

Mises au point interactives – Peau noire

Pathologie du cheveu africain



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

Pour plusieurs raisons, le cheveu dit “africain” ou mieux “affectant les personnes d’ascendance africaine”, mérite une considération spécifique. Ce type de cheveu a des caractéristiques évidentes, le cuir chevelu également, les habitudes de coiffage sont particulières et des pathologies distinctes existent.

Les particularités du cheveu africain

1. Les cheveux

La tige pileaire du cheveu crépu présente une section transversale d’ovale aplati (ou en “D”, en forme de rein, de ruban). Cette forme confère au cheveu des boucles serrées. Des différences de calibre le long de la tige pileaire sont également présentes, avec des torsions dans divers sens le long de son trajet hélicoïdal. En comparaison à un cheveu raide, la résistance est plus faible, l’épaisseur de la cuticule est plus fine. Ainsi, le cheveu est fragilisé en particulier dans les courbures externes, la perte en eau est plus importante.

La densité moyenne des cheveux est inférieure à celle de la peau blanche dite d’origine européenne (sur peau asiatique, la densité est aussi inférieure) : le nombre total de cheveux est de fait moindre (90 000 en moyenne contre 110 000 à 150 000) [1, 2].

La vitesse moyenne de croissance des cheveux sur peau noire est inférieure ($256 \pm 44 \mu\text{m}/\text{jour}$) comparée à celle de la peau blanche ($396 \pm 55 \mu\text{m}/\text{jour}$). La longueur des cheveux en est réduite, mais surtout du fait de la casse des tiges pileaires et des nœuds (trichonodose).

Souvent groupés par paires, les bulbes pileaires sont asymétriques et le cheveu pousse de manière incurvée dans une direction initialement opposée à sa sortie du cuir chevelu [3]. La tige pileaire est plus sèche : sa capacité à absorber l’eau est inférieure, ce qui augmente sa fragilité en climat à faible hygrométrie. Le coiffage, qui participe à l’emmêlement des cheveux, est ainsi facilité par une humidification.

Pour ce qui concerne la composition de la kératine, aucune différence biochimique n’a été mise en évidence entre les origines ethniques mais il se peut que des différences dans la composition en lipides entre en ligne de compte [3].

L’âge moyen de début du blanchiment est plus tardif (milieu de la quarantaine) sur peau noire que sur peau asiatique (trentaine tardive) ou sur peau d’ascendance européenne (milieu de la trentaine).

2. La sécrétion sébacée

Elle serait supérieure sur une peau noire par rapport à une peau blanche, mais ce fait reste discuté. Quoiqu’il en soit, les

cheveux sont plus secs, le sébum ne parvenant pas à monter correctement le long de la tige pileaire.

3. La flore du cuir chevelu

De manière encore mal déterminée, considérant les caractéristiques de la forme des cheveux et du sébum, la flore du cuir chevelu est probablement différente de celle de la peau blanche ou asiatique. La très fréquente dermatite séborrhéique peut en être une conséquence. Les soins particuliers effectués pour graisser les cheveux modifient probablement aussi cette flore.

4. Difficultés pour les sujets concernés... et pour le médecin

La mode, les habitudes familiales, le désir de marquer son appartenance à une communauté, des contraintes professionnelles mais aussi, bien sûr, les difficultés de coiffage sous des climats où l’hygrométrie est plus réduite poussent les femmes noires ou afro-antillaises à adopter des styles de coiffures particuliers. Une très grande proportion d’alopécies chez la femme noire en est la conséquence, traction et défrisage, même s’ils sont chacun suffisants, formant dès lors “une association de malfaiteurs” : les facteurs de prédisposition génétique et les soins néfastes apportés aux cheveux s’allient probablement dans bon nombre d’alopécies [4].

