



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## CLINIQUE

# Dermatoscopie des cheveux et du cuir chevelu

## Dermatoscopy of hair and scalp

P. Assouly

Centre Sabouraud, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

Reçu le 12 novembre 2011 ; accepté le 16 mars 2012  
Disponible sur Internet le 9 août 2012

L'apport diagnostique de la dermatoscopie [1] apparaît aujourd'hui indéniable devant une lésion cutanée tumorale bénigne ou maligne. L'intérêt de cette technique dans l'examen des cheveux et du cuir chevelu n'a également cessé de croître depuis sa première publication en 1993 [2]. Outre son important apport sémiologique dans l'examen d'un cuir chevelu, le dermatoscope nous renseigne sur le stade évolutif d'une pathologie, nous permet de mieux positionner une biopsie, nous offre une possibilité de comparaison et de quantification simple. Comme tout élément photographiable enfin, il permet l'échange entre médecins.

La dermatoscopie digitale (mal nommée vidéodermatoscopie) augmente le grossissement et pourra apporter des données supplémentaires par rapport à la dermatoscopie sous un simple dermatoscope à main [3]. Elle apporte toutefois à ce jour peu de données spécifiques différentes (en dehors notamment des anses capillaires tortueuses dans le psoriasis).

En pratique, les deux modes de dermatoscopie peuvent être employés : avec ou sans immersion. Ce dernier évite l'appui sur la peau qui modifie les structures vasculaires et la vue de l'inflammation. Lors de l'examen en immersion, généralement (sauf squames épaisses) nul n'est besoin d'un liquide ou gel de contact sur le cuir chevelu du fait de sa richesse en sébum.

## Intérêt sémiologique

Dans les pathologies des cheveux et du cuir chevelu, le dermatoscope peut apporter les éléments diagnostiques suivants :

- aider à différencier une alopecie non cicatricielle d'une alopecie cicatricielle, où les orifices pilaires seront absents ;
- observer l'aspect des orifices pilaires qui peuvent prendre une couleur jaune ou noire par exemple, les squames, certaines pustules quasi invisibles à l'œil nu, etc. ;
- mettre en évidence certaines caractéristiques particulières d'un infiltrat inflammatoire et l'organisation vasculaire de pathologies inflammatoires (alopecies cicatricielles en particulier) ;
- observer les cheveux et leur forme : dystrophiques comme ceux en point d'exclamation ou cadavérisés de la pelade, les cheveux cassés d'une trichotillomanie, permettre le diagnostic de certaines dysplasies pilaires.

## Alopecies

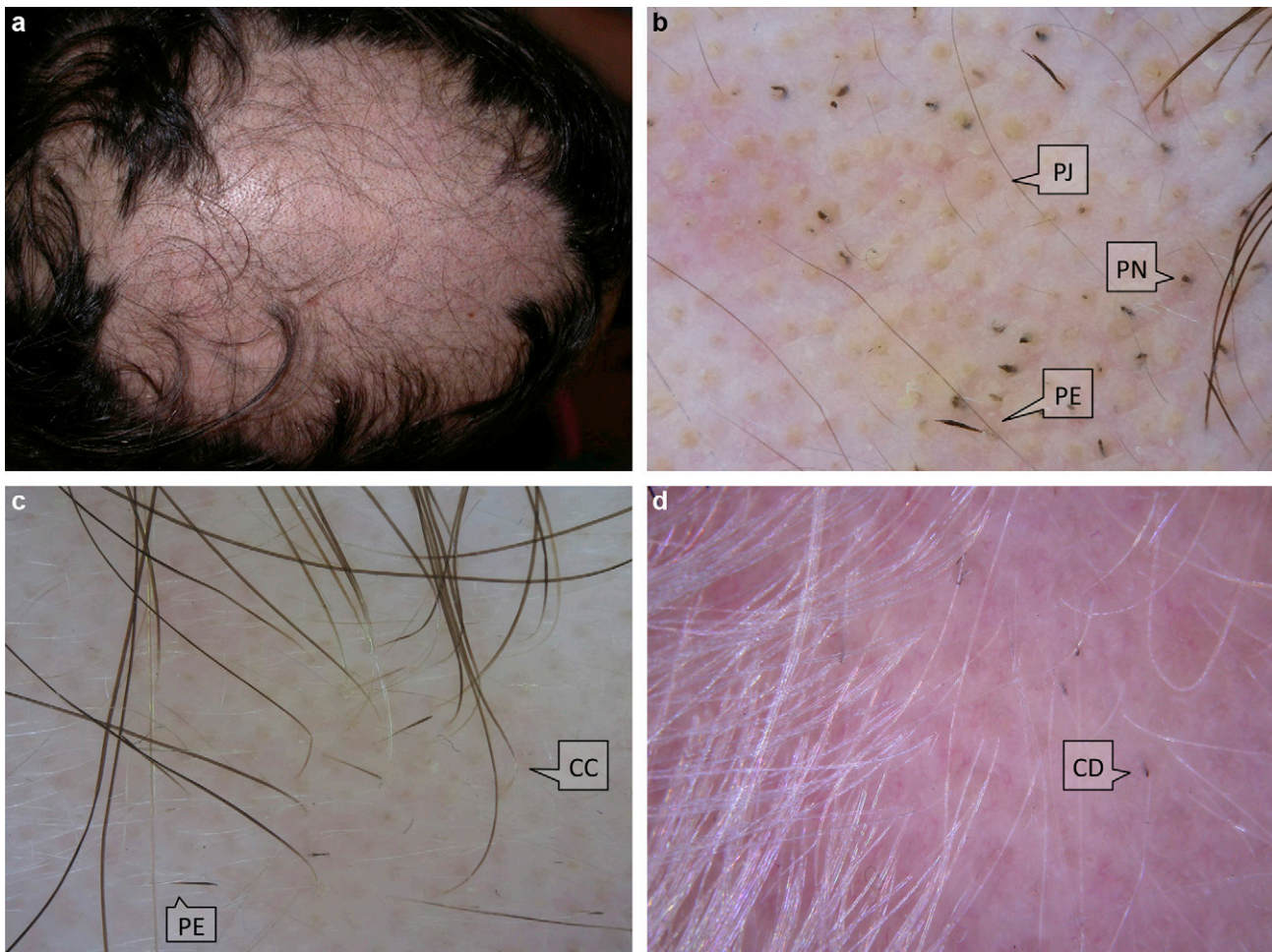
### Alopecies non cicatricielles

#### *Pelade*

On note (Fig. 1) :

- persistance des orifices pilaires : il ne s'agit pas d'une alopecie cicatricielle ;
- points jaunes (*yellow dots*) [4–7] : le point jaune est un orifice folliculaire dilaté, emplis de kératine et de sébum. Il est de couleur jaunâtre ou rose-jaunâtre. Ce n'est pas

Adresse e-mail : p.assouly@wanadoo.fr



**Figure 1.** Pelade : a : pelade en plaques aiguë ; b : dermatoscopie : pelade aiguë avec cheveux en points d'exclamation (PE), points noirs (PN), points jaunes (PJ) ; c : dermatoscopie : cheveux en points d'exclamation (PE) et cheveux coudés (CC) ; d : dermatoscopie : cheveux pigmentés dystrophiques (CD) lors d'une pelade de type « Marie Antoinette ».

