Lésion kératosique, croûteuse ou ulcéro-bourgeonnante qui ne se résorbe pas,
- Peut être douloureux, saigner ou suinter,
- Apparition plus rapide qu'un CBC,
- Plus susceptible de survenir sur des lésions préexistantes (cicatrices, brûlures, kératoses actiniques).



Figure 43 : Carcinome épidermoïde (84).

Il est important de noter que l'aspect des carcinomes est très variable. Ainsi, le seul moyen d'obtenir un diagnostic sûr est d'effectuer une biopsie sur un prélèvement de la tumeur.

• Quelle est la prévalence de la maladie ?

Les cancers cutanés non mélanocytaires représentent plus de 90 % des cancers cutanés :

- CBC : 70 à 80 % des cas. En France, l'incidence annuelle est estimée à plus de 80 000 nouveaux cas. Le CBC survient le plus souvent après 50 ans (87).
- Carcinome épidermoïde : 20 à 25 % des cas. En France, environ 15 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année.

L'augmentation du nombre de carcinomes cutanés est liée à plusieurs facteurs : le vieillissement de la population, l'exposition solaire, l'exposition aux UV artificiels et l'amélioration du dépistage.

En raison de la calvitie, les carcinomes du cuir chevelu touchent environ deux fois plus d'hommes que de femmes.

• Quels sont les facteurs favorisants ?

Les principaux facteurs de risque sont :

- Exposition solaire chronique ou intense (UVA et UVB),
- Exposition aux lampes UV artificielles (cabine de bronzage),
- Phototype cutané de type I ou II : peau très blanche, taches de rousseur nombreuses, cheveux blonds ou roux, yeux bleus ou verts,
- Alopecie masculine exposant le cuir chevelu,
- Âge avancé (l'incidence augmente après 50-60 ans),
- Maladies génétiques augmentant la sensibilité de la peau aux rayons UV (albinisme, *xeroderma pigmentosum* ou maladie des « enfants de la Lune »),
- Immunodépression (patients greffés, VIH...),
- Antécédents de radiothérapie,
- Exposition professionnelle (travailleurs en extérieur),
- Lésions précancéreuses : kératoses actiniques, cicatrices de brûlures, lupus érythémateux chronique.

• Quelle est la stratégie thérapeutique ?

L'objectif principal dans le traitement du carcinome est d'éradiquer la tumeur tout en conservant la fonction et l'esthétique de la zone atteinte.

Le traitement de première intention est chirurgical. Il existe 2 techniques :

- L'exérèse chirurgicale : elle consiste à retirer la tumeur ainsi qu'une partie des tissus alentours, appelée marge de sécurité (de 3 à 10 mm selon la nature et l'agressivité de la tumeur). Elle permet de limiter le risque de récurrence à moyen et à long terme.
- La chirurgie de Mohs : pour les localisations à haut risque de récurrence ou sur les zones à enjeu esthétique. Cette technique consiste à retirer la tumeur par fines couches successives, chacune étant analysée au microscope en temps réel, jusqu'à l'élimination complète des cellules cancéreuses.

Les autres options thérapeutiques, uniquement envisagées si la chirurgie est impossible ou contre-indiquée sont :

- Traitements locaux / non invasifs :
 - Cryothérapie : pour les petites lésions superficielles de CBC.
 - Thérapie photodynamique : traitement non chirurgical combinant l'application d'une crème photosensibilisante et de lumière spécifique sur la peau, indiqué pour les CBC superficiels (hors cuir chevelu). Elle est également indiquée dans les carcinomes épidermoïdes in situ.
 - Chimiothérapie topique :
 - 5-fluorouracile : application locale pour les lésions superficielles (AMM pour CE in situ) ou précancéreuses (kératoses actiniques).
 - Imiquimod : immunomodulateur topique pour certains CBC superficiels.
- Traitements systémiques / avancés :
 - Thérapies ciblées (vismodegib et sonidegib, inhibiteurs d'une voie de signalisation spécifique) : pour les CBC localement avancés ou métastatiques, inopérables.
 - Immunothérapie anti-PD1 (cémipimab et pembrolizumab) : pour traiter les carcinomes épidermoïdes de grande taille ou les personnes non éligibles à une chirurgie.
- Radiothérapie : en seconde intention, en complément d'une chirurgie incomplète ou chez les patients inopérables.
- Curage ganglionnaire : en cas de carcinome épidermoïde métastatique avec envahissement ganglionnaire.

Le traitement du carcinome basocellulaire est généralement très efficace. Toutefois, environ 25 % des patients développent une nouvelle lésion dans les 5 années suivant un premier épisode, le plus souvent à proximité du site initial ou sur une autre zone photo-exposées. Cela justifie un suivi dermatologique régulier et prolongé.

Concernant le carcinome épidermoïde, le pronostic est favorable lorsque la tumeur est retirée précocement. En revanche, en cas de métastases (dans les ganglions lymphatiques proches de la tumeur et plus rarement dans des organes à distance), la survie à 5 ans reste limitée, autour de 34 %, même avec traitement.

• Comment prendre en charge la maladie au comptoir ?

En cas de primo-consultation, si le carcinome n'est pas encore diagnostiqué, le pharmacien joue un rôle clé dans :

- Repérer la présence de lésions suspectes au niveau du cuir chevelu (ulcération chronique, lésion croûteuse ou perlée, évolution lente mais persistante),
- Orienter rapidement le patient vers un dermatologue,
- Conseiller une protection solaire stricte et adaptée.

Une fois le diagnostic posé, les missions du pharmacien évoluent et incluent :

- Vérifier l'observance du traitement prescrit,
- Expliquer l'usage des traitements topiques,
- Conseiller sur les soins post-chirurgicaux,
- Surveiller les effets secondaires des traitements systémiques,
- Assurer un accompagnement psychologique,
- Coordonner avec les autres professionnels de santé (dermatologue, médecin traitant),
- Rappeler l'importance d'un suivi de la peau par un professionnel.

Dans le cadre de la prise en charge des cancers cutanés, quelle que soit leur nature, la prévention primaire et secondaire est indispensable. L'éducation à la protection solaire et le dépistage précoce sont primordiaux.

• Quels conseils peut apporter l'équipe officinale aux patients ?

Protection et prévention solaire (prévention primaire)	<i>Cf introduction aux pathologies tumorales du cuir chevelu.</i>
Dépistage et autosurveillance (prévention secondaire)	- Auto-examen régulier du cuir chevelu pour repérer toute modification de la texture ou de l'apparence de celui-ci (nouvelles lésions, nodules ou plaies qui ne cicatrisent pas), à l'aide d'un miroir ou d'un proche, - Tenir un journal ou prendre des photos pour suivre l'évolution des lésions, - Consultation dermatologique annuelle ou plus fréquente selon les facteurs de risque (antécédents familiaux, phototype clair, expositions solaires intenses).
Adhésion, compréhension et effets indésirables des traitements	- Explication des traitements topiques et systémiques : durée, fréquence, mode d'application (avec des gants ou au doigt propre), - Surveiller les signes d'intolérance locale (érythème, prurit, suintement...), - Rappel systématique des effets indésirables possibles : irritation locale, rougeur, démangeaisons, réactions cutanées, fatigue ou autres effets liés aux traitements systémiques, - Encourager l'observance pour optimiser l'efficacité et prévenir les récurrences.
Soins post-chirurgicaux	Pansement adapté : - Utiliser un pansement hydrocolloïde ou compressif léger, maintenu par une bande souple ou un filet, - Changer selon prescription, généralement après 24-48 h. Toilette et shampoing : - Nettoyer doucement la zone avec un shampoing doux, sans sulfates, adapté aux cuirs chevelus fragilisés, - Éviter tout massage ou friction sur la cicatrice jusqu'à cicatrisation complète. Protection solaire : protéger la cicatrice des UV (chapeau ou bonnet, écran solaire). Crèmes cicatrisantes : - Appliquer uniquement après fermeture complète de la plaie, - Utiliser des produits adaptés (Cicalfate®, Cicaplast®, Ialuset®...) avec application délicate, sans arracher les cheveux. Surveillance locale : - Signes d'alerte : en cas de rougeur, chaleur, suintement, douleur intense ou retard de cicatrisation, consulter rapidement, - Observer la repousse des cheveux autour de la cicatrice. Conseils pratiques pour le patient : - Éviter de tirer ou brosser les cheveux proches de la cicatrice,