Outre les difficultés pour le patient (souvent une patiente), existent bien sûr des difficultés diagnostiques et thérapeutiques pour le médecin : les critères diagnostiques sont différents de ceux de la peau blanche. Ainsi, certains critères diffèrent par rapport à la peau blanche comme, par exemple, la couleur de l’in-

inflammation ou la rareté des cheveux en point d'exclamation dans la pelade. Les renseignements apportés par l'examen dermatoscopique sont également plus difficiles à analyser [5]. L'ajout de produits gras modifie l'aspect clinique des dermatoses en réduisant la visibilité des squames ; ces produits peuvent aussi induire l'apparition d'une folliculite surajoutée. L'association de pathologies alopéciantes, et notamment les facteurs traumatiques surajoutés, complique aussi la démarche diagnostique, que ce soit dans une pelade, une alopecie androgénétique (AAG) ou un lupus. La teigne, même devant des petites plaques alopéciques traînantes sans grande spécificité, doit être évoquée. La présence d'une hyperpilosité mentonnière a moins de valeur que sur une peau blanche en tant que critère d'un hyperandrogénisme.

La carence ferrique est plus fréquente chez les femmes à peau noire par rapport aux femmes à peau blanche ou asiatique. Les myofibromes utérins seraient plus fréquents, ce qui pourrait, dans certains cas, ne pas être étranger à un effluvium télogène.

Prédispositions pathologiques chez les sujets d'ascendance africaine

1. Certaines alopecies sont plus fréquentes dans cette population (sans être l'apanage de la peau noire)

Parmi elles, on citera le lupus érythémateux chronique (dépigmentation secondaire fréquente associée) et la sarcoïdose dont l'aspect peut être trompeur. Certains champignons anthropophiles à l'origine d'une teigne affecteront avec prédilection les peaux noires. La dermatite séborrhéique affecterait plus de 80 % des peaux noires, favorisée par l'hyper-séborrhée relative et par le rythme réduit des shampooings. La cellulite disséquante du cuir chevelu affecte dans 48 à 65 % des cas des hommes d'ascendance africaine [6].

2. Les alopecies traumatiques

>>> **La casse des cheveux** est le problème majeur chez les personnes d'ascendance africaine. Celles-ci consultent en considérant que les cheveux ne poussent pas. Cela est lié aux fractures de la tige pileaire, à la trichorrhexie noueuse acquise (TNA) qui en découle. Les méthodes de coiffure, le grattage, le frottement sur les vêtements et l'oreiller en sont les facteurs favorisants. Le test par tiraillement entre nos deux pouces et deux index permet de juger du degré de fragilité acquise des cheveux.

>>> **Les alopecies par traction** n'ont aucune spécificité d'origine ethnique mais sont une cause très fréquente de chute de cheveux chez la femme noire [7]. Les nattes, les tresses plaquées (dites "en rang de maïs") ou non, les enroulements divers, les dreadlocks, la colle ou les clips d'un postiche... sont autant de facteurs traumatisants sur les cheveux. Les extensions ou ajouts majorent par le poids ces facteurs tensionnels délétères. Une douleur peut être présente et exprime une forme de souffrance folliculaire, même si elle n'est pas systématique.

Une inflammation périfolliculaire (mieux observée en dermatoscopie [8]), des pustules peuvent être visibles en phase aiguë. Des gaines coulissantes périlulaires peuvent être notées à distance de l'émergence des cheveux. La persistance, la répétition de la tension font évoluer l'alopecie vers un stade cicatriciel (processus biphasique). Les plaques alopéciques progressent de proche en proche, tirant les cheveux en bordure, donc de façon centrifuge au sein du cuir chevelu, ou centripète en périphérie (cf. *infra* : alopecie marginale). Peuvent persister en zones temporales antérieures, symétriquement, des cheveux un peu plus longs hors de portée de la traction ; il s'agit là du **signe de la frange**.

