

# International Hair Newsletter

## DOCTEUR JACK SMADJA DOCTEUR PASCAL REYGAGNE

### Case Report

Il s'agit d'un homme âgé de 51 ans qui a développé une réaction inflammatoire et pustuleuse après une première séance de greffe de cheveux pratiquée à Tunis (Tunisie), en juillet 2005. La réaction a débuté dans les jours qui ont suivi l'intervention : démangeaisons, brûlures du scalp avec apparition de rougeurs diffuses, oedème et suintement des lésions. L'examen clinique du cuir chevelu, réalisé six semaines après l'opération, note des pustules inflammatoires centrées sur les greffons, confluentes à certains endroits en plusieurs plaques diffuses, érythémateuses, infiltrées, érosives, croûteuses et suintantes (photo 1, 2, 3). Les régions non greffées du cuir chevelu et les autres régions pileuses du corps sont indemnes de tout processus inflammatoire pustuleux.

La greffe de cheveux a été pratiquée sous neuroleptanalgie, ce qui est assez inhabituel dans ce domaine de la chirurgie esthétique du cuir chevelu. De ce fait, le patient ne peut nous rapporter les modalités techniques de l'intervention, d'autant plus qu'aucun compte rendu opératoire ne lui a été remis à sa sortie de la clinique.

L'intervention, a consisté en l'implantation de multiples microgreffons à partir d'une bandelette chevelue occipitale dans des fentes sur la zone receveuse du vertex.

La prescription post-opératoire était : pristinamycine per-os, associée à des injections de solupred intramusculaires une fois par jour pendant 8 jours en prévention des risques d'œdème frontal post-opératoire, et hexamidine solution en application locale quotidienne.

Devant l'aspect pustuleux inflammatoire persistant, le patient a eu par la suite plusieurs cures d'antibiotiques per-os : doxycycline, minocycline, pristinamycine et acide fucidique sans aucune amélioration clinique. Les prélèvements mycologiques sont restés négatifs. Les prélèvements bactériologiques ont mis en évidence la présence isolée d'un *staphylococcus épidermidis* qui ne semble pas en rapport avec la réaction cutanée.

Il est alors décidé de faire une biopsie du cuir chevelu, centrée sur des lésions pustuleuses folliculaires. L'histopathologie (Dr. Isabelle Moulouquet) met en évidence des remaniements inflammatoires suppurés des follicules pileux, composés d'amas denses de polynucléaires neutrophiles avec noyaux fragmentés, avec présence également de lymphocytes, de plasmocytes, et d'histiocytes (photo 4). Un follicule pileux est détruit, avec persistance d'une tige pileuse, entourée par le granulome inflammatoire. Des cellules géantes plurinucléées sont visibles en périphérie. Il existe une fibrose nette, avec des fibres de collagène densifiées, des capillaires nombreux. L'épiderme est par endroits remanié par une exocytose de polynucléaires (photo 5). La coloration par le PAS est négative.

### Quel est votre diagnostic ?

Les complications infectieuses post-opératoires après greffes de cheveux sont très rares, de part la vascularisation importante du scalp. Elles sont le plus souvent facilement régressives par une antibiothérapie locale et/ou générale anti-staphylococcique. Elles peuvent cependant être majorées sur un terrain diabétique ou immunodéprimé, ce qui n'était pas le cas de ce patient.

Une réaction à corps étranger est suspectée dès le début de la prise en charge du patient. Sont alors évoquées plusieurs origines à cette réaction, comme la mise en place des greffons trop enfouis sous la peau ou placés à l'envers. La présence de microfragments de cheveux inclus dans les fentes en même

temps que les greffons, une réaction à des dilataeurs en bois qui auraient laissé des débris de bois dans les orifices de préparation des greffons, ou encore une réaction à la poudre des gants chirurgicaux. Aucune de ces hypothèses n'a pourtant été retenue, en raison de l'absence de corps étranger à l'histologie y compris avec examen en lumière polarisée. L'interversion possible des greffons avec ceux d'un second patient, opéré en même temps dans une autre salle opératoire, a également été envisagée, mais également rejetée à son tour du fait de la longue durée du processus inflammatoire et de l'évolution favorable sous médicaments, avec une bonne repousse des greffons implantés.

La folliculite épilante de Quinquaud doit être évoquée en raison de l'aspect clinique pustuleux, de la topographie périfolliculaire et de la richesse de l'infiltrat en polynucléaires. Cependant cliniquement les lésions sont trop diffuses, érosives, peu fibrosantes, peu cicatricielles et n'évoluent pas vers une folliculite en touffes. De plus, la composante épidermique de l'infiltrat à polynucléaire est inhabituelle au cours des folliculites épilantes de Quinquaud.