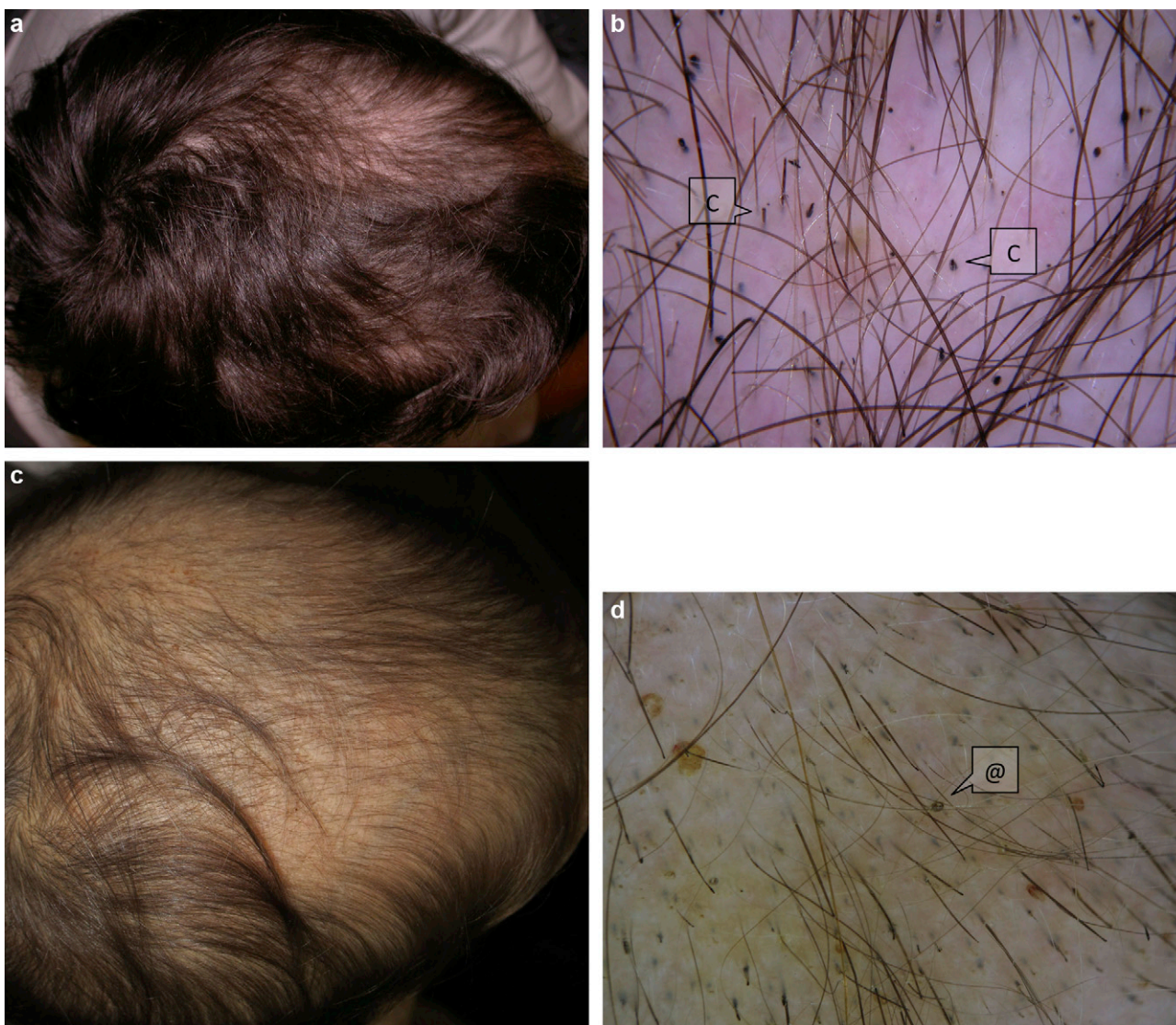
un signe spécifique de la pelade car on le retrouve dans d'autres alopecies non cicatricielles comme les alopecies traumatiques par tension ou l'alopecie androgénétique (AAG) ; on le retrouve également dans certaines alopecies cicatricielles à leur stade de début, voire la cellulite disséquante du cuir chevelu où ils sont alors de grande taille. Toutefois, le point jaune n'est pas visible sur la peau noire. Dans la pelade, les points jaunes sont des éléments clés du diagnostic dermatoscopique et sont particuliers par deux faits : un agencement régulier — contrairement généralement à l'AAG —, avec souvent un grand nombre d'éléments, et leur centre qui peut être gris-noir de contour poussiéreux (qui correspond à des fragments de tige pileaire détruite) ;

- cheveux dystrophiques, de forme et longueurs variées. Le cheveu en point d'exclamation est le plus fréquent, qui sera recherché. On le repèrera tout particulièrement au niveau des zones d'extension des plaques. Si la pelade est très active, il pourra être visible sur toute la surface des plaques voire sur tout le cuir chevelu. Ce fait se voit tout particulièrement si le patient sur-respecte son cuir chevelu craignant le shampooing et mêlé à des squames. Il est à rechercher aussi à distance des

plaques sur des zones apparemment saines, indicateur d'une forte évolutivité de l'épisode en cours [8]. Il est à rechercher avec obstination en cas de suspicion de pelade diffuse, en particulier dans les zones sus-auriculaires. Ces cheveux en point d'exclamation et autres cheveux dystrophiques sont parfois vus entre les cheveux blancs dans les pelades de type « syndrome de Marie Antoinette » (persistance visible à l'œil nu uniquement des cheveux blancs) ;

- points noirs (*black dots*) : ce sont les cheveux cadavérisés. Ils ne sont toutefois pas pathognomoniques de la pelade et nous paraissent parfois visibles en rare quantité sur des cuirs chevelus sains et dans la trichotillomanie ;
- les duvets peuvent persister au sein d'une plaque, apparaître en première repousse. Leur absence de pigment peut les protéger de l'attaque auto-immune ;
- les cheveux « coudés » sont effilés à leur base et se couchent facilement sur le cuir chevelu [9,10] ;
- des cheveux blancs peuvent persister ou apparaître, et sous le dermatoscope est parfois visible un éventuel changement de couleur : une dépigmentation ou une repigmentation le long d'une tige pileaire (phénomène « réglisse-menthe ») ;





**Figure 2.** Trichotillomanie : a : aspect clinique ; b : dermatoscopie : cheveux cassés (C) à différents niveaux et inflammation ; c : aspect clinique chez un enfant de 17 mois ; d : dermatoscopie : cheveux en forme d'arobase (@) et cheveux cassés à différents niveaux.

- la pelade de type Alopecia Areata Incognita est une entité discutée [11,12]. On y trouve théoriquement dans sa description dermatoscopique des cheveux dystrophiques courts et frisés, et de points jaunes. Nous considérons comme d'autres auteurs que cette forme précise correspond davantage à un effluvium télogène aigu surgissant chez un sujet présentant une AAG, qu'à une pelade. L'expression « Alopecia Areata Incognita » pourrait plus simplement correspondre à une pelade diffuse et sortir de sa description dermatoscopique initiale.

Sur peau noire, l'examen dermatoscopique d'une pelade est moins aisé : la pelade peut faussement en imposer pour une alopecie cicatricielle car les points jaunes ne sont pas visibles. Des points blancs (*white dots*) sont en revanche apparents ; ils pourraient mal orienter vers une alopecie cicatricielle car la fibrose folliculaire peut en faire apparaître. Dans le cas présent d'une pelade non biphasique (c'est-à-dire non cicatricielle), ils correspondent à un

équivalent de points jaunes et s'ils sont très petits : dits « en tête d'épingle » aux orifices des glandes eccrines [13,14].

L'examen dermatoscopique informe sur le stade évolutif d'une pelade : cheveux en point d'exclamation en phase active et en zone active, duvets en phase de repousse, points jaunes à tous les stades, souvent dilatés sous une prothèse capillaire occlusive.

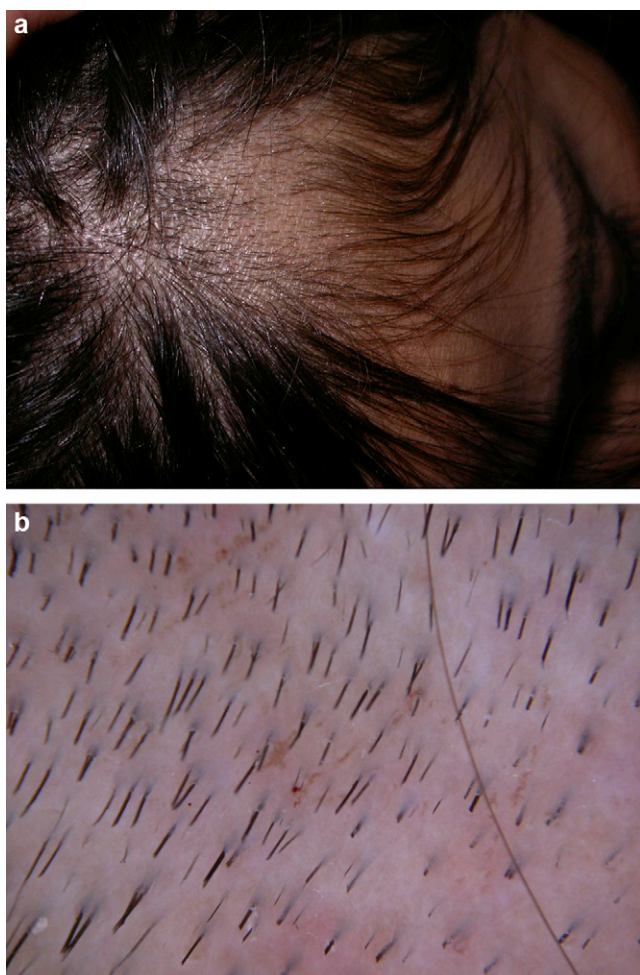
L'examen dermatoscopique des ongles dans la pelade semble sans intérêt particulier, on y retrouvera ce que l'on note à l'œil nu. Sur les zones pileuses du visage : sourcils, barbe ou corporelles on trouvera les mêmes signes que sur le cuir chevelu.

### Trichotillomanie

Les cheveux cassés de longueurs variables sont le point sémiologique essentiel, éventuellement entourés de cheveux normaux (Fig. 2).

Des dystrophies variables de la tige pileaire rompue (fractures longitudinales, extrémité effilée...) peuvent être





**Figure 3.** Trichotemnomanie : a : aspect clinique ; b : dermatoscopie : sections identiques des cheveux et traces de coupures.

notées, probablement selon le mode de traumatisme appliqué au cheveu.

Des cheveux en forme d'arobase (@) là encore selon le type de manipulation [15] que l'on retrouvera dans d'autres sources de traumatismes folliculaires.

Des inflammations périfolliculaires, voire des pustules peuvent être observées.

Des signes éventuels de traumatisme au niveau de la peau peuvent être observés.