>>> **Les défrisages** sont une source fréquente d'alopecie chez la femme noire. Ils sont réalisés avec des thioglycolates

(soude) ou de l'hydroxyde de guanidine. Les applications se font parfois de manière artisanale avec des produits dont la composition n'est pas toujours fiable, notamment dans ses concentrations. Le temps de pose n'est également pas toujours parfaitement respecté et il varie selon le mode d'application au sein de la chevelure. Une alopecie brutale (par **brûlure chimique**) peut parfois survenir dans les suites du soin (erreur humaine ou liée au produit) mais le plus souvent la consultation concerne une **alopecie chronique**. La casse est alors importante, liée à de nombreuses lésions sur la tige pileaire consécutives au réarrangement des ponts disulfures de la kératine.

>>> **Les traumatismes thermiques** par le biais de peignes chauffants, de plaques, de sèche-cheveux chauds sont autant de causes de "bubble hair" et de TNA (trichorrhexie noueuse acquise).

>>> **L'alopecie marginale (fig. 1)** : il s'agit là d'une conséquence classique des alopecies d'origine traumatique qui affectent tout particulièrement la périphérie du cuir chevelu, en particulier la zone antérieure. Que ce soient les tractions, les extensions, les défrisages, ces zones subissent en première ligne et de façon répétée les traumatismes. Cette alopecie est de type biphasique. L'arrêt des traumatismes est nécessaire, des greffes de cheveux peuvent être envi-



Fig. 1 : Alopecie marginale chez une femme d'ascendance africaine.

Mises au point interactives – Peau noire

sagées car le minoxidil présente ici un intérêt très limité.

Cesser ces facteurs traumatiques est difficile pour une femme d'ascendance africaine. Une "transition" est mise en balance avec un "big chop" (coupe sévère en attente de la repousse). Sont nécessaires l'utilisation de peignes à dents larges, un rythme de shampooings limité mais au moins toutes les 2 semaines, en alternance avec l'utilisation de conditionneurs ("co-washing", "low poo"...), de produits siliconés, une protection nocturne de la chevelure.

3. L'alopecie centrale centrifuge cicatricielle du vertex

L'alopecie centrale centrifuge cicatricielle du vertex (ACCCV) [9-11] est la première cause d'alopecie cicatricielle chez les femmes noires américaines. Elle touche beaucoup plus fréquemment les femmes afro-américaines que sud-africaines [12]. Elle a été nommée successivement syndrome du peigne chaud, puis syndrome de dégénérescence folliculaire qui sont des appellations inadaptées et obsolètes. Elle affecte presque exclusivement les femmes adultes à peau noire et est assez bien définie par son nom (**fig. 2**): début sur le vertex, évolution centrifuge, cicatricielle (primaire, de type lymphocytaire). En bordure, peuvent être notées une inflammation, principalement péri-



Fig. 2 : Alopecie centrale centrifuge cicatricielle du vertex (ACCCV).

folliculaire, voire des pustules en phase très inflammatoire.

Plus rarement, l'ACCCV peut apparaître sous forme de plaques multiples [13]. Le diagnostic est clinique. L'aspect dermatoscopique élimine d'autres pathologies mais est peu spécifique. Une confirmation histologique peut être utile afin d'aider à la différencier le cas échéant d'un lichen plan pilaire, voire d'une folliculite décalvante. Une classification a été proposée [5].

La discussion reste ouverte quant aux origines de cette pathologie: cause purement traumatique [9, 14-17], cause précise non encore connue sur un terrain génétique spécifique [18] (mais il semble que son apparition soit davantage liée à des habitudes de coiffage qu'à des causes génétiques). Quoiqu'il en soit, un terrain particulier et des facteurs traumatiques délétères entrent en ligne de compte dans l'apparition et/ou la pérennisation de l'alopecie. L'arrêt de tout facteur traumatique (défrisage, traction, chaleur) est le point le plus important pour tenter d'en cesser l'évolution.

Outre l'arrêt des traumatismes inducteurs, le traitement repose classiquement sur les tétracyclines *per os*, les dermocorticoïdes, sans que la preuve de leur efficacité n'ait cependant été établie [19]. Nous n'avons pas de recul sur la pérennité des implants capillaires.

