



Les corticostéroïdes pour l'alopecie areata chez les enfants

Tharindu Fernando Ran D. Goldman MD FRCPC

Résumé

Question Quelques enfants atteints d'alopecie areata se sont présentés à ma clinique de pratique familiale. Les familles s'inquiètent de la perte continue de cheveux et ont essayé divers produits de santé naturels. Je sais que les corticostéroïdes sont aussi envisagés pour traiter ce problème. Quels sont les traitements aux corticostéroïdes à considérer, et dans quelle mesure sont-ils bénéfiques?

Réponse L'alopecie areata cause une détresse considérable aux personnes affectées et, même s'il y a de nombreux choix de traitements, aucun n'a été cliniquement éprouvé comme étant uniformément efficace. Les stéroïdes sont communément prescrits et peuvent favoriser la repousse des cheveux. Les stéroïdes topiques sont les plus souvent utilisés chez les enfants, mais ils sont aussi offerts sous forme intralésionnelle, orale et même intraveineuse, et leur degré d'efficacité est variable.

L'alopecie areata (pelade), qui est la cause la plus fréquente de la perte capillaire due à une inflammation, a une prévalence mondiale de 0,1 à 0,2%, et elle n'est pas encore bien comprise¹. Selon la théorie actuelle, elle serait causée par une réaction auto-immunitaire contre les follicules pileux par des lymphocytes T cytotoxiques CD8⁺². La majorité des personnes atteintes de la pelade (66%) ont moins de 30 ans¹, et 60% des patients ont leur première plaque de pelade avant 20 ans³. Une étude portant sur plus de 70 000 patients pédiatriques en dermatologie (1 à 17 ans) en Floride et en Ohio rapportait une prévalence de la pelade de 0,9%, ce qui représentait 18% de tous les patients atteints⁴. Environ la moitié des patients souffrant de pelade verront leurs cheveux repousser spontanément dans un délai d'un an⁵.

Effets sur la qualité de vie

Une étude qui mesurait la qualité de vie liée à la santé a signalé que 78% des enfants atteints de la pelade (4 à 16 ans) avaient un score moyen (ET) de 6,3 (5,9) selon l'indice de qualité de vie de la dermatologie infantile (CDLQI)⁶. Le score moyen (ET) au CDLQI chez les sujets témoins en santé est de 0,4 (0,7), et les scores plus élevés indiquent une moins bonne qualité de vie⁷. Des scores plus élevés sur l'échelle du CDLQI étaient aussi corrélés avec des scores plus élevés au dépistage de la dépression à l'aide du questionnaire sur la santé du patient-9 modifié pour les adolescents ($r = 0,417$, $p = ,0196$), même s'il n'est pas clair si la pelade était la cause de la dépression⁶. Les membres de la famille d'enfants souffrant de la pelade avaient un score moyen (ET) de 6,7 (6,1) selon l'indice de la qualité de vie en dermatologie chez la famille, ce qui porte à croire que la pelade affecte négativement les personnes dans le cercle de soins de l'enfant⁶. De plus, une étude cas-témoins effectuée en Turquie auprès de 74 enfants souffrant de la pelade (8 à 18 ans) a rapporté des degrés significativement plus élevés d'anxiété, mesurés à l'aide de l'inventaire de l'état d'anxiété des enfants (STAI-C), en comparaison des participants du

groupe témoin en santé ($p < ,001$)⁸. En outre, de 14 à 25% des patients passent de la pelade par plaques à l'alopecie totalis, une calvitie totale, ou à l'alopecie universalis, une perte totale des cheveux et des poils du corps⁹. Parce que les pertes capillaires moins abondantes répondent habituellement mieux aux traitements⁹, il est donc avisé de traiter le problème le plus tôt possible pour augmenter les chances des patients que leurs cheveux repoussent.