	- Respecter les recommandations de l'équipe chirurgicale et du dermatologue, - Éviter les colorations chimiques, les brushing et l'exposition à la chaleur pendant la phase de cicatrisation.
Soutien psychologique	- Écoute active et empathie face aux inquiétudes liées au cancer, à la chirurgie ou aux récides, - Désamorcer les peurs en expliquant clairement le suivi et les traitements, - Orientation vers un psychologue ou un groupe de soutien si nécessaire (<i>Ligue contre le Cancer</i>).
Coordination avec les professionnels de santé	- Encourager la communication avec le dermatologue et le médecin traitant, - Rappeler l'importance des consultations de suivi régulières pour prévenir les récides.

c. Mélanome

• Qu'est-ce qu'un mélanome ?

Le mélanome est une tumeur maligne d'origine mélanocytaire, développée à partir des cellules productrices de mélanine situées dans l'épiderme. Dans la majorité des cas (80 %), ce cancer survient sur une peau saine, mais il peut se développer à partir d'un grain de beauté préexistant, aussi appelé naevus. C'est le cancer cutané le plus grave en raison de son fort potentiel métastatique (ganglions, poumons, os, foie, cerveau).

Au niveau du cuir chevelu, il représente une localisation particulière car :

- Il peut rester longtemps masqué par les cheveux, retardant le diagnostic,
- Il est souvent plus agressif que sur d'autres zones cutanées,
- Il concerne préférentiellement les hommes, notamment en cas de calvitie.

• Quels en sont les symptômes ?

Le mélanome cutané se caractérise le plus souvent par la modification d'un naevus préexistant ou par l'apparition d'une lésion pigmentée (brun foncé ou noir, parfois rouge-rosé ou non colorée chez les peaux claires). Pour le repérage précoce, on utilise la règle ABCDE (fig. 44) :

- A pour Asymétrie : une moitié ne ressemble pas à l'autre,
- B pour Bords irréguliers, mal délimités,
- C pour Couleur non homogène, multiples,
- D pour Diamètre supérieur à 6 mm,
- E pour Évolution : changement d'aspect (taille, forme ou couleur) des taches pigmentées.



Figure 44 : Mélanome cutané (88).

Plusieurs formes cliniques et histologiques de mélanome peuvent être distinguées :

- Mélanome superficiel extensif : il apparaît initialement comme une tache ou un grain de beauté irrégulier, de couleur inhomogène. Dans un premier temps, il est plat et s'étend de manière centrifuge (extension horizontale), puis un petit relief apparaît (extension verticale). Il s'agit de la forme la plus fréquente (70–80 % des cas).
- Mélanome nodulaire : il se manifeste dès le départ par un nodule ou une saillie arrondie, noire ou parfois rosée, de consistance ferme, pouvant s'ulcérer, suinter ou saigner. Sa croissance est rapide (semaines à mois) et il représente 5–20 % des mélanomes.

- Mélanome de Dubreuilh : il ressemble à une tache brune de vieillesse mais est inhomogène, allant du noir au marron foncé, et s'étend très lentement sur les zones exposées au soleil (principalement le visage), touchant surtout les sujets âgés.
- Mélanome acral-lentigineux : observé sur les paumes, la plante des pieds ou aux ongles (bande noire > 6 mm, irrégulière), il touche des zones non exposées au soleil et est plus fréquent chez les sujets à peau noire ou foncée.
- Mélanomes des muqueuses : ils ne représentent que 1 à 2 % des mélanomes et touchent le nez, la bouche, la gorge, l'anus, le vagin et les voies urinaires.

Comme pour les carcinomes, l'aspect clinique d'un mélanome peut être trompeur et extrêmement polymorphe. Le diagnostic de certitude repose donc exclusivement sur l'examen histologique d'une exérèse.

• Quelle est la prévalence de la maladie ?

En France, le mélanome cutané représente 2 à 3 % de l'ensemble des cancers, occupant le 8^e rang chez l'homme et le 6^e chez la femme. Près de 18 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année.

Son incidence est en forte progression depuis 1980, faisant du mélanome le cancer dont la fréquence augmente le plus rapidement. Le pic d'incidence survient entre 40 et 50 ans, avec un âge moyen au diagnostic de 60 ans chez la femme et 66 ans chez l'homme (89,90).

• Quels sont les facteurs favorisants ?

Les facteurs de risque à rechercher sont :

- Phototype cutané de type I ou II, taches de rousseurs (éphélides) nombreuses,
- Phénotype naevique¹⁰ (nævi > 50, nævus cliniquement atypique, nævus congénital géant),
- Antécédent personnel ou familial de mélanome,
- Exposition solaire et antécédent de brûlures solaires (notamment avant 15 ans),
- Exposition aux UV artificiels,
- *Xeroderma pigmentosum*,
- Immunodépression.

• Quelle est la stratégie thérapeutique ?

Le traitement du mélanome cutané est essentiellement chirurgical : toute lésion suspecte doit faire l'objet d'un geste chirurgical. Selon le stade de la maladie, le type histologique, la localisation du mélanome et l'état général du patient, d'autres traitements peuvent être envisagés, tels que le curage ganglionnaire, l'immunothérapie, la thérapie ciblée ou la radiothérapie (tableaux 5 et 6).

¹⁰ Phénotype naevique : c'est le nombre et le type de nævus, résultant de la génétique et des expositions solaires.

Tableau 5 : Options thérapeutiques en fonction du stade du mélanome cutané.

Stade	Options thérapeutiques
Stade I et II	Breslow¹¹ < 0,8 mm : exérèse chirurgicale seule*. Breslow ≥ 0,8 mm : analyse du ganglion sentinelle¹² (GS) - GS négatif : pas de traitement adjuvant - GS positif (reclassification en stade III) : - Bilan d'extension (scanner, PET-scan) négatif (pas de métastases à distance) • Le statut mutationnel BRAF n'est pas utilisé pour décider du traitement • Immunothérapie néoadjuvante pendant 1 an (nivolumab, pembrolizumab) - Bilan d'extension positif (métastases détectées, reclassification en stade IV) : traitement adjuvant selon la mutation BRAF : • BRAF muté : bithérapie ciblée (anti-BRAF + anti-MEK : dabrafénib + tramétinib) ou immunothérapie anti-PD1 (nivolumab, pembrolizumab) • BRAF non muté : immunothérapie anti-PD1
Stade III	Atteinte ganglionnaire résécable : curage ganglionnaire puis même stratégie que pour GS positif. Atteinte ganglionnaire non résécable : - BRAF muté : bithérapie ciblée (anti-BRAF + anti-MEK) ou immunothérapie anti-PD1 (si maladie peu évolutive) - BRAF non muté : immunothérapie combinée (anti-PD1 + anti-CTLA4) ou immunothérapie anti-PD1 seule, ± radiothérapie (métastases osseuses/cérébrales).
Stade IV	Métastases résécables : exérèse chirurgicale + traitement systémique (nivolumab) ± radiothérapie si atteinte os/cerveau. Métastases non résécables/viscérales : - BRAF muté : bithérapie ciblée (anti-BRAF + anti-MEK) ou immunothérapie anti-PD1 si maladie peu évolutive - BRAF non muté : immunothérapie combinée (anti-PD1 + anti-CTLA4) ou immunothérapie anti-PD1 seule ± radiothérapie (os/cerveau)
Lésion non résécable	Le statut BRAF détermine le traitement systémique à instaurer : - BRAF muté : bithérapie ciblée (anti-BRAF + anti-MEK) ou immunothérapie anti-PD1 si maladie peu évolutive - BRAF non muté : immunothérapie combinée (anti-PD1 + anti-CTLA4) ou immunothérapie anti-PD1 seule ± radiothérapie (os/cerveau) De plus, un bilan d'imagerie est réalisé pour localiser d'éventuelles métastases qui justifieraient une prise en charge locale (exemple : radiothérapie ciblée).