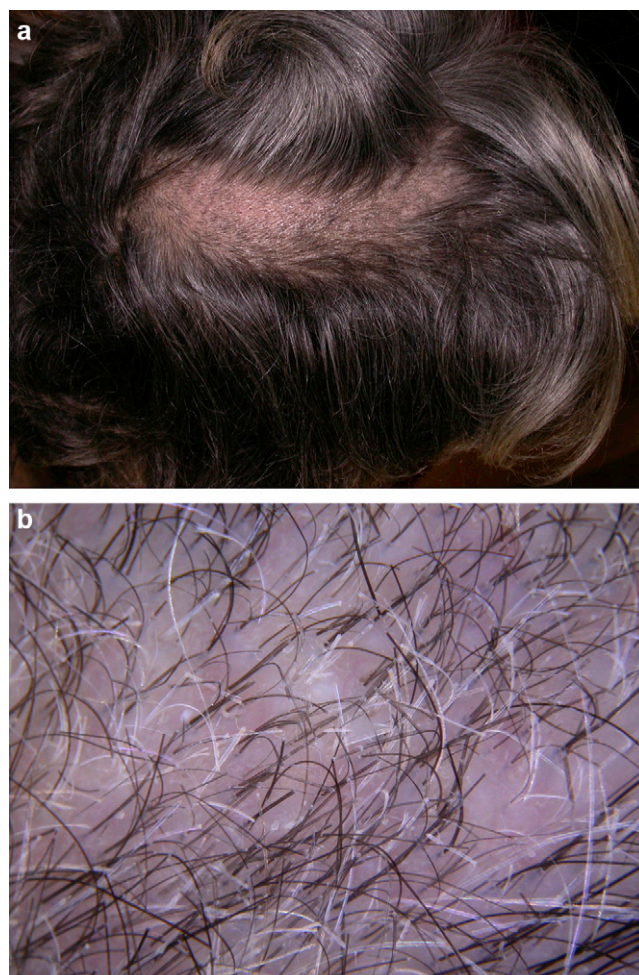
### Trichotemnomanie

L'action de couper ou de raser les poils et cheveux apparaît ici de manière évidente (Fig. 3) :

- section de même longueur de cheveux organisée par zones [16] ;
- section de même orientation à l'extrémité distale des tiges pileaires ;
- éventuelles coupures.

### Trichoteiromanie

Le grattage ou frottement du cuir chevelu donne des cheveux usés et dystrophiques en leur extrémité (Fig. 4). La peau présente des signes équivalents à une névrodermite (hyperpigmentation, épaissement) que l'on retrouve en dermatoscopie.



**Figure 4.** Trichoteiromanie : a : aspect clinique chez une femme de 70 ans ; b : dermatoscopie : cheveux courts avec dystrophies distales.

### Alopécie traumatique par tension

En phase aiguë (Fig. 5) :

- inflammation périfolliculaire à la base des cheveux concernés, pigmentée sur peau mate ;
- pustules éventuelles si la tension est importante et très récente ;
- squames périfolliculaires qui donnent naissance à un manchon (parakératosique) : la gaine coulissante que l'on retrouvera à l'identique le long de la tige pileaire ;
- points jaunes possibles ;
- rares cassures en cas de traction brutale.

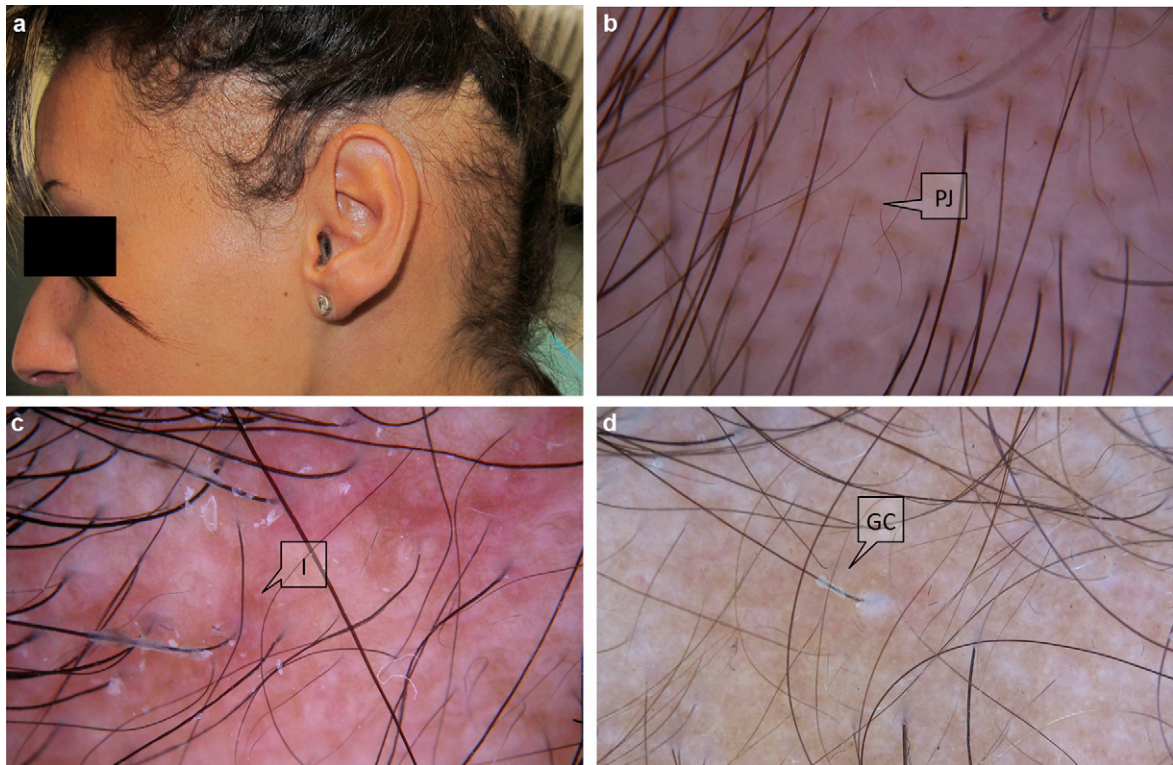
En phase chronique : diminution de la densité des orifices pileaires et réduction des calibres des cheveux lorsque la tension est maintenue au long cours (évolution cicatricielle dite biphasique).

### Alopécie androgénétique

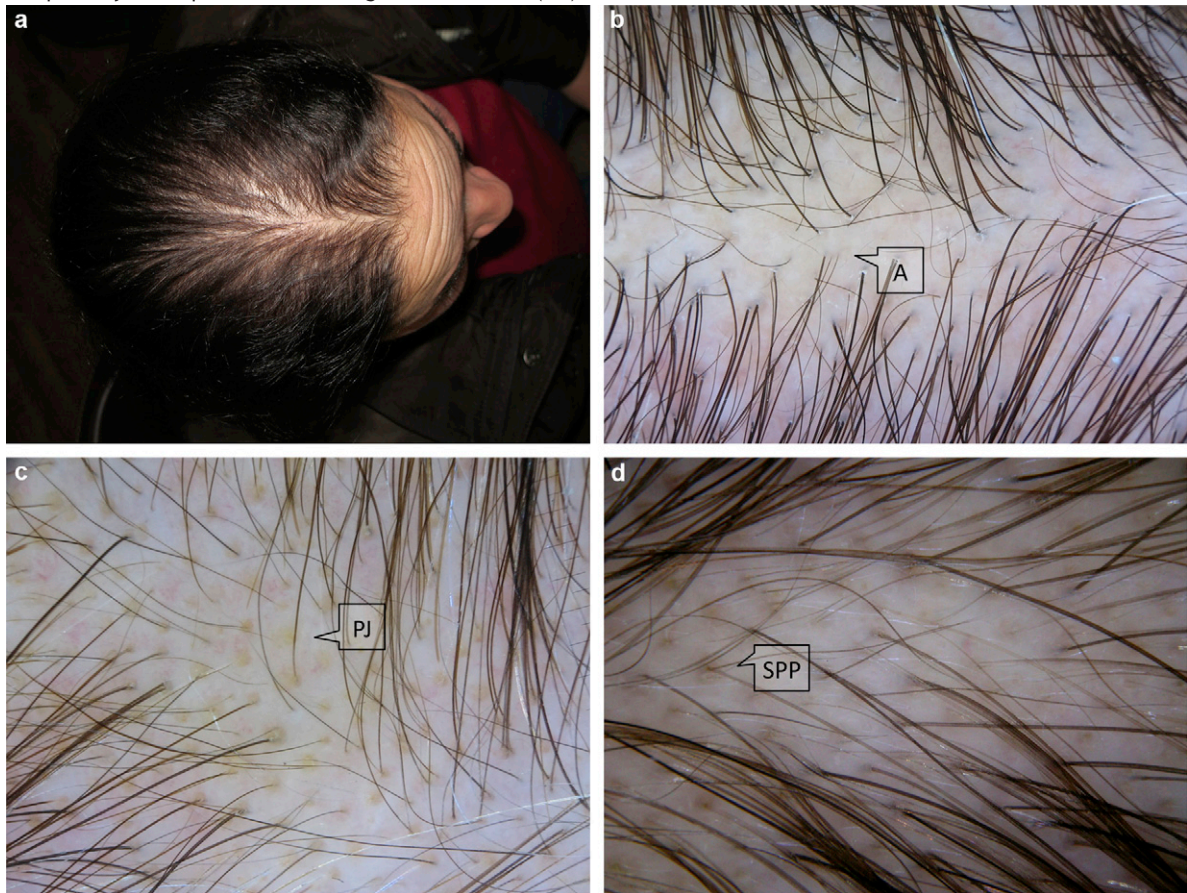
Le diagnostic d'AAG peut être généralement affirmé par l'examen dermatoscopique du cuir chevelu, chez l'homme ou la femme (Fig. 6) :