4. La folliculite fibrosante occipitale

Cette pathologie fréquente (**fig. 3**) apparaît en particulier sur les peaux d'ascendance africaine, mais pas nécessairement. Elle survient plus volontiers chez l'homme du fait du rasage mais peut aussi apparaître chez la femme. Les papules, plus ou moins étendues (parfois jusqu'au vertex), ont tendance à devenir pustuleuses et peuvent parfois donner naissance à des chéloïdes. L'appellation "acné chéloïdienne" paraît doublement obsolète et inadaptée. Une prédisposition génétique semble à suspecter,



Fig. 3 : Folliculite fibrosante occipitale étendue.

comme dans la pseudo-folliculite de la barbe (dans ce cas favorisée par le polymorphisme A12T du gène *K6hf* [20] qui confère un risque relatif multiplié par 6). Le traitement classique associe avant tout un arrêt du rasage ainsi que des cyclines *per os* en phase inflammatoire, des injections *in situ* de corticoïdes retard, parfois l'emploi d'un laser épilatoire.

5. L'alopecie lipœdémateuse

Cette entité est discutée: il n'est pas certain que le caractère lipœdémateux – ou plutôt simplement lipomateux – du cuir chevelu, c'est-à-dire l'épaississement hypodermique qui rend le cuir chevelu épais (> 1 cm) et de consistance cotonneuse (**fig. 4**),



Fig. 4 : Alopecie lipœdémateuse apparue sur une ACCCV. Noter l'aspect dépressible "cotonneux" du cuir chevelu.

soit la cause de l'alopecie [21-23]. Il semble plus probable que cette évolution soit la conséquence d'une inflammation ou d'un traumatisme et s'associe ainsi à diverses pathologies [24] : alopecie traumatique, ACCCV, trichotillomanie, lupus érythémateux chronique, etc. C'est beaucoup plus souvent sur une peau noire (homme ou femme) que sur une peau blanche qu'apparaît ce caractère lipomateux. Il n'existe pas de traitement spécifique à cette pathologie.

Nous ne pouvons négliger le fait que le cheveu africain constitue également un marché financier important auquel industriels, magazines et instituts s'intéressent de très près (par exemple, 70 à 80 % des femmes noires défrisent leurs cheveux aux États-Unis). Or la douceur, la qualité des produits et des soins mises en avant ne correspondent pas toujours à la réalité. Par ailleurs, la modification de la forme des cheveux destinée à les rendre raides n'est pas sans conséquence. La gestion de la coiffure n'est pas facile chez la femme d'ascendance africaine et aboutit parfois à trouver un compromis avec les patientes.

Un autre point important relevé par plusieurs études est le risque d'obésité accru chez la jeune fille d'ascendance africaine : elle peut en effet considérer le temps passé et le coût à réaliser des soins pour sa chevelure et son altération liée à la sudation engendrée par le sport [25, 26].