¹¹ Indice de Breslow : il correspond à la profondeur d'invasion verticale du mélanome dans la peau, mesurée en millimètres au microscope. Plus l'indice est élevé, plus le risque de récurrence et de métastases est grand.

¹² Ganglion sentinelle : c'est le premier ganglion lymphatique qui reçoit le drainage de la tumeur. C'est donc le site le plus probable de dissémination initiale du mélanome.

* Le chirurgien procède dans un premier temps à l'exérèse de la tumeur sous anesthésie locale. Après analyse microscopique confirmant la nature cancéreuse de la lésion, il réalise une exérèse élargie sous anesthésie générale, retirant davantage de peau saine autour de la zone initiale afin d'éliminer d'éventuelles cellules cancéreuses résiduelles.

Après l'exérèse chirurgicale, une chirurgie reconstructrice peut s'avérer nécessaire afin de restaurer l'intégrité et l'aspect esthétique du cuir chevelu.

Tableau 6 : Résumé des options thérapeutiques en fonction du stade de la maladie (91).

STADE	CHIRURGIE	IMMUNOTHÉRAPIE	THÉRAPIE CIBLÉE	CHIMIOTHÉRAPIE	RADIOTHÉRAPIE
I	OUI	NON	NON	NON	NON
II	OUI	Cas par cas	NON	NON	NON
III	OUI + curage ganglionnaire	Cas par cas	Cas par cas	NON	Cas par cas
IV	Cas par cas	OUI (ciblée)	<i>BRAF</i> muté	Cas par cas	Cas par cas (métastases)

La chimiothérapie n'est que très peu utilisée en pratique courante à cause des résultats bien supérieurs des immunothérapies et des thérapies ciblées.

• Comment prendre en charge la maladie au comptoir ?

Le pharmacien et son équipe doivent :

- Repérer les patients à risque et les orienter vers une surveillance dermatologique régulière,
- Devant une lésion suspecte : ne pas manipuler, orienter rapidement vers un dermatologue (urgence relative) et, dans l'attente de la consultation, conseiller une protection solaire stricte,
- Rappeler que le diagnostic précoce améliore le pronostic,
- Si le diagnostic est déjà connu : vérifier l'observance thérapeutique, encourager le respect du suivi spécialisé, offrir un soutien psychologique et relationnel et soutenir le patient dans la gestion des effets indésirables liés aux traitements systémiques.

• Quels conseils peut apporter l'équipe officinale aux patients ?

Protection et prévention solaire	<i>Cf introduction aux pathologies tumorales du cuir chevelu.</i>
Dépistage et autosurveillance	- Auto-examen régulier du cuir chevelu pour repérer toute modification de la texture ou de l'apparence de celui-ci en s'aidant de la méthode ABCDE (aspect des grains de beauté préexistants et surveillance des nouvelles taches), - Tenir un journal ou prendre des photos pour suivre l'évolution des taches pigmentées, - Consultation dermatologique annuelle ou plus fréquente selon les facteurs de risque (antécédents familiaux, phototype clair, expositions solaires intenses).

Adhésion, compréhension et effets indésirables des traitements	- Rappel systématique des effets indésirables possibles : - Immunothérapie : rashes, prurit, dysthyroïdies, diarrhées, colites, hépatites, pneumopathie, arthralgies, myalgies, fièvre, syndrome pseudo-grippal, fatigue, perte d'appétit, - Thérapie ciblée : rhinopharyngite, diminution de l'appétit, céphalées, sensations vertigineuses, hypertension, hémorragie, toux, douleur abdominale, constipation, nausées, vomissements, diarrhées, sécheresse cutanée, prurit, éruption cutanée, érythème, arthralgie, myalgie, douleur dans les extrémités, spasmes musculaires, fatigue, frissons, asthénie, œdème périphérique, pyrexie, syndrome pseudo-grippal, augmentation des ALAT et ASAT, papillome, hyperkératose, alopecie, éruption cutanée, syndrome main-pied, - Radiothérapie : rougeur, irritation de la peau, maux de tête en cas d'irradiation cérébrale, fatigue, chute de cheveux temporaire ou définitive en fonction de la dose reçue. - Encourager l'observance pour optimiser l'efficacité et prévenir les récides, - Orienter rapidement vers le médecin ou l'oncologue en cas de symptômes inhabituels (fièvre persistante, douleurs thoraciques, éruption étendue, diarrhée sévère, jaunisse...), - Proposer des soins de support : crèmes émollientes, shampoings doux, soins apaisants, traitement du prurit, prévention du syndrome main-pied (hydratation, gants et chaussettes en coton, éviter les frottements).
Soins post-chirurgicaux	<i>Cf partie carcinome</i>
Soutien psychologique	<i>Cf partie carcinome</i>
Coordination avec les professionnels de santé	<i>Cf partie carcinome</i>

d. Kératose actinique

• Qu'est-ce que la kératose actinique ?

Les kératoses actiniques sont caractérisées par des altérations de la différenciation et de la prolifération des kératinocytes. Ce sont des lésions précancéreuses. En effet il existe un risque imprévisible d'évolution vers un carcinome épidermoïde, après quelques mois ou quelques années. Ainsi, ces lésions doivent être systématiquement traitées.

Comme pour les autres cancers cutanés, elles sont favorisées par un phototype clair et par les peaux chroniquement soumises au soleil. Par conséquent, on les retrouve particulièrement chez les sujets âgés et chauves.

• Quels en sont les symptômes ?

- Lésions brun-rouge croûteuses, plus ou moins épaisses, adhérentes (fig. 45),
- Lésions rugueuses et squameuses à la palpation,
- Taille : quelques millimètres à quelques centimètres de diamètre,
- Localisation : zones photo-exposées,
- Lésions uniques ou multiples,
- Régression spontanée et récurrences possibles,
- Lésions souvent asymptomatiques mais pouvant devenir prurigineuses ou douloureuses.



Figure 45 : Kératose actinique du cuir chevelu (88).

• Quelle est la prévalence de la maladie ?

La prévalence des kératoses actiniques varie selon l'âge, le phototype et l'exposition solaire cumulée. En France, la prévalence est de 72 % chez les sujets caucasiens de plus de 75 ans (92). Ces lésions font l'objet de près de 700 000 consultations de dermatologie par an. Les hommes sont plus touchés que les femmes avec un *sex ratio* (M/F) de 1,35 en France (93).

La progression vers un carcinome épidermoïde cutané est estimée entre 0,025 et 16 % selon les études (92).

• Quels sont les facteurs favorisants ?

Les principaux facteurs favorisants incluent :

- Exposition solaire chronique (exposition répétée aux UV, notamment dans les zones géographiques à fort ensoleillement),
- Phototype clair (types I et II), plus sensibles aux effets des UV,
- Âge avancé, lié à l'accumulation des dommages cutanés,

- Terrain immunodéprimé, notamment chez les patients sous immunosuppresseurs ou après une greffe d'organe,
- Antécédents de cancers cutanés, augmentant le risque de récurrence ou de nouvelles lésions,
- *Xeroderma pigmentosum*, albinisme.