- diminution de la densité folliculaire sur le vertex ;
- calibres des cheveux plus petits et variés : c'est l'anisotrichose [17] affectant théoriquement plus de 20% d'entre eux pour définir l'AAG ;



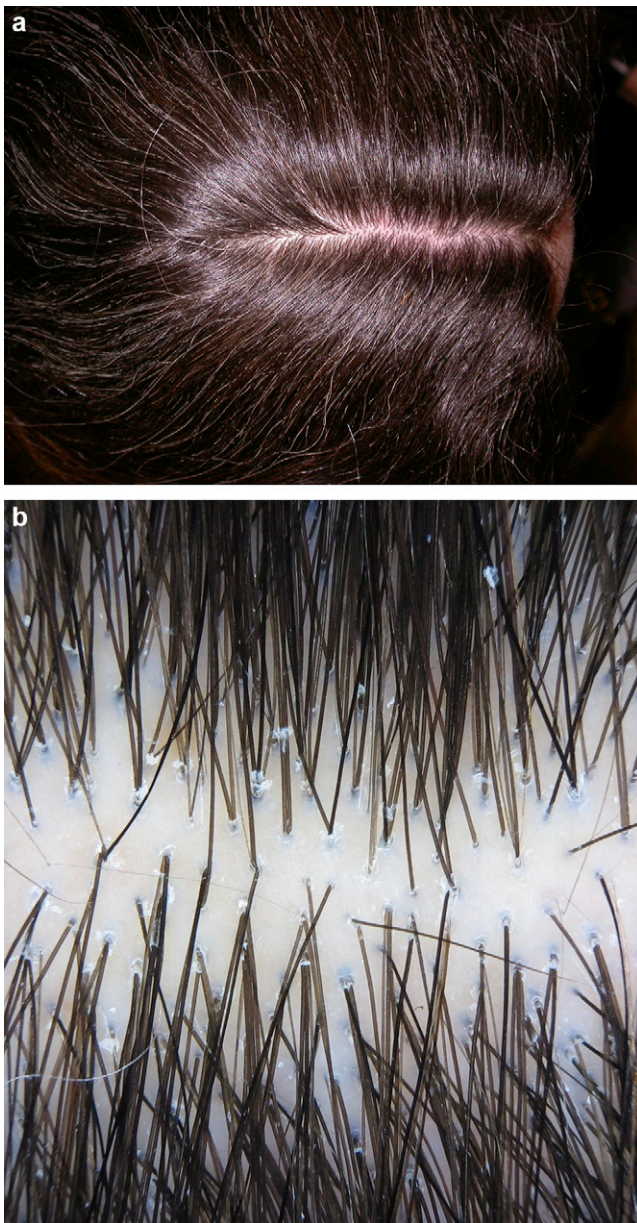


**Figure 5.** Alopecie traumatique par tension : a : aspect clinique (cheveux tirés en arriere) ; b : dermatoscopie : points jaunes possibles (PJ) ; c : dermatoscopie : inflammation perifolliculaire (I) et desquamation, raréfaction des follicules pileux dont le diamètre diminue ; d : dermatoscopie : érythème perifolliculaire et gaine coulissante (GC).



**Figure 6.** Alopecie androgénétique (AAG) : a : AAG féminine ; b : AAG féminine : anisotrichose (A) ; c : AAG féminine : points jaunes (PJ) ; d : AAG masculine : mêmes signes et signe péripilaire (SPP).



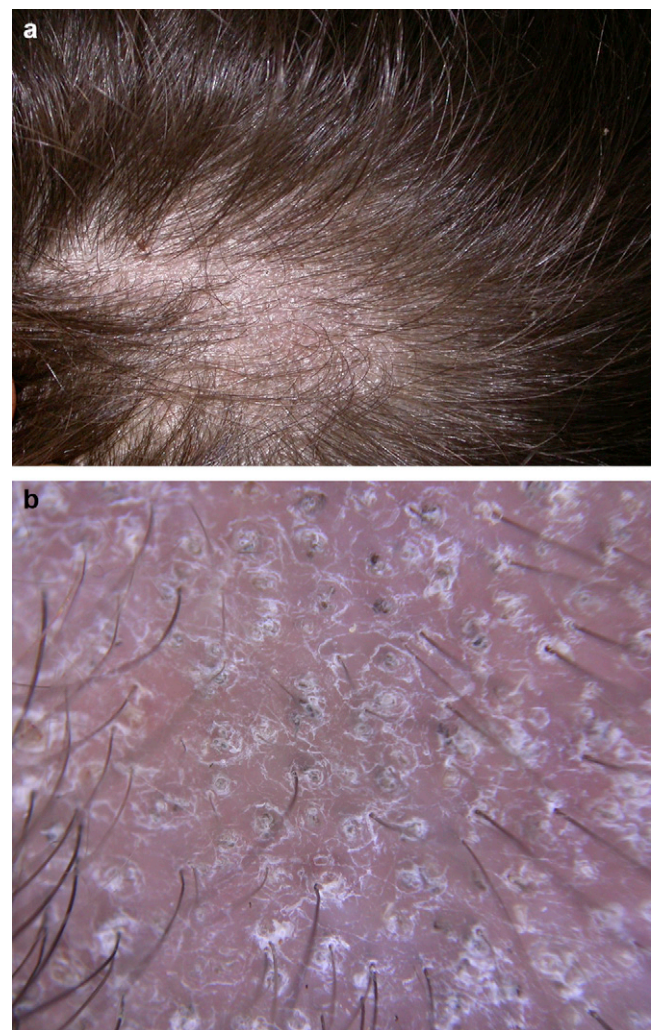


**Figure 7.** Effluvium télogène chronique : a : ETC (femme de 45 ans) ; b : dermatoscopie : isotrichie.

- prédominance d'unités folliculaires à cheveu unique ;
- points jaunes en phase active, moins nombreux, moins organisés que dans la pelade, ils n'ont jamais de point central gris-noir ;
- pigmentation périfolliculaire (signe péripilaire) surtout chez l'homme selon une étude asiatique [18]. Ce halo-brunâtre peut être inflammatoire ;
- pigmentation « en rayon de miel » (*honeycomb pigmentation*), signe sans spécificité particulière de la peau du crâne lors d'une AAG évoluée consécutive à l'exposition solaire.

### Effluvium télogène

À l'opposé de l'AAG : absence de réduction des calibres (que l'on peut qualifier d'« isotrichie »), persistance d'unités



**Figure 8.** Teigne : a : teigne à trichophyton Tonsurans chez un enfant de huit ans ; b : dermatoscopie.

folliculaires à plusieurs cheveux, absence d'inflammation et de points jaunes (Fig. 7).

### Teigne

On observe (Fig. 8) :

- cheveux cassés, squames en particulier périfolliculaires, éventuelles pustules ;
- cheveux dystrophiques particuliers éventuels qui pourraient être une précieuse aide diagnostique : « en virgule » (*comma hair*) dans les teignes microsporiques [19], « en tire bouchon » sur peau noire [20].

### Alopécie triangulaire temporale de Sabouraud [21]

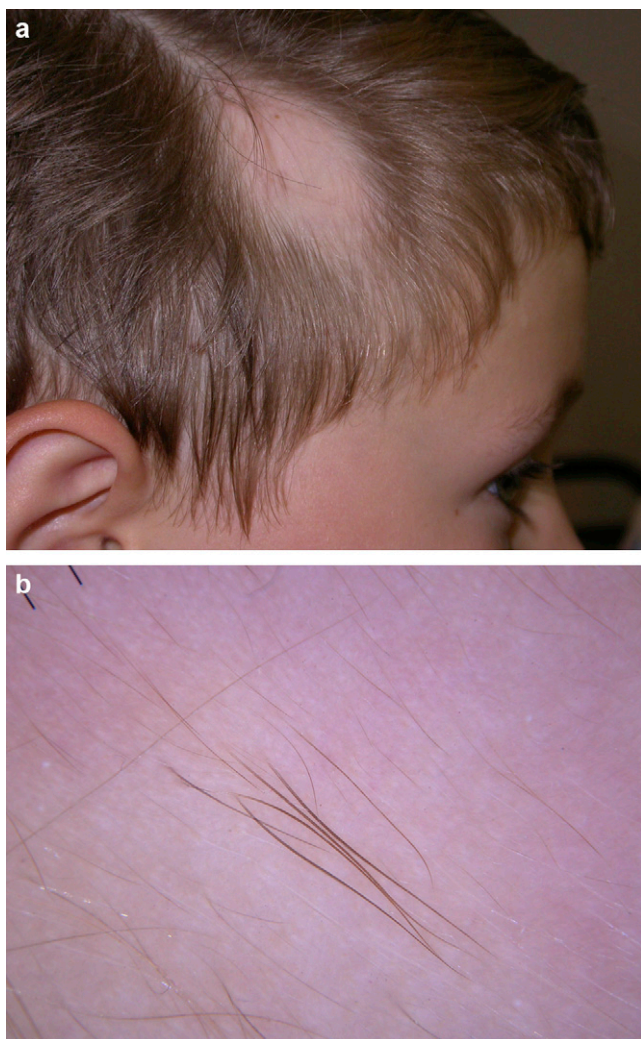
On note (Fig. 9) :

- persistance de duvets ;
- éventuelle existence d'une touffe de cheveux terminaux courts au centre de la plaque ;
- absence de signe de pelade.