Traitements disponibles

Il existe divers traitements pour la pelade, quelle que soit sa gravité. Par ailleurs, il y a peu d'études randomisées contrôlées (ERC), surtout auprès de patients pédiatriques, pour documenter leur efficacité à long terme¹⁰. Au nombre des traitements figurent le minoxidil topique (un vasodilatateur antihypertenseur), le bimatoprost topique (un analogue de la prostaglandine F_{2α}, habituellement utilisé pour traiter le glaucome), des médicaments immunosuppresseurs comme l'azathioprine et la cyclosporine, et une immunothérapie topique¹¹. Les corticostéroïdes sont aussi utilisés couramment, et ils peuvent être injectés directement dans les lésions (intralesionnels) ou administrés par voie orale, intraveineuse ou topique, selon la gravité du problème¹¹. Il est plus probable que les cliniciens utilisent les corticostéroïdes topiques plutôt qu'intralesionnels chez les enfants, parce que les traitements topiques sont mieux tolérés^{5,9}.

Traitements aux corticostéroïdes

En 2012, les lignes directrices de la British Association of Dermatologists sur le traitement de la pelade recommandaient que les enfants reçoivent un traitement semblable à celui des adultes⁹, bien que les enfants reçoivent des doses plus faibles pour réduire les effets secondaires¹²⁻¹⁴. L'omission de traiter la perte de cheveux est aussi une option valable si le patient s'en accomode, puisqu'il y a une repousse spontanée chez environ la moitié des patients atteints de la pelade⁵.

Si un traitement est souhaité, des corticostéroïdes intralésionnels, habituellement de l'acétonide de triamcinolone (ADT), sont souvent utilisés comme traitement de première intention pour un problème limité chez les adultes¹⁵. Une étude expérimentale contrôlée à double insu contre placebo sur l'ADT, effectuée en 2015 auprès de 4 adultes, recommandait un volume d'injection de 8 mL par mois, à une concentration de 2,5 mg/mL¹⁶. Une étude qui comptait 68 patients de moins de 20 ans (sur un total de 219 patients) signalait une amélioration supérieure à 50% dans la repousse des cheveux chez 82% de tous les patients atteints d'une pelade limitée après un traitement intralésionnel avec de l'ADT¹⁷. Par ailleurs, une atrophie réversible de la peau est un effet secondaire constant avec l'utilisation de l'ADT⁹, et dans l'étude expérimentale auprès de 4 adultes mentionnée plus tôt, on a rapporté 5 incidents¹⁶. L'utilisation des corticostéroïdes intralésionnels est limitée chez les enfants, en raison de la douleur et de leur peur des injections, mais ces inconvénients peuvent être atténués en se servant d'aiguilles plus petites, de la distraction ou des crèmes anesthésiques topiques⁵.

Les corticostéroïdes oraux sont un autre traitement dont les doses varient entre 0,8 mg/kg de prednisone par jour (pendant 6 semaines) à 5 mg de dexaméthasone 2 fois par semaine (pendant au moins 12 semaines)^{12,13}. Une étude auprès de 32 patients (9 à 59 ans) qui suivaient un traitement à la prednisone a fait valoir que chez la moitié (47%) des patients, 25% des cheveux ont repoussé et chez le quart (25%), la repousse des cheveux s'élevait à 75%¹². Dans une autre étude auprès de 26 patients (dont 5 avaient entre 10 et 18 ans) souffrant d'une pelade sévère, une dose de prednisone par voie orale (20 mg/jour) était combinée à du méthotrexate (15 à 20 mg/semaine), un immunosuppresseur¹⁸. Parmi les participants à l'étude, 25 avaient eu au moins une repousse partielle des cheveux (> 50%) après 3 à 6 mois de traitement¹⁸. Par ailleurs, il y a souvent d'autres effets secondaires liés aux corticostéroïdes oraux¹⁹. Une étude auprès de 23 adultes traités avec de la prednisone orale a signalé que 55% ont eu des effets secondaires par rapport à 13% dans le groupe sous placebo ($p < ,05$)²⁰. Une récurrence peut aussi survenir chez les patients dans les 4 à 9 semaines suivant l'arrêt du traitement¹⁹. Parmi les effets secondaires des corticostéroïdes oraux figurent le gain pondéral et une éruption acnéiforme¹¹. Plus d'études sont nécessaires pour déterminer l'efficacité à long terme de la thérapie aux corticostéroïdes par voie orale.