• Quelle est la stratégie thérapeutique ?

Le traitement des kératoses actiniques vise à prévenir leur évolution vers un carcinome épidermoïde invasif. Les options thérapeutiques incluent :

- Cryothérapie (congélation avec de l'azote liquide) : traitement de première intention, efficace pour les lésions isolées ou peu étendues,
- Médicaments topiques :
 - Imiquimod : immunomodulateur stimulant l'induction locale des cytokines, entraînant une réaction inflammatoire locale intense,
 - 5-fluorouracile : antimétabolite inhibant la synthèse de l'ADN et entraînant la mort des cellules lésées, utilisé pour les lésions multiples ou étendues,
 - Diclofénac : anti-inflammatoire topique parfois utilisé dans certaines formes légères,
 - Tirbanibuline : inhibiteur des microtubules qui induit la mort des cellules lésées.
- Photothérapie dynamique : utilisation de la lumière après application d'un photosensibilisant, efficace pour les lésions multiples ou étendues.
- Chirurgie : exérèse chirurgicale pour les lésions isolées, épaisses ou suspectes.

Le choix du traitement dépend de la localisation, de la taille, du nombre de lésions et de l'état général du patient.

• Comment prendre en charge la maladie au comptoir ?

Le rôle du pharmacien est essentiel dans la prévention, la détection précoce et le suivi des kératoses actiniques :

- Rassurer le patient : informer sur la nature bénigne des lésions tout en soulignant l'importance d'une surveillance régulière,
- Conseiller une photoprotection stricte : *cf introduction aux pathologies tumorales du cuir chevelu*,
- Encourager l'autosurveillance cutanée : informer le patient sur les signes de transformation maligne (modification de la taille, de la couleur, saignement),
- Orienter vers un dermatologue : en cas de doute diagnostique, de lésion évolutive ou de terrain à risque.

• Quels conseils peut apporter l'équipe officinale aux patients ?

- Photoprotection quotidienne renforcée,
- Utilisation de savons doux et de shampoings non irritants,
- Hydrater la peau quotidiennement avec des crèmes émollientes et particulièrement sur les zones sèches et squameuses,
- Appliquer localement des crèmes apaisantes ou kératorégulatrices (urée, acide lactique, faible concentration d'acide salicylique), uniquement après avis médical,
- Éviter les gommages agressifs, brossages trop vigoureux ou rasages fréquents sur les lésions,

- Maintenir une hydratation quotidienne (1,5 L d'eau minimum par jour) et favoriser une alimentation riche en antioxydants pour soutenir la santé cutanée,
- Encourager l'auto-examen cutané mensuel, noter les modifications de taille, couleur ou relief et photographier les lésions pour mieux suivre leur évolution,
- Signaler immédiatement toute lésion qui saigne, démange intensément, s'infecte ou évolue rapidement,
- Réorienter vers un dermatologue si nécessaire,
- Rappeler les effets indésirables des traitements : les traitements topiques peuvent provoquer une inflammation (rougeur et desquamation) et une douleur pendant le traitement et jusqu'à 1 à 2 semaines après. La photothérapie dynamique peut également provoquer une inflammation.
- Pour favoriser la cicatrisation des lésions, une crème cicatrisante peut être appliquée en complément des traitements topiques.

e. Kératose séborrhéique

- Qu'est-ce que la kératose séborrhéique ?

La kératose séborrhéique est une tumeur cutanée bénigne, d'origine épidermique, fréquemment observée chez l'adulte et le sujet âgé. Elle est caractérisée par une prolifération des kératinocytes immatures. Bien que leur aspect puisse parfois évoquer une lésion maligne, notamment un carcinome basocellulaire ou un mélanome, la kératose séborrhéique reste totalement bénigne et ne présente aucun potentiel de transformation cancéreuse.

- Quels en sont les symptômes ?

Les kératoses séborrhéiques (fig. 46) se présentent sous forme de lésions verruqueuses, lisses, squameuses ou croûteuses, bien limitées (rondes ou ovales), de couleur variable (jaunâtre, brune ou noire). Leur surface est kératosique, parfois décrite comme « collée à la peau ». Les lésions peuvent apparaître isolément, mais sont souvent multiples chez les sujets âgés. Elles siègent préférentiellement sur les zones photo-exposées, notamment le visage, le tronc supérieur et le cuir chevelu chez les sujets dégarnis.



Figure 46 : Kératose séborrhéique du cuir chevelu (94).

Les lésions sont généralement asymptomatiques, mais peuvent devenir prurigineuses, irritées ou croûteuses lorsqu'elles sont soumises à des frottements répétés ou à des traumatismes (peigne, casque, brosse à cheveux...). Leur évolution est lente et elles ne régressent pas spontanément.

- Quelle est la prévalence de la maladie ?

La kératose séborrhéique est l'une des tumeurs cutanées bénignes les plus fréquentes. Sa prévalence augmente nettement avec l'âge : elle touche environ 30 % des adultes de plus de 40 ans et jusqu'à 80 % des personnes de plus de 60 ans. Elle concerne aussi bien les hommes que les femmes, sans prédominance de sexe marquée.

- Quels sont les facteurs favorisants ?

Les principaux facteurs favorisants sont :

- Le vieillissement cutané, principal déterminant de la survenue des kératoses séborrhéiques,

- Le vieillissement actinique lié à une exposition solaire chronique, qui favorise l'apparition des lésions sur les zones découvertes (visage, **cuir chevelu dégarni**, mains),
- La prédisposition génétique, certaines formes familiales étant décrites,
- Certains déséquilibres hormonaux tels que le syndrome des ovaires polykystiques jouent un rôle dans l'apparition de cette kératose,
- Le phototype clair (I et II), plus sensible aux effets cumulatifs des UV.

Contrairement aux carcinomes et aux mélanomes, l'exposition solaire ne joue pas ici un rôle causal direct, mais semble plutôt accélérer la formation des lésions dans les zones exposées.

• Quelle est la stratégie thérapeutique ?

La kératose séborrhéique étant bénigne, son traitement n'est pas nécessaire. Cependant, si les lésions engendrent une gêne esthétique ou qu'elles sont irritées, prurigineuses ou suintantes, elles peuvent être enlevées par cryothérapie (à l'aide d'azote liquide), par curetage (à l'aide d'une curette) ou par laser. L'exérèse chirurgicale reste exceptionnelle, réservée aux cas où le diagnostic clinique est incertain et nécessite un examen histologique.

• Quels conseils peut apporter l'équipe officinale aux patients ?

La prise en charge officinale repose essentiellement sur l'information et la surveillance. Le rôle du pharmacien consiste à :

- Rassurer le patient sur la nature bénigne des lésions, tout en soulignant la nécessité d'un diagnostic médical pour toute lésion pigmentée, d'aspect irrégulier ou sujette à modification (taille, couleur, saignement), afin d'éliminer un mélanome,
- Conseiller une photoprotection adaptée, notamment sur le cuir chevelu dégarni, afin de prévenir le vieillissement cutané et l'apparition de nouvelles lésions : utilisation régulière de crèmes solaires à haute protection (SPF 50+), port d'un chapeau ou d'une casquette,
- Prévenir les irritations locales, en recommandant des gestes doux lors du coiffage et l'usage de shampoings ou savons doux, ainsi que des produits cosmétiques non irritants ; privilégier les crèmes nourrissantes ou émollientes pour maintenir une peau hydratée et éviter la desquamation,
- Adoucir la surface des lésions et améliorer le confort cutané, par exemple grâce à des gommages doux et réguliers, à des soins kératorégulateurs (urée, acide lactique, acide salicylique à faible concentration) ou à l'huile de ricin pour apaiser les inflammations, en rappelant de demander l'avis d'un médecin avant tout traitement topique spécifique,
- Encourager l'hydratation générale, en buvant quotidiennement au moins 1,5 litre d'eau et en utilisant des soins hydratants,
- Orienter le patient vers un dermatologue en cas de doute diagnostique, d'inflammation ou de gêne esthétique importante. Selon le jugement du spécialiste, une exérèse ou un traitement destructif (cryothérapie, curetage, laser) peut alors être envisagé.