### Alopécies cicatricielles

Le point commun y est par définition l'absence d'orifice pileaire au sein des zones précédemment atteintes. Elle peut être précédée de points blancs (fibrose folliculaire) ; des





**Figure 9.** Alopécie triangulaire temporelle : a : enfant âgé de dix ans ; b : dermatoscopie : duvets et touffe centrale de cheveux courts terminaux.

micro-points blancs en tête d'épingle (sur alopecie cicatricielle primaire) peuvent aussi correspondre nous l'avons vu à la visibilité des glandes eccrines. Les points blancs sont surtout vus sur les phototypes foncés (Fig. 10).

#### *Lichen plan pileaire (LPP) et alopecie frontale fibrosante (AFF)*

À la périphérie des plaques actives (Fig. 11 et 12) :

- inflammation rosée péripilaire (allure de gelée de fruit autour de l'orifice pileaire) [22] ;
- desquamation (hyperkératose) péripilaire ;
- éventuelles fausses gaines coulissantes ;
- cheveux dystrophiques éventuels.

Dans l'AFF, un même tableau est noté sur les zones concernées.

L'atteinte pileaire corporelle dans le LPP et l'AFF présente parfois mais non systématiquement loin s'en faut les signes d'inflammation et d'hyperkératose, et de la même manière dans les sourcils pour l'AFF [23].

#### *Folliculite décalvante (de Quinquaud)*

On observe (Fig. 13) :



**Figure 10.** Points blancs (PB) : a : alopecie biphasique sur peau noire (pelade) ; b : dermatoscopie même patient : PB (orifices folliculaires vides ou avec duvet) et micro-PB ( $\mu$ PB) (orifices des glandes eccrines).

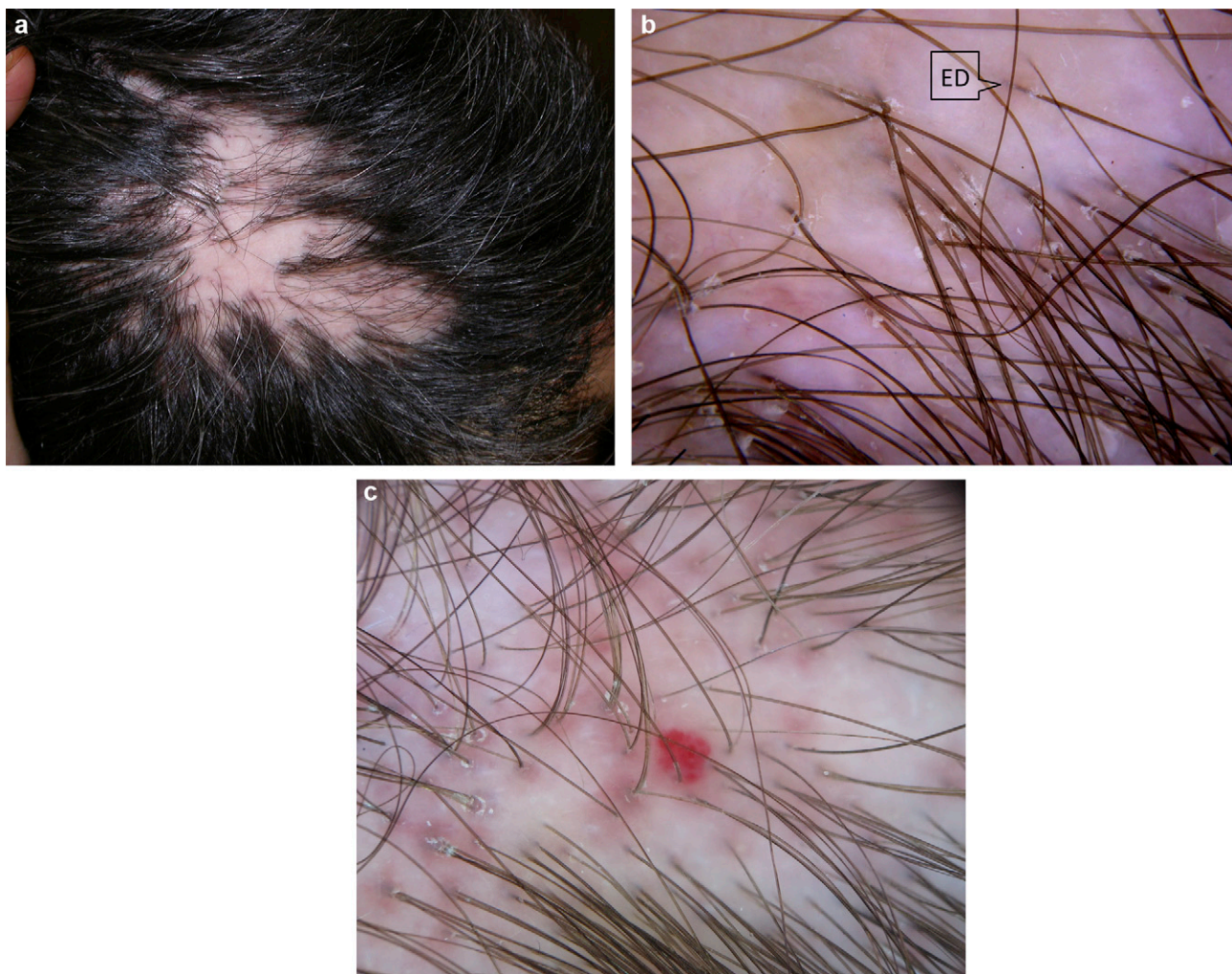
- pustules et croûtes folliculaires ;
- inflammation perifolliculaire et interfolliculaire, visible tout particulièrement sous forme de vaisseaux capillaires étirés et dilatés entourant les cheveux, qui deviennent comme « des pierres dans un torrent ». Fait remarquable, ces vaisseaux semblent suivre le sens d'implantation des cheveux. Ce signe particulier est non systématique mais fréquent ; nous n'avons à ce jour jamais observé d'image de ce type dans d'autres formes d'alopecies. Il est peu vu en cas de pression sur la peau du dermatoscope ;
- à l'opposé outre une clinique sans comparaison, dans les folliculites non cicatricielles comme la folliculite à *Propionibacterium acnes* (Fig. 14) on ne verra là qu'une pustule avec un halo-érythémateux.

#### *Lupus discoïde (LEDisc)*

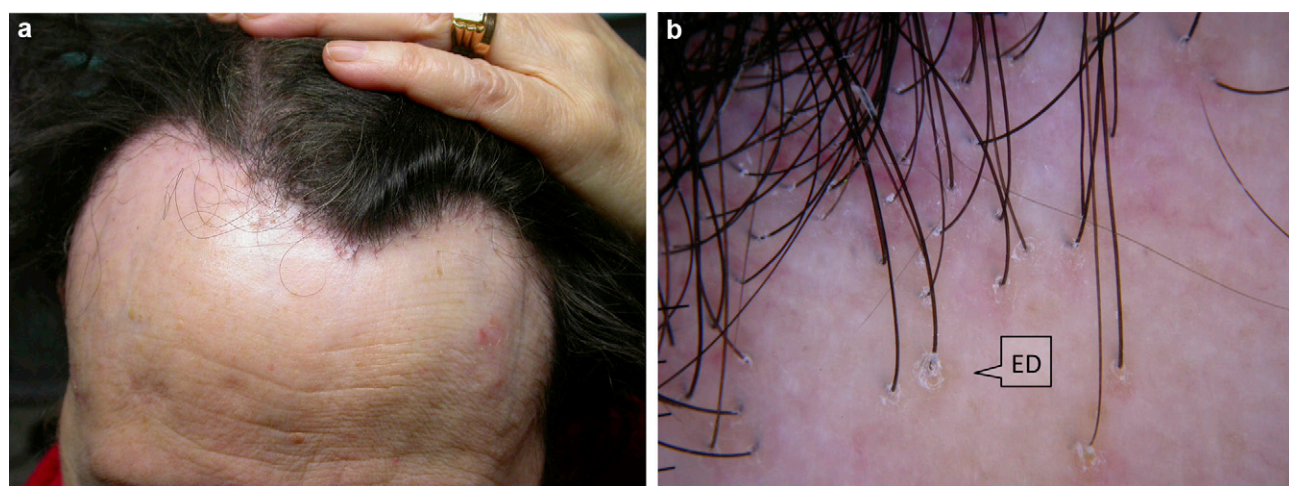
On note (Fig. 15) :

- « méga » points : ce sont les globes cornés en zone active anciennement atteinte. Ils sont de couleur variée selon le phototype ;