La cellulite disséquante du cuir chevelu se rapproche plus de l'acné conglobata. Le cuir chevelu est recouvert de nodules inflammatoires, alopeciant et fluctuants avec suppurations ce qui ne correspond pas à l'aspect clinique du cuir chevelu du patient.

Le diagnostic retenu après confrontation anatomoclinique est celui de **pustulose érosive du cuir chevelu**.

La pustulose érosive du cuir chevelu ou dermatose érosive et pustuleuse du cuir chevelu survient le plus souvent chez des femmes âgées (sexe ratio femmes/hommes = 2/1). Le cuir chevelu se parsème de lésions pustuleuses chroniques, qui évoluent vers des plaques croûteuses érosives et confluentes, et dans certains cas seulement, vers une alopecie cicatricielle. Les prélèvements bactériologiques sont habituellement négatifs ou mettent en évidence une surinfection staphylococcique secondaire. La physiopathologie de cette affection n'est pas encore bien comprise et son étiologie est inconnue. Il pourrait, tout comme au cours de la folliculite épilante de Quinquaud, s'agir d'une réponse inflammatoire anormale à certains antigènes bactériens. Il pourrait également s'agir d'une réaction inflammatoire non spécifique pouvant apparaître après différents traumatismes, notamment comme chez notre patient après une greffe de cheveux [1] mais également après exérèse tumorale, greffe de peau, zona, radiothérapie, application de 5FU ou encore de trétinoïne, voire même après une exposition au soleil, souvent sur un cuir chevelu chauve et/ou atrophique [2-6]. Le traitement de cette dermatose rare n'est pas encore codifié. Les cyclines et les antistaphylococciques classiques sont peu efficaces. Certains bons résultats ont été rapportés après utilisation prolongée d'érythromycine *per os*, supplémentation orale en zinc, applications de calcipotriol, de dermocorticoïdes de niveau fort ou très fort, ou encore de tacrolimus topique [7]. Une observation isolée rapporte l'efficacité de l'isotrétinoïne à la dose de 0,75mg/kg [8], mais une pustulose érosive du scalp s'est développée chez un patient en cours de traitement par 30mg/jour d'isotrétinoïne [1].

### **Evolution :**

Après échec des différents traitements anti-infectieux prescrits précédemment (photo 3), devant l'absence formelle de corps étrangers, et par analogie avec la folliculite épilante de Quinquaud, le patient a été mis sous rifampicine et clindamycine comme cela est indiqué dans la prise en charge des folliculites épilantes de Quinquaud résistantes aux traitements usuels [9]. Une association de rifampicine à la dose de 600 mg par jour et clindamycine à la dose de 600 mg pas jour pendant 10 semaines *per os*, associée à une application locale de bétaméthasone crème une fois par jour lui a été prescrite. Après 10 semaines, l'amélioration cutanée est nette avec une disparition quasi complète des pustules et une repousse de la plupart des greffons (photo 6).

## Discussion :

Nous rapportons le deuxième cas de pustulose érosive du cuir chevelu déclenchée par des microgreffes de cheveux, chez un patient inhabituellement jeune pour cette pathologie (âgé de 51 ans). La présentation initiale évoquait une réaction à corps étranger comme cela peut se voir dans les suites opératoires des transplantations de cheveux, ce qui a retardé le diagnostic. L'analyse histologique, en éliminant la présence d'un corps étranger, a permis de poser le diagnostic de pustulose érosive du cuir chevelu. L'exposition solaire en Tunisie au décours immédiat de l'intervention a pu jouer un rôle favorisant.

Notre observation est par ailleurs la première mettant en évidence l'efficacité de l'association rifampicine et clindamycine. Au cours des pustuloses érosives du cuir chevelu, le pus isolé des pustules est habituellement stérile. L'efficacité de la rifampicine est probablement secondaire à ses propriétés immunosuppressives autant qu'à ses propriétés antibiotiques. Tout comme au cours du traitement de la folliculite épilante de Quinquaud, l'association à la clindamycine permettrait d'éviter localement la sélection de germes résistants et d'obtenir une action antibiotique et anti-inflammatoire à la fois. Notre observation a mis en évidence que l'association rifampicine et clindamycine peut être rapidement efficace en 2 mois. La repousse des greffons a été importante et peu de greffons semblent avoir été détruits par le processus inflammatoire ; il n'y a aucune plaque alopécique cicatricielle (photo 7).