Conseils

Prévention primaire : éviter l'apparition de tumeur

Mesures comportementales :

- **Éviter le soleil** entre 12h et 16h,
- Limiter la durée d'exposition,
- **Préférer l'ombre,**
- **Éviter les cabines de bronzage,**
- **Protéger +++** les populations à risque : **enfants** (0 soleil avant 3 ans), **ados**, **phototypes clairs**, **immunodéprimés**,
- **/!\ aux faux amis** : **réverbération des sols** (neige, eau, sable), **vent** (diminue la sensation de chaleur), **altitude**, **latitude**, **nuages** (ne protègent pas des UVA).



Protection vestimentaire :



Photoprotection cutanée :

- **Ecrans solaires** à large spectre (UVA + UVB), avec **SPF adapté au phototype**,
- Choisir une **galénique adaptée au cuir chevelu** : sprays, brumes, lotions fluides non grasses,
- Appliquer une **quantité suffisante** (2 mg/cm²) sur les zones découvertes du cuir chevelu (tonsure, raie, cicatrices, nuque),
- **Renouveler l'application toutes les 2 heures**, après bain/ transpiration/ activité physique intense,
- Respecter **date de péremption** et **durée d'utilisation après ouverture**, conserver à l'abri de la **chaleur** et de la **lumière directe du soleil** et **ne pas utiliser un produit ayant changé d'odeur, de couleur ou de texture**.

Prévention secondaire : dépister précocement

- **Auto-examen du cuir chevelu** : à l'aide d'un **miroir**, d'un **proche** ou d'un **coiffeur** (utiliser la règle ABCDE pour détecter les mélanomes).
 - Tenir un **journal** ou prendre des **photos** pour suivre l'évolution des lésions.
- **Examen dermatologique** annuel pour les personnes à risque.

Prévention tertiaire : éviter complications, récidives et séquelles

- **Suivi post-chirurgical** : accompagnement cicatriciel (*pansements, crèmes cicatrisantes, shampoing doux, pas de massage/friction/brushing avant cicatrisation complète...*),
- Surveillance de l'**observance** thérapeutique,
- **Rappel** des potentiels **EI** des traitements,
- **Photoprotection** renforcée,
- S'assurer du **bon suivi par le dermatologue**,
- **Accompagnement psychologique**.

Marche à suivre

Primo consultation au comptoir :

- Prévention +++
- Rappeler les signes d'alerte :
 - plaque ou croûte persistante ne cicatrisant pas,
 - lésion saignant facilement ou augmentant de taille,
 - tache pigmentée irrégulière, changeant d'aspect ou de couleur.
- Orientation rapide vers dermato si lésion suspecte.



L'aspect des tumeurs cutanées est très variable. Ainsi, le seul moyen d'obtenir un diagnostic sûr est d'effectuer une exérèse.



Les images issues du site Dermaweb by Pierre Fabre sont reproduites avec l'autorisation des ayants droit, dans le cadre d'un usage non commercial et d'une diffusion limitée.



Reconnaissance
Prise en charge
Officine



PATHOLOGIES TUMORALES



Adresses utiles pour les patients :

Ecoute et soutien psychologique :
<https://www.ligue-cancer.net/nos-missions/loffre-de-soins-de-support/ecoute-et-soutien-psychologique>

S'informer sur les risques et se protéger :
<https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/cancers-de-la-peau-s-informer-sur-les-risques-et-se-proteger-brochure>

L'essentiel sur le mélanome :
<https://www.cancer.fr/personnes-malades/les-cancers/melanome-de-la-peau/comprendre-le-melanome-de-la-peau/l-essentiel>

Réalisé avec Canva

Définition

Mélanome : Tumeur très maligne des mélanocytes, potentiel métastatique élevé, évolution rapide.

Carcinome : Tumeur maligne d'origine kératinocytaire.

- **épidermoïde** : croissance rapide, risque de métastases,
- **basocellulaire** (cancer cutané le + fréquent mais le - agressif) : croissance lente, peu de risque de métastases.

Kératose actinique : Lésion précancéreuse issue des kératinocytes, précurseur possible de carcinome épidermoïde, évolution lente.

Kératose séborrhéique : Lésion bénigne d'origine épidermique, évolution très lente, pas de transformation maligne.

Facteurs favorisants :



- **exposition solaire** chronique ou intense, antécédents de **brûlures solaires** précoces, **cabine de bronzage**,
- **phototype clair** (I ou II),
- **alopécie**,
- **âge avancé** (apparition vers 50 ans),
- **albinisme**, **xeroderma pigmentosum**,
- **terrain immunodéprimé**.

Reconnaissance

Les tumeurs cutanées se retrouvent principalement au niveau des zones photo-exposées.

Mélanome : modification d'un naevus préexistant ou apparition d'une lésion pigmentée.

Règle ABCDE : **A**symétrie / **B**ords irréguliers / **C**ouleur non homogène / **D**iamètre > 6 mm / **E**volution (changement d'aspect).



Couleurs possibles : brun, noir, bleu, rouge-rosé voire non coloré.

Carcinome :



Carcinome basocellulaire nodulaire (le + fréquent)



Carcinome épidermoïde

Kératose actinique :



Kératose séborrhéique : lésions verruqueuses, lisses, squameuses ou croûteuses, bien limitées (rondes ou ovales), couleur variable (jaunâtre, brune ou noire). Surface kératosique, dite « **collée à la peau** ». Lésions isolées ou multiples. Généralement asymptomatiques, mais deviennent prurigineuses, irritées ou croûteuses si soumises à des frottements répétés ou à des traumatismes.



Traitements



Mélanome : le traitement dépend du stade

- **1ère intention : chirurgie = exérèse**
- 2ème intention : bithérapie ciblée (anti-BRAF + anti-MEK), immunothérapie (anti-PD1 et/ou anti-CTLA4), radiothérapie (si métastases osseuses ou cérébrales)

Carcinome :

- **1ère intention : chirurgie = exérèse**
- 2ème intention : cryothérapie, thérapie photodynamique, chimiothérapie topique (5-FU ou imiquimod), thérapies ciblées, immunothérapie anti-PD1, radiothérapie, curage ganglionnaire.

Kératose actinique :

- **1ère intention : cryothérapie**
- 2ème intention : topiques (imiquimod, 5-FU, diclofénac ou tirbanibuline), photothérapie dynamique, exérèse (si lésions isolées, épaisses ou suspectes).

Kératose séborrhéique : **pas de traitement** sauf si gêne esthétique (cryothérapie, curetage ou laser).

Source des images ci-dessus : Dermaweb by Pierre Fabre

IV. Conclusion

Ce travail a permis de mettre en évidence la place essentielle du pharmacien d'officine dans le parcours de soins des pathologies du cuir chevelu. En première ligne et facilement accessible, il détecte précocement les signes d'alerte, conseille des mesures thérapeutiques adaptées et oriente vers une consultation médicale si nécessaire. La reconnaissance de ses limites et la réorientation en cas de doute fait partie intégrante de sa mission, afin de garantir une prise en charge sécurisée et optimale.

Le cuir chevelu peut être touché par de nombreuses affections d'origines variées : inflammatoires, infectieuses, endocriniennes, auto-immunes, psychocutanées ou tumorales. Qu'elles soient bénignes ou plus graves, ces pathologies ont en commun d'être sources d'inconfort et d'atteinte esthétique, altérant ainsi la qualité de vie des patients.