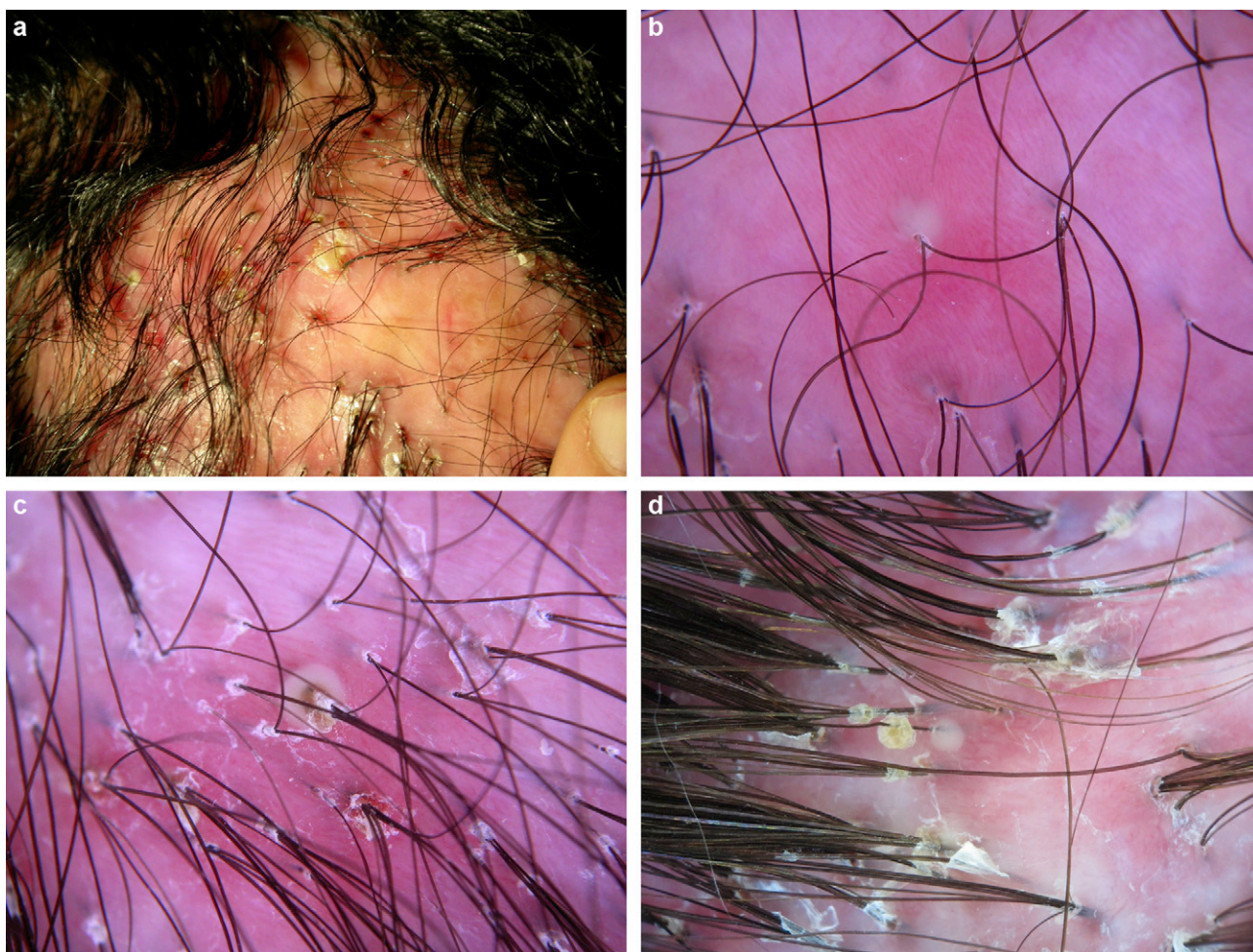


**Figure 11.** Lichen plan pileaire : a : aspect clinique ; b : dermatoscopie : érythème et desquamation périfolliculaires (ED) ; c : dermatoscopie centrée sur un angiome rubis.

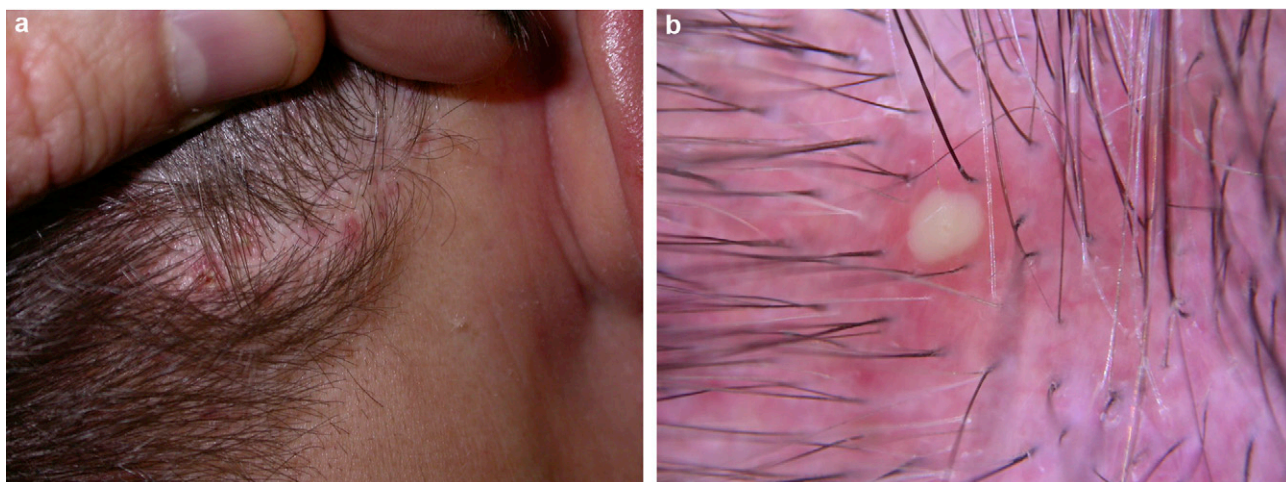


**Figure 12.** Alopecie frontale fibrosante : a : aspect clinique ; b : dermatoscopie : érythème et desquamation périfolliculaire (ED).



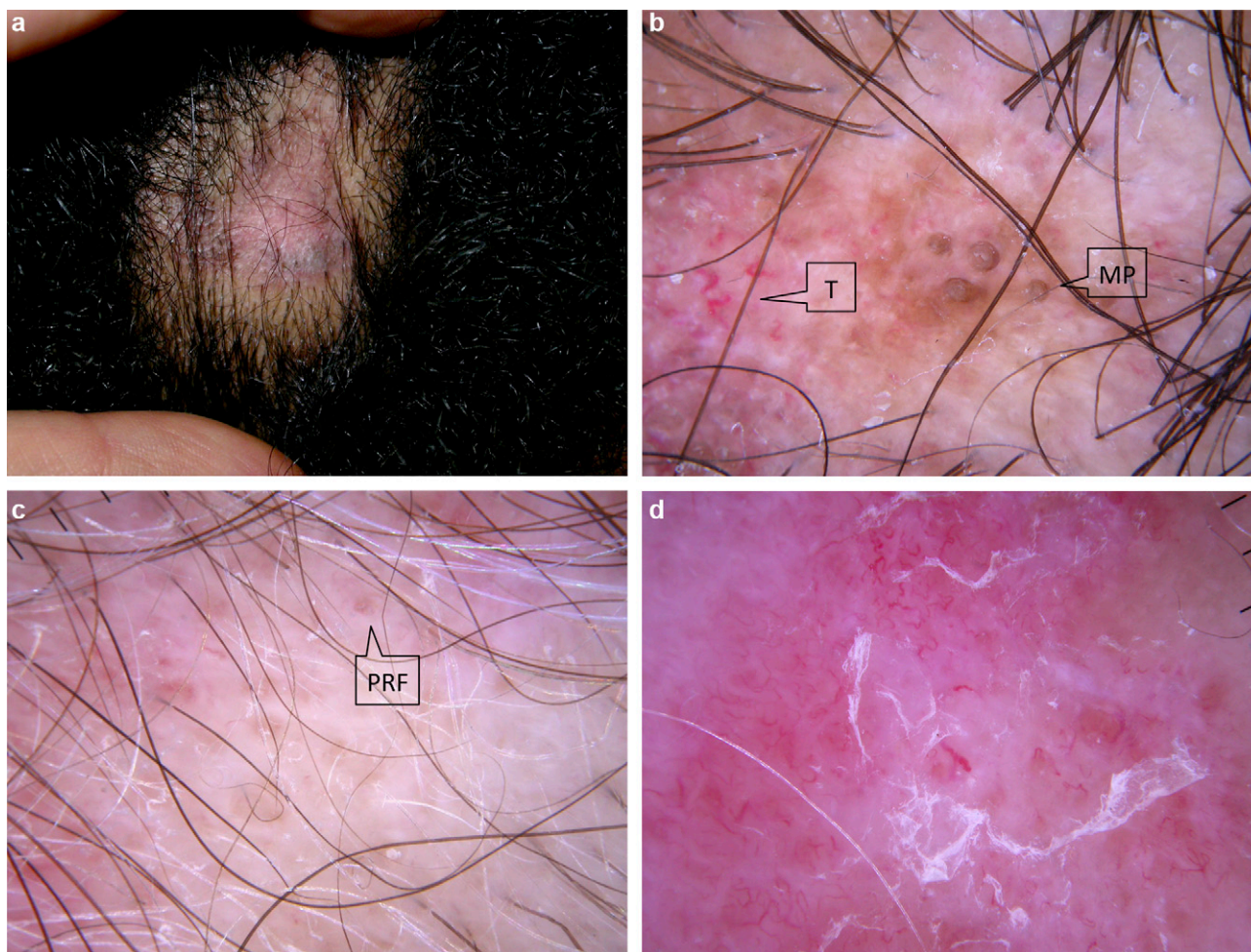


**Figure 13.** Folliculite décalvante (de Quinquaud) : a : aspect clinique ; b : dermatoscopie : stade initial avec aspect « en pierres dans le torrent » ; c : dermatoscopie : même aspect, stade plus tardif ; d : dermatoscopie : stade cicatriciel et toujours inflammatoire gardant cet aspect particulier, avec pustules, croutes, regroupement en touffes des cheveux.