Il est aussi possible d'administrer les corticostéroïdes par voie intraveineuse, et ils sont utilisés pour les cas de pelade modérés à graves¹¹. Une étude rétrospective de 2013 décrivait 24 enfants (2 à 17 ans) traités par 3 injections intraveineuses en un jour de 8 mg/kg de méthylprednisolone (jusqu'à 500 mg/dose) une fois par mois (la période du traitement variait entre 2 et 10 mois)²¹. Bien que 13 des 16 patients qui avaient répondu au traitement aient eu une récurrence et aient nécessité un deuxième traitement à la méthylprednisolone ou d'autres stéroïdes, 9 patients ont guéri complètement²¹. La récurrence était définie comme étant légère (perte de 10% de la chevelure) ou grave (perte de tous les cheveux repoussés ou pire)²¹.

Une étude rétrospective de 2012 auprès de 30 patients atteints de la pelade, dont 8 enfants recevant de 10 à 20 mg/kg de méthylprednisolone par jour pendant 3 jours, a fait valoir que seulement 10 des 30 patients avaient eu un certain degré de croissance capillaire à la fin de l'étude¹⁴. Neuf de ces patients ont eu une rechute au moins une fois, dont 6 ont éventuellement guéri complètement, soit spontanément (4 patients) ou avec des stéroïdes topiques (2 patients). L'une des 10 personnes qui avaient répondu initialement au traitement n'a eu aucune repousse, même avec un deuxième traitement avec de la méthylprednisolone. Seulement 3 des 8 enfants dans l'étude avaient une légère pelade ou aucune lors du suivi. Les effets secondaires incluaient, entre autres, de la nausée et des vomissements, des céphalées, des bouffées vasomotrices et de l'hyperglycémie transitoire¹⁴. En dépit de certains résultats positifs, le traitement intraveineux ne peut pas être recommandé en l'absence de plus d'études.

Dans une ERC auprès de 34 adultes atteints d'une pelade modérée à sévère, l'application d'une mousse topique de propionate de clobétasol à 0,05% s'est traduite par une meilleure repousse des cheveux à 89% des zones traitées par rapport à 11% des zones traitées avec une application de placebo (le taux de repousse était évalué au moyen d'un score de repousse semiquantitatif; $p = ,0001$)²². Dans une étude rétrospective de 2015, du propionate de clobétasol topique à 0,05% a été administré concurremment avec des impulsions (p. ex. de fortes doses intermittentes) de dexaméthasone par voie orale dans un groupe de 65 enfants (2 à 18 ans), dont 43% avaient des aires multiples de pelade sur le cuir chevelu²³. À la fin du traitement, dont la durée variait entre 6 et 12 mois selon la réponse des enfants atteints de la pelade, 57% des enfants avaient une repousse capillaire de plus de 75%, et chez 74% de ces enfants, la repousse était complète²³. Comme effets secondaires, on a signalé des céphalées soulagées avec de l'acétaminophène, de même qu'une atrophie du cuir chevelu, qui a disparu 2 mois après l'arrêt du traitement²³.

Indications futures

Parmi les recherches actuelles sur des thérapies novatrices pour la pelade figurent les inhibiteurs des Janus kinase (JAK) comme le tofacitinib, qui est un inhibiteur de tous les JAK, mais qui inhibe plus fortement les JAK3, et le ruxolitinib, qui inhibe plus fortement les JAK1 et les JAK2². Le tofacitinib est homologué par la Food and Drug Administration des États-Unis pour traiter l'arthrite rhumatoïde, et le ruxolitinib est approuvé pour le traitement de la myélofibrose et de la polyglobulie de Vaquez². On croit que la pelade est causée par une réaction auto-immune des cellules T contre les follicules pileux, et les inhibiteurs de JAK suppriment des parties du chemin des JAK-STAT (transducteur de signal et activateur de transcription), qui pourraient participer à cette réaction². Une étude de 2017 dont les participants, qui comptaient 13 adolescents (12 à 17 ans), appliquaient un onguent de tofacitinib topique à 2%, a signalé une amélioration moyenne de 61% dans la repousse des cheveux mesurée à l'aide de l'échelle SALT (outil de mesure de la

gravité de l'alopecie)²⁴. Un score SALT de 100 indique une absence complète de cheveux sur le cuir chevelu, tandis qu'un score de 0 désigne une repousse complète de la chevelure²⁴. Parmi les effets indésirables, il y avait des céphalées (3 patients), des infections des voies respiratoires (4 patients) et des augmentations des niveaux de transaminase hépatique (4 patients); tous ces effets ont disparu pour revenir à la normale²⁴.