Plusieurs facteurs transversaux, tels que l'exposition solaire, le tabagisme, le stress ou encore les microlésions cutanées, jouent un rôle déterminant dans l'évolution de ces affections et doivent être systématiquement pris en compte. Le recours à des produits doux, non agressifs pour le cuir chevelu, constitue un pilier de la prise en charge. Au-delà des symptômes physiques, l'impact psychologique ne doit pas être négligé : anxiété, baisse de l'estime de soi ou dépression peuvent accompagner ces pathologies. La phytothérapie, notamment, offre des solutions intéressantes pour soutenir le patient face à ces troubles associés.

La connaissance des stratégies thérapeutiques, la délivrance éclairée des traitements, l'accompagnement à l'observance, ainsi que la proposition de conseils hygiéno-diététiques et dermocosmétiques, font partie intégrante de la mission officinale dans la prise en charge de ces affections. Néanmoins, ce domaine reste complexe, du fait de la diversité des présentations cliniques et de la difficulté diagnostique en officine. Ces limites soulignent l'importance de la formation continue des pharmaciens, ainsi que le besoin d'outils d'aide à la reconnaissance et à la décision. Dans ce contexte, les fiches pratiques élaborées dans le cadre de ce travail constitueraient un outil précieux pour l'équipe officinale. Elles permettent de centraliser les informations essentielles sur les différentes pathologies du cuir chevelu, d'orienter efficacement la prise en charge, de guider le conseil et de rappeler les limites du rôle du pharmacien. Ces supports contribueraient ainsi à améliorer la cohérence et la qualité du conseil dispensé au comptoir. Les collaborations renforcées avec les dermatologues et l'essor de la télédermatologie constituent également des perspectives prometteuses pour améliorer le repérage et la prise en charge rapide des pathologies du cuir chevelu.

En conclusion, le rôle du pharmacien dans la gestion de ces pathologies dépasse la simple délivrance médicamenteuse : il s'inscrit dans une démarche globale de dépistage, de prévention, de suivi et d'accompagnement. L'avenir réside dans un travail pluridisciplinaire et dans le développement de nouvelles compétences et outils, pour permettre à l'équipe officinale d'apporter une réponse toujours plus adaptée et personnalisée aux besoins des patients.

La réalisation de ce travail m'a permis d'approfondir mes connaissances sur les pathologies du cuir chevelu et de renforcer ma capacité à identifier leurs signes caractéristiques. De plus, il m'a offert l'occasion de mieux appréhender la complexité de ces affections et leur impact sur la vie des patients, tout en me permettant de réfléchir à ma pratique future en officine. Il a renforcé ma conviction que le rôle du pharmacien dépasse la simple délivrance médicamenteuse et implique un accompagnement global, humain et personnalisé.

V. Bibliographie

1. CNOP [Internet]. [cité 22 janv 2024]. Démographie des pharmaciens : Panorama au 1er janvier 2022. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/demographie-des-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2022>
2. admin_pm. Profil Médecin. 2022 [cité 22 janv 2024]. Chiffres clés : Dermatologue. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-dermatologue/>
3. Baltazare.fr. Syndicat National des Dermatologues-Vénéréologues. [cité 22 janv 2024]. Qui sommes-nous ? Disponible sur: <https://www.syndicatdermatos.org/syndicat-national-des-dermatologues-venereologues/>
4. Drake RL, Vogl W, Mitchell AWM, Duparc F, Duparc J. Gray's anatomie pour les étudiants. 2e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010.
5. Tortora GJ, Grabowski SR, Boudreault F, Boyer M, Desorcy MC. Principes d'anatomie et de physiologie. 3e éd. française. Bruxelles [Paris] [Saint-Laurent (Québec)]: De Boeck université Éd. du Renouveau pédagogique; 2002.
6. DermNet® [Internet]. 2023 [cité 5 juill 2024]. DermNet® - Bacterial Folliculitis — DermNet. Disponible sur: <https://dermnetnz.org/topics/bacterial-folliculitis>
7. Lin HS, Lin PT, Tsai YS, Wang SH, Chi CC. Interventions for bacterial folliculitis and boils (furuncles and carbuncles). Cochrane Database Syst Rev. 26 févr 2021;2021(2):CD013099.
8. Photothèque | Dermaweb [Internet]. [cité 26 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.dermaweb.com/fr/phototheque?q=folliculite%20cuir%20chevelu>
9. Mayo Clinic [Internet]. [cité 27 juin 2024]. Folliculitis-Folliculitis - Symptoms & causes. Disponible sur: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/folliculitis/symptoms-causes/syc-20361634>
10. Folliculites, furoncles et anthrax à staphylocoque doré - Thérapeutique Dermatologique [Internet]. [cité 5 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1123>
11. Insect Wiki [Internet]. [cité 23 avr 2024]. Pediculus humanus capitis. Disponible sur: https://insects.fandom.com/wiki/Pediculus_humanus_capitis
12. Reconnaître la présence de poux [Internet]. [cité 23 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/poux/reconnaitre-presence-poux>
13. pédiatrie S canadienne de. Les infestations par les poux de tête : une mise à jour clinique | Société canadienne de pédiatrie [Internet]. [cité 6 juin 2024]. Disponible sur: <https://cps.ca/fr/documents/position/poux-de-tete>
14. Bédard P. LIGNES DIRECTRICES POUR LE CONTRÔLE.
15. My Lice Advice [Internet]. [cité 7 juin 2024]. Dead vs Live Nits: Color of Lice Eggs. Disponible sur: <https://myliceadvice.com/dead-live-nits-color-lice-eggs/>
16. Details - Public Health Image Library(PHIL) [Internet]. [cité 7 juin 2024]. Disponible sur: <https://phil.cdc.gov/Details.aspx?pid=10854>
17. VIDAL [Internet]. [cité 6 juin 2024]. Recommandations Pédiculoses. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/pediculoses-3397.html>
18. Peigne anti poux le plus efficace du marché, technologie inédite [Internet]. 2023 [cité 23 avr 2024]. Disponible sur: <https://pouxexperts.fr/boutique/labo-poux-experts/peigne-anti-poux-revolutionnaire-en-acier-inoxydable/>
19. A quoi ressemble une lente - traitements anti-poux [Internet]. [cité 27 août 2024]. Disponible sur: <https://www.pouxit.fr/entry/lente>

20. Teigne - Service de dermatologie et vénéréologie à Genève aux HUG - HUG [Internet]. [cité 28 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/dermatologie-venereologie/prise-charge-teigne>
21. Photothèque | Dermaweb [Internet]. [cité 11 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.dermaweb.com/fr/phototheque?q=teigne>
22. dermatly. Kerion [Internet]. Dermatly.com - El sitio de tu piel. 2020 [cité 11 déc 2024]. Disponible sur: <https://dermatly.com/kerion/>
23. ANSM [Internet]. [cité 28 déc 2024]. Actualité - Traitement de la teigne de l'enfant et indisponibilité de la griséofulvine : l'ANSM précise la conduite à tenir. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/traitement-de-la-teigne-de-lenfant-et-indisponibilite-de-la-griseofulvine-lansm-precise-la-conduite-a-tenir>
24. Teigne | Dermaweb [Internet]. [cité 11 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.dermaweb.com/fr/Information-Patients/fiches-patient/teigne>
25. Photothèque | Dermaweb [Internet]. [cité 11 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.dermaweb.com/fr/phototheque?q=teigne>
26. Pellicules grasses et dermatite séborrhéique de l'adulte : causes et symptômes [Internet]. [cité 30 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/dermatite-seborrheique/definition-causes-facteurs-favorisants>
27. VIDAL [Internet]. [cité 26 juin 2024]. Recommandations Dermite séborrhéique de l'adolescent et de l'adulte. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/dermite-seborrheique-de-l-adolescent-et-de-l-adulte-1493.html>
28. Dermite séborrhéique de l'adulte - Thérapeutique Dermatologique [Internet]. [cité 30 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1071>
29. Eczéma ou dermatite atopique : causes, symptômes et évolution [Internet]. [cité 30 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/eczema-atopique/reconnaitre-eczema-atopique>
30. dsinfo.fr [Internet]. [cité 5 févr 2025]. La dermite séborrhéique en photo. Disponible sur: <https://www.dsinfo.fr/photo/>
31. La dermite séborrhéique : revue de la littérature d'une pathologie de médecine générale - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance [Internet]. [cité 21 mars 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03451572>
32. Malbranche É. Les principales dermatoses du visage. Prise en charge à l'officine et arbre décisionnel à destination du pharmacien. 10 nov 2020;170.
33. Inserm [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Psoriasis · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/psoriasis/>
34. VIDAL [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Psoriasis - symptômes, causes, traitements et prévention. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/psoriasis.html>
35. Psoriasis - Thérapeutique Dermatologique [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1283#paragraphe-4>
36. Qu'est-ce que le psoriasis ? [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/psoriasis/comprendre-psoriasis>
37. Symptômes du psoriasis et évolution [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/psoriasis/symptomes-diagnostic-evolution>
38. Photothèque | Dermaweb [Internet]. [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.dermaweb.com/fr/phototheque?q=psoriasis%20cuir%20chevelu>