**Figure 14.** Folliculite à *Propionibacterium acnes* : a : aspect clinique caractéristique chez un homme jeune ; b : dermatoscopie : pustule jaunâtre et halo-érythémateux.





**Figure 15.** Lupus érythémateux discoïde : a : aspect clinique chez une patiente de phototype V ; b : dermatoscopie : méga points (MP) et télangiectasies (T) ; c : dermatoscopie : noter les points rouges folliculaires (PRF) en zone active sur la partie gauche du cliché ; d : dermatoscopie : télangiectasies en zone active.

- télangiectasies, parfois arborescentes en zone active, absence de vaisseaux en zone cicatricielle : du fait de l'atrophie épidermique ;
- points rouges folliculaires (*follicular red points*) (0,16–0,47 mm), ce signe serait pour Tosti et al. spécifique du lupus érythémateux chronique dans ses atteintes récentes datant de moins de six mois [24] ; ils ne semblent pas systématiques et peuvent aussi être notés dans un lupus ancien mais actif et peu atrophiant ;
- plages rouges inflammatoires éventuelles ;
- absence de point blanc qui pourrait correspondre à la disparition des glandes eccrines ;
- squames épaisses ;
- dyschromie et pigmentation « en rayon de miel » (non spécifique).

#### *Cellulite disséquante du cuir chevelu*

Les orifices folliculaires sont présents et dilatés comme de gros points jaunes décrits en dermatoscopie digitale comme des bulles de savon (Fig. 16). Ils disparaissent si les nodules persistent laissant place à une alopecie cicatricielle. L'aspect est identique pour les nodules alopeciantes aseptiques du scalp (NAAS) [25].

Zone jaune-rosée centrale de futur abouchement par où peut se vider le nodule.

#### *Autres alopecies cicatricielles*

La recherche des rares pustules présentes dans la pustulose érosive du cuir chevelu peut être facilitée par l'examen dermatoscopique (Fig. 17).

En dehors de l'affirmation du caractère cicatriciel, il est à ce jour difficile de trouver des signes spécifiques dans l'alopecie centrale cicatricielle centrifuge du vertex d'autant que la sémiologie dermatoscopique est plus délicate sur peau noire : peuvent être vus une inflammation périfolliculaire qui nous semble peu spécifique et parfois des pustules. Des points blancs peuvent y être visibles (Fig. 18).

Dans la sclérodémie en coup de sabre, on notera surtout des signes négatifs par rapport aux autres alopecies cicatricielles plus fréquentes que sont LPP, folliculite décalvante et lupus érythémateux discoïde : seules une petite vasodilatation, une dystrophie des cheveux en bordure et quelques points jaunes pourraient être présents au début.

Dans la pseudopelade de Brocq, les signes seront négatifs et notamment on ne retrouvera pas l'inflammation périfolliculaire du LPP [26] (Fig. 19).





Figure 16. Cellulite disséquante du cuir chevelu : a : patient âgé de 28 ans ; b : dermatoscopie : méga points folliculaires.

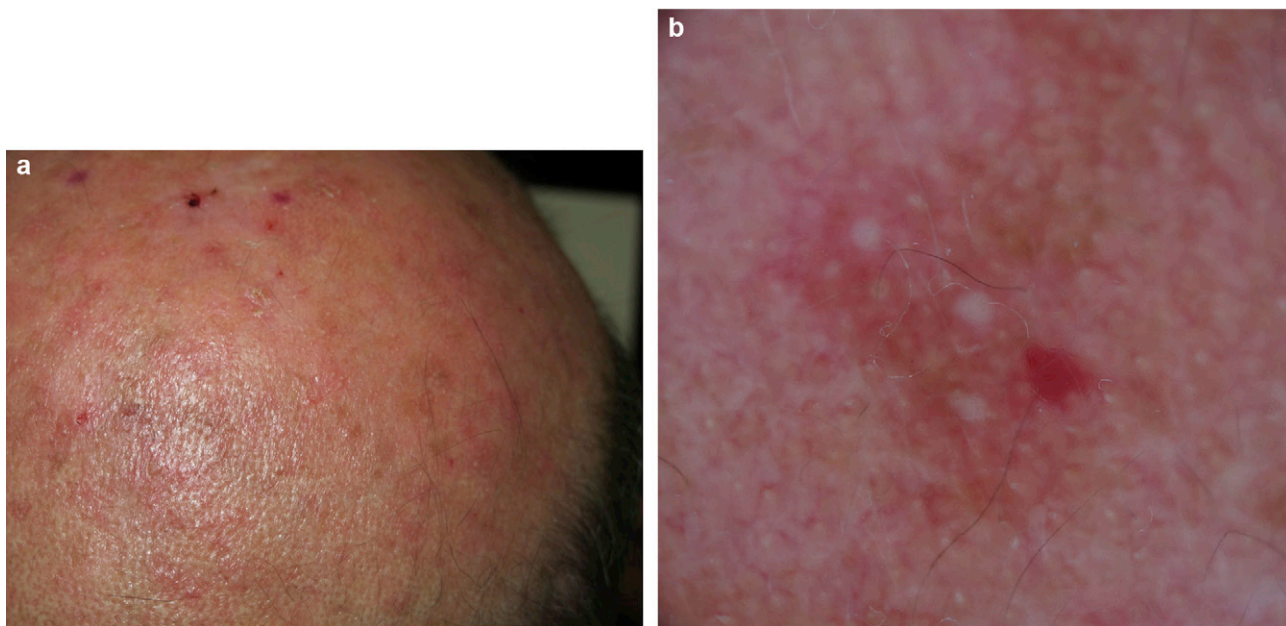
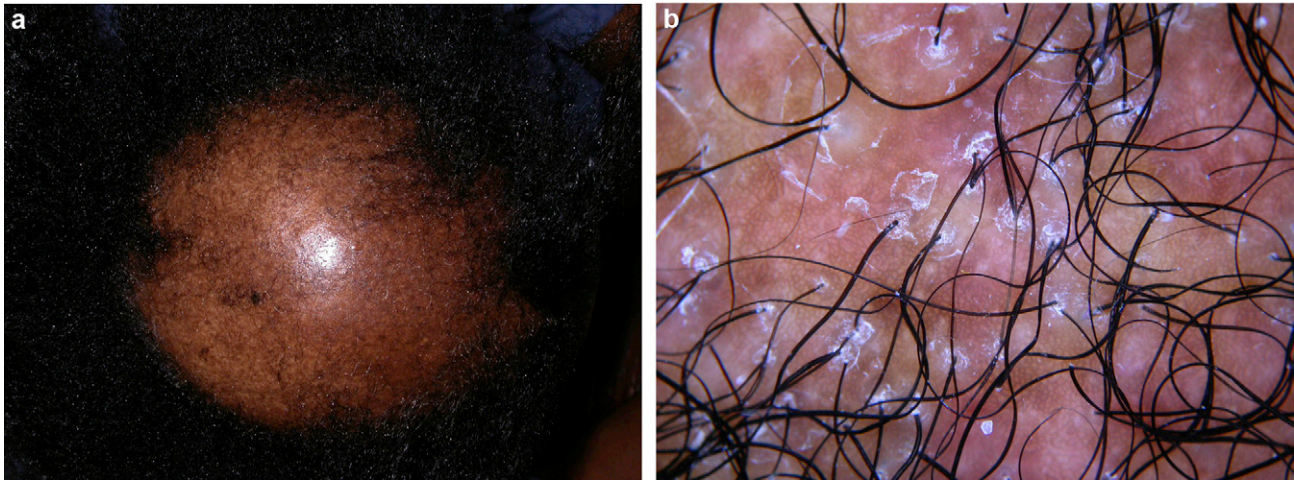
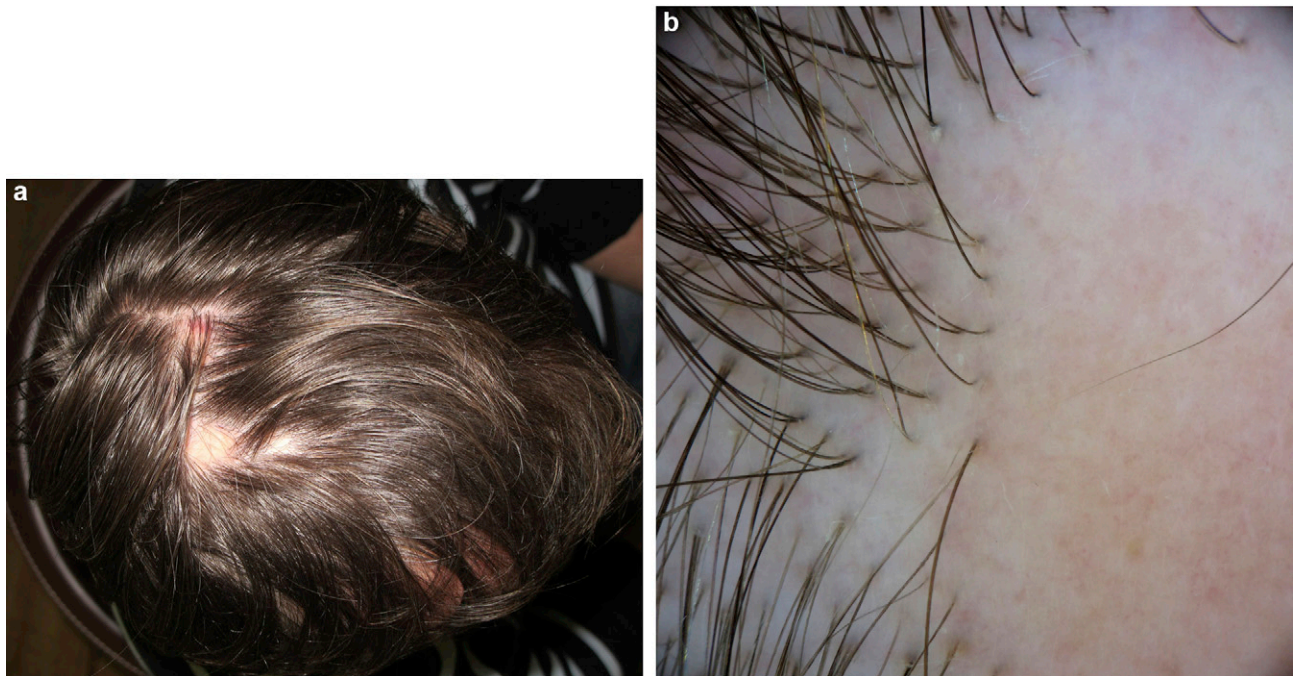