Le traitement classique de la pustulose érosive du cuir chevelu repose sur la corticothérapie locale. L'association gluconate de zinc *per os* et corticoïdes locaux forts a été rapportée efficace, en 4 mois dans la première pustulose érosive post-greffe rapportée récemment, et dans 2 autres observations, sans récurrence après 6 mois de suivi [1].

L'association rifampicine et clindamycine pourrait être utile en début de traitement en association à la corticothérapie locale, surtout dans les formes les plus inflammatoires ou les plus surinfectées. Cette association semble plus rapidement efficace que le gluconate de zinc.

Dans notre observation, l'obtention d'une réponse thérapeutique meilleure et plus rapide a permis d'éviter des séquelles cicatricielles et d'obtenir une repousse des cheveux et des greffons de bonne qualité.

## Bibliographie :

1. Kabbaj N.EL, Dereure O, Guillot B. Pustulose érosive du cuir chevelu : 3 cas. Ann Dermatol Venerol 2005 ; 132:475-7.
2. Drouin CA, Cloutier RA. Récurrence après greffe cutanée d'une dermatose Érosive et pustuleuse du cuir chevelu. Ann Dermatol Venereol 1999 ; 126:335-8.
3. Layton AM, Cunliffe WJ. Erosive pustular dermatosis of the scalp following surgery. Br J Dermatol 1995 ; 132:472-3.
4. Grattan CEH, Peachey RD, Boon A. Evidence of a role of local trauma in the pathogenesis of erosive pustular dermatosis of the scalp. Clin Exp Dermatol 1988 ; 13:7-10.
5. TrÜeb RM, Krasovec M. Erosive pustular dermatosis of the scalp following radiation therapy for solar keratoses. Br J Dermatol 1999; 141:763-5.
6. Laffitte E, Panizzon RG, Saurat JH. Delayed wound healing on the scalp following treatment of actinic keratoses: Erosive pustular dermatosis of the scalp. Dermatol Surg. 2004; 30:1610. Comment on: Dermatol Surg. 2003; 29:1052-6.
7. Seez M, Rodriguez-Martin M, Sidro M, Carnerero A, Garcia-Bustinduy M, Noda A. Successful treatment of erosive pustular dermatosis of the scalp with topical tacrolimus. Clin Exp Dermatol 2005; 30:599-600.
8. Mastroianni A, Cota C, Ardigo M, Minutilli E, Berardesca E. Erosive pustular dermatosis of the scalp: a case report and review of the literature. Dermatology 2005; 211:273-6.
9. Powell JJ, Dawber RP, Gatter K. Folliculitis decalvans including tufted folliculitis: clinical, histological and therapeutic findings. Br J Dermatol. 1999;140:328-33.

### Légende des photos :

1/Photo 1 et 2 : nombreuses pustules folliculaires après échecs des traitements antibiotiques : cyclines, pristinamycine, acide fusidique.

3/Photo 3 : plaques croûteuses érosives et confluentes avant le début du traitement par rifampicine et clindamycine

4/Photo 4 : remaniements inflammatoires suppurés d'un follicule pileux composé d'amas de polynucléaires neutrophiles, d'histiocytes et de lymphocytes (Photo Dr. Isabelle Moulonguet)

5/Photo 5 : pustule ostio-folliculaire avec exocytose de polynucléaires au niveau de l'épiderme (Photo Dr. Isabelle Moulonguet)

6/Photo 6 et 7 : guérison après 10 semaines de rifampicine et clindamycine



Photo 1 et 2



Photo 3

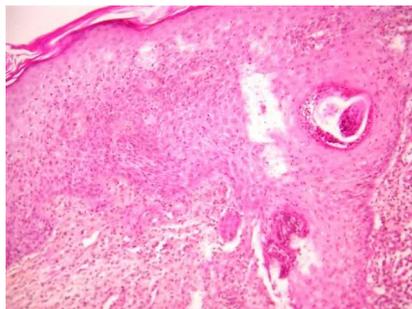
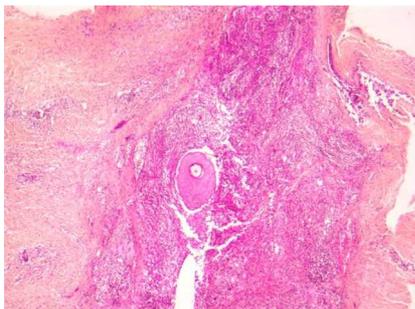


Photo 4 et 5



Photo 6 et 7