Un autre traitement proposé est l'utilisation de plasma riche en plaquettes, offert pour réduire les cicatrices dues à l'acné, favoriser la guérison des plaies et réduire l'enflure dans les transplantations de gras²⁵. Une étude a signalé une augmentation substantielle dans l'expression des β -caténines, qui interviennent dans la croissance des cellules des follicules pileux, après un traitement des papilles dermiques avec du plasma riche en plaquettes²⁶. Une ERC a rapporté une augmentation considérable dans la croissance capillaire ($p < .001$) par rapport à l'utilisation de l'ADT ou d'un placebo, selon une évaluation par des dermatologues à l'aide des scores SALT²⁵. Cependant, il s'agit d'un traitement dont l'efficacité n'a pas été prouvée, et d'autres recherches sont nécessaires.

Conclusion

La pelade est mal comprise et nuit à la qualité de vie. Il n'y a pas de traitement efficace pour les enfants. Des stéroïdes topiques, plus précisément le propionate de clobétasol à 0,05%, sont le plus couramment utilisés dans cette population, parce que c'est le traitement le moins douloureux et qu'il procure des améliorations modérées dans la croissance capillaire. Les thérapies futures pourraient inclure des inhibiteurs de JAK.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r Ran D. Goldman; courriel rgoldman@cw.bc.ca