39. Dermato-Info. dermat-info.fr. 2019 [cité 17 avr 2024]. le psoriasis. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/le-psoriasis>
40. Psoriasis - Thérapeutique Dermatologique [Internet]. [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1283#paragraphe-6>
41. VIDAL [Internet]. [cité 19 avr 2024]. Les traitements locaux du psoriasis. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/psoriasis/traitements-locaux.html>
42. VIDAL [Internet]. [cité 22 avr 2024]. Les autres types de traitement du psoriasis. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/psoriasis/autres-traitements.html>
43. Pierre M, Gayet C. Ma bible de l'herboristerie. Paris: Leduc.s pratique; 2018.
44. Festy D, Dufour A. Ma bible des huiles essentielles. Rééd. enrichie et mise à jour. Paris: Leduc.s pratique; 2020.
45. Elma T. Une année avec ma pharmacienne. Vanves: Hachette; 2025.
46. Ezzedine DK. Fiche conseil Le psoriasis du cuir chevelu. 2016;
47. VIDAL [Internet]. [cité 23 mai 2024]. Le psoriasis au quotidien. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/psoriasis/au-quotidien.html>
48. Dermatologie Pratique [Internet]. 2022 [cité 15 avr 2024]. Éducation thérapeutique du patient dans le psoriasis. Disponible sur: <https://www.dermatologie-pratique.com/journal/article/0010051-education-therapeutique-patient-psoriasis>
49. Folliculite décalvante - Thérapeutique Dermatologique [Internet]. [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1120&lang=fr#paragraphe-1>
50. B M. La folliculite décalvante ou folliculite épilante de Quinquaud [Internet]. Réalités thérapeutiques en Dermato-Vénérologie. 2016 [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.realites-dermatologiques.com/2016/01/la-folliculite-decalvante-ou-folliculite-epilante-de-quinquaud/>
51. DermNet® [Internet]. 2023 [cité 21 mai 2025]. Folliculitis decalvans. Disponible sur: <https://dermnetnz.org/topics/folliculitis-decalvans>
52. Folliculite décalvante - Thérapeutique Dermatologique [Internet]. [cité 21 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1120&lang=fr>
53. Dermatologie Pratique [Internet]. 2025 [cité 22 mai 2025]. Prise en charge actuelle de la folliculite décalvante. Disponible sur: <https://www.dermatologie-pratique.com/journal/article/0011424-prise-en-charge-actuelle-folliculite-decalvante>
54. Lichen plan - Thérapeutique Dermatologique [Internet]. [cité 12 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1189>
55. Porriño-Bustamante ML, Fernández-Pugnaire MA, Arias-Santiago S. Frontal Fibrosing Alopecia: A Review. Journal of Clinical Medicine. janv 2021;10(9):1805.
56. Fachine COC, Valente NYS, Romiti R. Lichen planopilaris and frontal fibrosing alopecia: review and update of diagnostic and therapeutic features. Anais Brasileiros de Dermatologia. 1 mai 2022;97(3):348-57.
57. Pelet del Toro N, Strunk A, Garg A, Han G. Prevalence and Treatment Patterns in Patients With Lichen Planopilaris. JAMA Dermatology. 1 août 2024;160(8):865-8.
58. Jouanique C, Reygagne P. L'alopécie frontale fibrosante. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. avr 2014;141(4):272-8.
59. États pelliculaires | Dermaweb [Internet]. [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.dermaweb.com/fr/Articles-et-revues-d-experts/alopecie/etats-pelliculaires>
60. Dermato-Info. dermat-info.fr. 2019 [cité 23 mai 2025]. les pellicules. Disponible sur: https://dermato-info.fr/fr/les-phan%C3%A8res_cheveux-et-poils/les-pellicules

61. Huet P, Barnéon G, Cribier B. Lupus discoïde du cuir chevelu : corrélation dermatopathologie–dermatoscopie. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. oct 2016;143(10):657-60.
62. L'initiation précoce d'hydroxychloroquine prévient le risque de progression vers un lupus systémique chez les patients avec un lupus érythémateux cutané | *Dermatologie Pratique* [Internet]. [cité 12 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.dermatologie-pratique.com/journal/article/0011474-linitiation-precoce-dhydroxychloroquine-previent-risque-progression-vers>
63. Lupus érythémateux cutanés subaigus et chroniques - *Thérapeutique Dermatologique* [Internet]. [cité 12 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1541&lang=fr>
64. F C. Les multiples facettes cutanées des lupus érythémateux [Internet]. *Réalités thérapeutiques en Dermato-Vénérologie*. 2019 [cité 12 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.realites-dermatologiques.com/2019/02/les-multiples-facettes-cutanees-des-lupus-erythemateux/>
65. Photothèque | *Dermaweb* [Internet]. [cité 2 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.dermaweb.com/fr/phototheque?q=lupus%20%C3%A9ryth%C3%A9mateux%20chronique>
66. M D. Traitement du lupus cutané [Internet]. *Réalités thérapeutiques en Dermato-Vénérologie*. 2014 [cité 12 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.realites-dermatologiques.com/2014/05/traitement-du-lupus-cutane/>
67. Traitement du lupus érythémateux discoïde [Internet]. *CMCC Paris*. [cité 2 juin 2025]. Disponible sur: <https://cmccparis.com/prise-en-charge-des-maladies-du-cuir-chevelu/traiter-les-maladies-inflammatoires-du-cuir-chevelu/traitements-dermatologiques/traitement-du-lupus-erythemateux-discoide/>
68. Alopecie androgénétique | *Dermaweb* [Internet]. [cité 14 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.dermaweb.com/fr/Articles-et-revues-d-experts/alopecie/alopecie-androgenetique>
69. Échelle de Hamilton-Norwood. In: *Wikipédia* [Internet]. 2023 [cité 19 juin 2025]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%89chelle_de_Hamilton-Norwood&oldid=203306865
70. Clinic T. Une greffe de cheveux quand on est une femme : possible ? [Internet]. *The Clinic Paris*. 2023 [cité 19 juin 2025]. Disponible sur: <https://the-clinic.fr/actualites/une-greffe-de-cheveux-quand-on-est-une-femme-possible-ou-non/>
71. VIDAL [Internet]. 2019 [cité 16 juin 2025]. L'alopecie androgénétique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/chute-cheveux-alopecie/alopecie-androgenetique.html>
72. B RP Assouly Ph , Pavlovic Ganascia M, Matard. Quoi de neuf dans le cuir chevelu ? [Internet]. *Réalités thérapeutiques en Dermato-Vénérologie*. 2024 [cité 19 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.realites-dermatologiques.com/2024/05/quoi-de-neuf-dans-le-cuir-chevelu-5/>
73. Yao S, Chen X, Li S, Zhou L, Bai Q, Zhao C, et al. New tool in our arsenal: efficacy of injectable platelet-rich fibrin (i-PRF) in androgenetic alopecia treatment. *Archives of dermatological research*. 26 févr 2025;317(1):493.
74. Alopecies - *Thérapeutique Dermatologique* [Internet]. [cité 18 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1023#ss-paragraphe-5-1>
75. Nestor MS, Ablon G, Gade A, Han H, Fischer DL. Treatment options for androgenetic alopecia: Efficacy, side effects, compliance, financial considerations, and ethics. *J Cosmet Dermatol*. déc 2021;20(12):3759-81.