BIBLIOGRAPHIE

1. SPERLING LC. Hair density in African Americans. *Arch Dermatol*, 1999;135:656-658.
2. LOUSSOUARN G, LOZANO I, PANHARD S *et al.* Diversity in human hair growth, diameter, colour and shape. An in vivo study on young adults from 24 different ethnic groups observed in the five continents. *Eur J Dermatol*, 2016;26:144-154.
3. MITEVA M, TOSTI A. 'A detective look' at hair biopsies from African-American patients. *Br J Dermatol*, 2012;166:1289-1294.
4. PETIT A, REYGAGNE P. Alopecies particulières aux femmes noires. *Ann Dermatol Venerol*, 2006;133:891-898.
5. OLSEN EA, CALLENDER V, SPERLING L *et al.* Central scalp alopecia photographic scale in African American women. *Dermatol Ther*, 2008;21:264-267.
6. BADAOU A, REYGAGNE P, CAVELIER-BALLOY B *et al.* Dissecting cellulitis of the scalp: a retrospective study of 51 patients and review of literature. *Br J Dermatol*, 2016;174:421-423.
7. KLUGER N, CAVELIER-BALLOY B, ASSOULY P. Alopecie par traction. *Ann Dermatol Venerol*, 2013;140:304-314.
8. ASSOULY P. Dermatoscopie des cheveux et du cuir chevelu. *Ann Dermatol Venerol*, 2012;139:652-667.
9. GATHERS RC, JANKOWSKI M, EIDE M *et al.* Hair grooming practices and central centrifugal cicatricial alopecia. *J Am Acad Dermatol*, 2009;60:574-578.
10. GATHERS RC, LIM HW. Central centrifugal cicatricial alopecia: past, present, and future. *J Am Acad Dermatol*, 2009;60:660-668.
11. MAHÉ A. Scarring alopecia and ethnicity. *Arch Dermatol*, 2001;137:374-375.
12. KHUMALO NP, GUMEDZE F. Traction: Risk Factor or Co-incidence in Central Centrifugal Cicatricial Alopecia? *Br J Dermatol*, 2012;167:1191-1193.
13. MITEVA M, TOSTI A. Central Centrifugal Cicatricial Alopecia Presenting with Irregular Patchy Alopecia on the Lateral and Posterior Scalp. *Skin Appendage Disord*, 2015;1:1-5.
14. KÉTA S, FAYE O, KANÉ BDM *et al.* Hair care and hair styles in women in Bamako, Mali. *Int J Dermatol*, 2005;44 Suppl 1:26-29.
15. SUCHONWANIT P, HECTOR CE, BIN SAIF GA *et al.* Factors affecting the severity of central centrifugal cicatricial alopecia. *Int J Dermatol*, 2016;55:e338-343.
16. OLSEN EA. Female pattern hair loss and its relationship to permanent/cicatricial alopecia: a new perspective. *Investig Dermatol Symp Proc*, 2005;10:217-221.
17. LUTHER N, DARVIN ME, STERRY W *et al.* Ethnic differences in skin physiology, hair follicle morphology and follicular penetration. *Skin Pharmacol Physiol*, 2012;25:182-191.
18. DLOVA NC, JORDAAN FH, SARIG O *et al.* Autosomal dominant inheritance of central centrifugal cicatricial alopecia in black South Africans. *J Am Acad Dermatol*, 2014;70:679-682.
19. EGİNLI A, DOTHARD A, BAGAYOKO CW *et al.* A Retrospective Review of Treatment Results for Patients With Central Centrifugal Cicatricial Alopecia. *J Drugs Dermatol*, 2017;16:317-320.
20. WINTER H, SCHISSEL D, PARRY DA *et al.* An unusual Ala12Thr polymorphism in the 1A alpha-helical segment of the companion layer-specific keratin K6hf: evidence for a risk factor in the etiology of the common hair disorder pseudo-folliculitis barbae. *J Invest Dermatol*, 2004;122:652-657.
21. COSKEY RJ, FOSNAUGH RP, FINE G. Lipedematous alopecia. *Arch Dermatol*, 1961;84:619-622.
22. GARN SM, SELBY S, YOUNG R. Scalp thickness and the fat-loss theory of balding. *AMA Arch Derm Syphilol*, 1954;70:601-608.
23. MARTÍN JM, MONTEAGUDO C, MONTESINOS E *et al.* Lipedematous scalp and lipedematous alopecia: a clinical and histologic analysis of 3 cases. *J Am Acad Dermatol*, 2005;52:152-156.
24. HIGH WA, HOANG MP. Lipedematous alopecia: an unusual sequela of discoid lupus, or other co-conspirators at work? *J Am Acad Dermatol*, 2005;53 (2 Suppl 1):S157-161.
25. WOOLFORD SJ, WOOLFORD-HUNT CJ, SAMI A *et al.* No sweat: African American adolescent girls' opinions of hairstyle choices and physical activity. *BMC Obes*, 2016;3:31.
26. HUEBSCHMANN AG, CAMPBELL LJ, BROWN CS *et al.* "My hair or my health:" Overcoming barriers to physical activity in African American women with a focus on hairstyle-related factors. *Women Health*, 2016;56:428-447.

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