Références

- Gilthar A, Etzioni A, Paus R. Alopecia areata. *N Engl J Med* 2012;366(3):1515-25.
- Park H, Yu DA, Kwon O. Janus kinase inhibitors: an innovative treatment for alopecia areata. *J Dermatol* 2019;46(8):724-30. Publ. en ligne du 25 juin 2015.
- Ganjoo S, Thappa DM. Dermoscopic evaluation of therapeutic response to an intralésional corticosteroid in the treatment of alopecia areata. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2013;79(3):408-17.
- Caldwell CC, Saikaly SK, Dellavalle RP, Solomon JA. Prevalence of pediatric alopecia areata among 572,617 dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2017;77(5):980-1.
- Wang E, Lee JSS, Tang M. Current treatment strategies in pediatric alopecia areata. *Indian J Dermatol* 2012;57(6):459-65.
- Liu LY, King BA, Craiglow BG. Alopecia areata is associated with impaired health-related quality of life: a survey of affected adults and children and their families. *J Am Acad Dermatol* 2018;79(3):556-8.e1. Publ. en ligne du 7 févr. 2018.
- Lewis-Jones MS, Finlay AY. The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. *Br J Dermatol* 1995;132(6):942-9.
- Bilgiç Ö, Bilgiç A, Bahalı K, Bahalı AG, Gürkan A, Yılmaz S. Psychiatric symptomatology and health-related quality of life in children and adolescents with alopecia areata. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014;28(11):1463-8.
- Messenger AG, McKillop J, Farrant P, McDonagh AJ, Sladden M. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of alopecia areata 2012. *Br J Dermatol* 2012;166(5):916-26.
- Delamere FM, Sladden MJ, Dobbins HM, Leonardi-Bee J. Interventions for alopecia areata. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD004413.
- Gupta AK, Carviel J, Abramovits W. Treating alopecia areata: current practices versus new directions. *Am J Clin Dermatol* 2017;18(1):67-75.
- Olsen EA, Carson SC, Turney EA. Systemic steroids with or without 2% topical minoxidil in the treatment of alopecia areata. *Arch Dermatol* 1992;128(11):1467-73.
- Sharma VK, Gupta S. Twice weekly 5 mg dexamethasone oral pulse in the treatment of extensive alopecia areata. *J Dermatol* 1999;26(9):562-5.
- Staumont-Sallé D, Vonarx M, Lengrand F, Segard M, Delaporte E. Pulse corticosteroid therapy for alopecia areata: long-term outcome after 10 years. *Dermatology* 2012;225(1):81-7. Publ. en ligne du 10 sept. 2012.
- Alkhalifah A, Alsantali A, Wang E, McElwee KJ, Shapiro J. Alopecia areata update: part II. Treatment. *J Am Acad Dermatol* 2010;62(2):191-202.
- Chu TW, Aljasser M, Alharbi A, Abahussein O, McElwee K, Shapiro J. Benefit of different concentrations of intralésional triamcinolone acetonide in alopecia areata: an intra-subject pilot study. *J Am Acad Dermatol* 2015;73(2):338-40.
- Tan E, Tay YK, Goh CL, Giam YC. The pattern and profile of alopecia areata in Singapore—a study of 219 Asians. *Int J Dermatol* 2002;41(11):748-53.
- Anuset D, Perceau G, Bernard P, Reguiai Z. Efficacy and safety of methotrexate combined with low- to moderate-dose corticosteroids for severe alopecia areata. *Dermatology* 2016;232(2):242-8. Publ. en ligne du 7 janv. 2016.
- Strazzulla LC, Wang EHC, Avila L, Sicco KL, Brinster N, Christiano AM et coll. Alopecia areata: an appraisal of new treatment approaches and overview of current therapies. *J Am Acad Dermatol* 2018;78(1):15-24.
- Kar BR, Handa S, Dogra S, Kumar B. Placebo-controlled oral pulse prednisolone therapy in alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 2005;52(2):287-90.
- Friedland R, Tal R, Lapidot M, Zvulunov A, Amitai DB. Pulse corticosteroid therapy for alopecia areata in children: a retrospective study. *Dermatology* 2013;227(1):37-44. Publ. en ligne du 31 août 2013.
- Tosti A, Iorizzo M, Botta GL, Milani M. Efficacy and safety of a new clobetasol propionate 0.05% foam in alopecia areata: a randomized, double-blind placebo-controlled trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20(10):1243-7.
- Lalosevic J, Gajic-Veljic M, Bonaci-Nikolic B, Nikolic M. Combined oral pulse and topical corticosteroid therapy for severe alopecia areata in children: a long-term follow-up study. *Dermatol Ther* 2015;28(5):309-17. Publ. en ligne du 16 juill. 2015.
- Craiglow BG, Liu LY, King BA. Tofacitinib for the treatment of alopecia areata and variants in adolescents. *J Am Acad Dermatol* 2017;76(1):29-32. Publ. en ligne du 2 nov. 2016.
- Trink A, Sorbellini E, Bezzola P, Rodella L, Rezzani R, Ramot Y et coll. A randomized, double-blind, placebo- and active-controlled, half-head study to evaluate the effects of platelet-rich plasma on alopecia areata. *Br J Dermatol* 2013;169(3):690-4.
- Li ZJ, Choi HI, Choi DK, Sohn KC, Im M, Seo YJ et coll. Autologous platelet-rich plasma: a potential therapeutic tool for promoting hair growth. *Dermatol Surg* 2012;38(7 Pt 1):1040-6. Publ. en ligne du 27 mars 2012.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the July 2020 issue on page 499.



Mise à jour sur la santé des enfants est produite par le programme de recherche en thérapeutique d'urgence pédiatrique (PRETx à www.pretx.org) du BC Children's Hospital à Vancouver (Colombie-Britannique). M. Fernando est membre et le D^r Goldman est directeur du programme PRETx. Le programme PRETx a pour mission de favoriser la santé des enfants en effectuant de la recherche fondée sur les données probantes en thérapeutique dans le domaine de la médecine d'urgence pédiatrique.

Avez-vous des questions sur les effets des médicaments, des produits chimiques, du rayonnement ou des infections chez les enfants? Nous vous invitons à les poser au programme PRETx par télécopieur, au 604 875-2414; nous y répondrons dans de futures Mises à jour sur la santé des enfants. Les Mises à jour sur la santé des enfants publiées sont accessibles dans le site web du Médecin de famille canadien (www.cfp.ca).