76. Panahi Y, Taghizadeh M, Marzony ET, Sahebkar A. Rosemary oil vs minoxidil 2% for the treatment of androgenetic alopecia: a randomized comparative trial. *Skinmed*. 2015;13(1):15-21.
77. Pelade | Dermaweb [Internet]. [cité 19 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.dermaweb.com/fr/Articles-et-revues-d-experts/alopecie/pelade>
78. Ph A. Actualités dans le traitement de la pelade [Internet]. *Réalités thérapeutiques en Dermato-Vénérologie*. 2017 [cité 28 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.realites-dermatologiques.com/2017/12/actualites-dans-le-traitement-de-la-pelade/>
79. Crocq MA, Guelfi JD. *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
80. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 24 mai 2025]. Trichotillomanie - Troubles psychiatriques. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-obsessionnels-compulsifs-et-troubles-similaires/trichotillomanie>
81. Dermatologie Pratique [Internet]. 2015 [cité 24 mai 2025]. La trichotillomanie. Disponible sur: <https://www.dermatologie-pratique.com/journal/article/0014219-la-trichotillomanie>
82. Licata G, Scharf C, Ronchi A, Pellerone S, Argenziano G, Verolino P, et al. Diagnosis and Management of Melanoma of the Scalp: A Review of the Literature. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 7 oct 2021;14:1435-47.
83. Cancers de la peau [Internet]. [cité 3 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancers-de-la-peau>
84. Photothèque | Dermaweb [Internet]. [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://www.dermaweb.com/fr/phototheque?q=carcinome%20basocellulaire>
85. Photothèque | Dermaweb [Internet]. [cité 28 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.dermaweb.com/fr/phototheque?q=carcinome%20basocellulaire%20superficiel>
86. Photothèque | Dermaweb [Internet]. [cité 28 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.dermaweb.com/fr/phototheque?q=carcinome%20basocellulaire%20scl%C3%A9rodermique>
87. Carcinomes basocellulaires - Thérapeutique Dermatologique [Internet]. [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1411&lang=fr>
88. Photos du cancer de la peau | À quoi ressemble le cancer de la peau ? [Internet]. The Skin Cancer Foundation. [cité 29 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.skincancer.org/fr/skin-cancer-information/skin-cancer-pictures/>
89. Cancer IND. Épidémiologie [Internet]. 2025 [cité 28 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/prevention-et-depistages/depistage-et-detection-precoce/detection-precoce-des-cancers-de-la-peau/epidemiologie>
90. ARCAGY-GINECO DBP. Infocancer. 2025 [cité 28 sept 2025]. Épidémiologie des mélanomes. Disponible sur: <https://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-de-la-peau/melanome/maladie/epidemiologie.html/>
91. ARCAGY-GINECO DBP. Infocancer. 2025 [cité 3 oct 2025]. Le traitement initial du mélanome, la chirurgie - InfoCancer -. Disponible sur: <https://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-de-la-peau/melanome/traitements/le-traitement-selon-les-stades.html/>
92. Kératose actinique : anciennes batailles, nouvelles armes thérapeutiques | Dermatologie Pratique [Internet]. 2025 [cité 7 oct 2025]. Disponible sur:

<https://www.dermatologie-pratique.com/journal/article/0010770-keratose-actinique-anciennes-batailles-nouvelles-armes-therapeutiques>

93. Kératoses actiniques - Thérapeutique Dermatologique [Internet]. Disponible sur: <https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1173#biblio>

94. DermNet® [Internet]. 2023 [cité 6 oct 2025]. Seborrhoeic keratoses images. Disponible sur: <https://dermnetnz.org/topics/seborrhoeic-keratosis-images>

L'outil d'intelligence artificielle générative *ChatGPT* (version GPT-5, OpenAI) a été utilisé ponctuellement pour aider à la reformulation et à la synthèse de la partie sur les pathologies tumorales du cuir chevelu.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) Jeanne Boulard

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (*Décret n°92-657 du 13 juillet 1992*)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN

N° Étudiant : 21502761

N° Thèse :99.....

Nom et Prénom : Jeanne Boulard

Sujet : Pathologies du cuir chevelu : reconnaissance et prise en charge
à l'officine.

Tours, le : 14/11/2025

Le(s) Directeur(s) de Thèse :
Nom(s) et signature(s)


Debienne

AICARD 

Vu et Transmis :
Le Doyen



Le directeur de la Faculté
des Sciences Pharmaceutiques

Pr Denys BRAND



Jeanne Boulard

N° 99

TITRE DE LA THÈSE

Pathologies du cuir chevelu : reconnaissance et prise en charge à l'officine.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Structure de santé de proximité, la pharmacie occupe une place centrale dans la prise en charge des pathologies du cuir chevelu, portée par son accessibilité, son maillage territorial dense et ses larges horaires d'ouverture. Le pharmacien, grâce à ses compétences médicales et scientifiques, peut orienter le patient vers une consultation dermatologique en cas de suspicion de pathologie nécessitant un avis spécialisé, mais aussi assurer directement la prise en charge de certaines affections bénignes. Dans un contexte de désertification médicale, où l'accès à un dermatologue peut nécessiter plusieurs mois d'attente, le rôle de l'officine apparaît ainsi renforcé.

Cette thèse s'articule en deux parties : une première consacrée à l'anatomie du cuir chevelu, puis une seconde abordant les principales affections rencontrées au comptoir : infectieuses, inflammatoires, non inflammatoires et non infectieuses et tumorales.

L'objectif principal a été de créer des fiches pratiques à destination de l'équipe officinale (pharmaciens, préparateurs et étudiants). Chaque fiche comprend une définition, des éléments de reconnaissance clinique illustrés, une partie sur les traitements ainsi qu'une partie sur les conseils pharmaceutiques. Cet outil vise à faciliter l'identification et la prise en charge des pathologies du cuir chevelu à l'officine, domaine peu abordé dans la formation initiale. L'ambition est que ces fiches puissent être diffusées largement et mises gratuitement à disposition des confrères, afin de constituer un outil concret d'aide à la pratique officinale.

MOTS-CLÉS SIGNIFICATIFS DE SON CONTENU, ATTRIBUÉS PAR LE CANDIDAT EN LIAISON AVEC LA BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE ET LES MEMBRES DU JURY
cuir chevelu, pathologie, infectieuse, inflammatoire, tumorale, fiche, officine, transmission, aide, conseil, reconnaissance, dermatologie, pharmacie

JURY

PRÉSIDENT : Mme Françoise Debierre-Grockiego, Maître de conférences, HDR, Faculté de Pharmacie de Tours
MEMBRES :

Dr Tanguy Allard, Dermatologue, Olivet

Dr Salomé Erre, Pharmacien, Saint Patern Racan

Dr Marie Guiblin, Pharmacien, La Ravoir

DATE ET LIEU DE SOUTENANCE

14 novembre 2025, Faculté de Pharmacie de Tours