Figure 17. Pustulose érosive du cuir chevelu : a : patient âgé de 72 ans ; b : dermatoscopie : petites pustules visibles.





**Figure 18.** Alopecie cicatricielle centrale centrifuge du vertex : a : aspect clinique ; b : dermatoscopie.



**Figure 19.** Pseudo pelade de Brocq : a : aspect clinique chez un patient de 40 ans ; b : dermatoscopie (noter l'absence de signe de lichen plan pileux [LPP]).

Des points orangés ont été décrits dans deux cas de lésion de sarcoïdose du cuir chevelu [27].

Unités folliculaires à un seul cheveu, réduction de densité des cheveux et de leur calibre apparaissent sous le dermatoscope dans les alopecies radiques ou consécutive aux traitements de chimiothérapie qui donnent lieu à une alopecie cicatricielle (bolus de busulfan, taxanes).

### États squameux

La dermatoscopie peut apporter quelques informations dans la dermatite séborrhéique (DS) ou le psoriasis, dont l'intérêt nous paraît à ce jour limité. Les deux entités s'opposent de ce point de vue par quelques critères : taille des squames, anses capillaires tortueuses (*twisted red loops*)

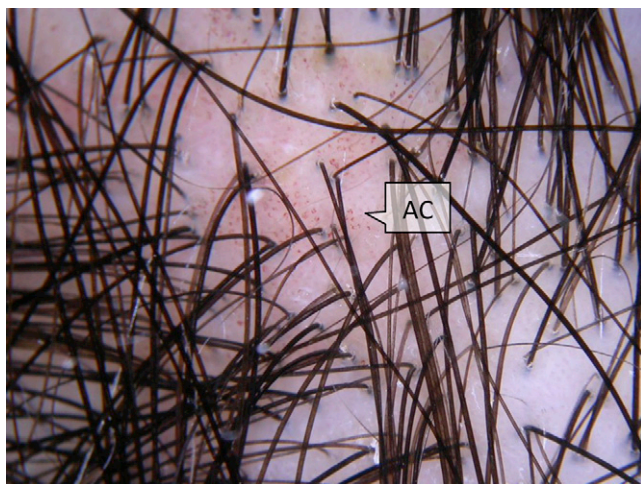
systématiques dans le psoriasis (Fig. 20), seulement pour 20% d'entre elles dans la DS où 80% sont simples (*simple red loops*) [5]. Ces différences ne sont toutefois appréciées qu'en dermatoscopie digitale dont l'agrandissement est supérieur.

Nous avons décrit plus haut les signes correspondants aux teignes.

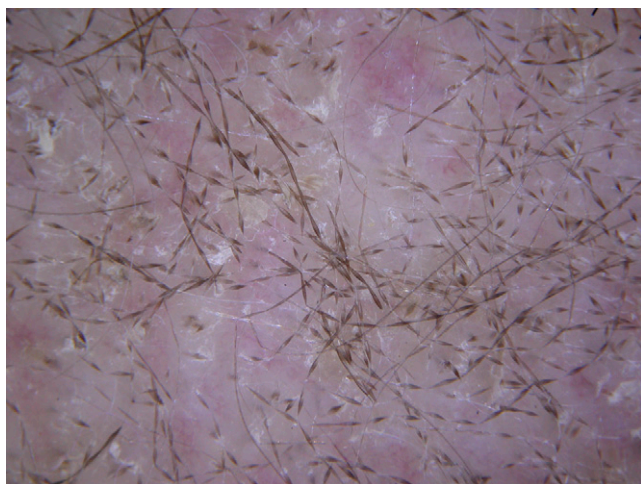
### Dysplasies pilaires

Le diagnostic de certaines dysplasies pilaires peut être réalisé de manière simple par un dermatoscope [28] : pili annulati, cheveux incoiffables, monilethrix [29] (Fig. 21), trichorrhexie noueuse, pili torti (Fig. 22).





**Figure 20.** Psoriasis: grossissement de dermatoscopie (anses capillaires tortueuses [AC]).



**Figure 21.** Monilethrix: « aspect en collier de perles » visible en dermatoscopie.

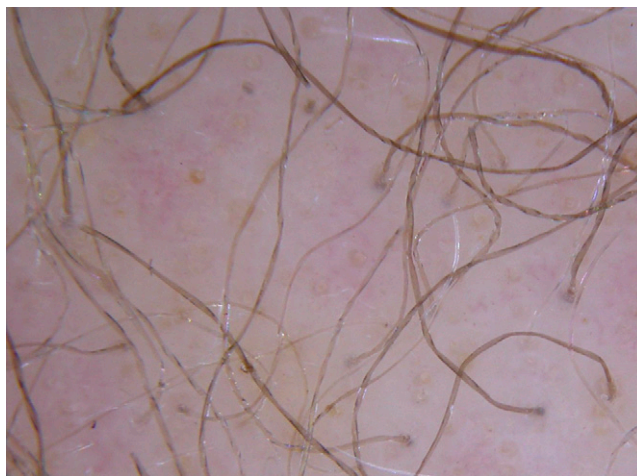
Signalons enfin son utilité diagnostique dans les pédiculoses et la facilité apportée pour différencier les lentes des vraies ou fausses gaines coulissantes péripilaires, ou d'une piedra.

## Tumeurs

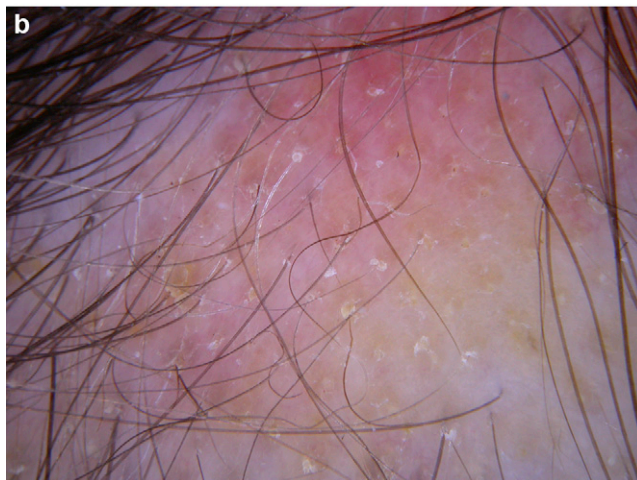
Comme sur les zones glabres, la dermatoscopie facilite le diagnostic des tumeurs cutanées, nous ne décrivons pas ici cette sémiologie.

Un intérêt sémiologique spécifique pour cette région peut être mis en avant dans certains cas particuliers comme l'hamartome organoïde dit verruco-sébacé qui se présente très tôt sous forme de petits points jaunes avant de devenir mamelonné, contrairement à l'aplasie cutanée [30] (Fig. 23); également devant une canitie localisée, où un halo-nævus deviendra évident (cocarde noire et blanche) (Fig. 24).

Au total, la dermatoscopie du cuir chevelu représente un apport décisif sémiologique dans certaines alopecies: il permet notamment de différencier dans les cas difficiles une pelade d'une trichotillomanie ou de certaines alopecies

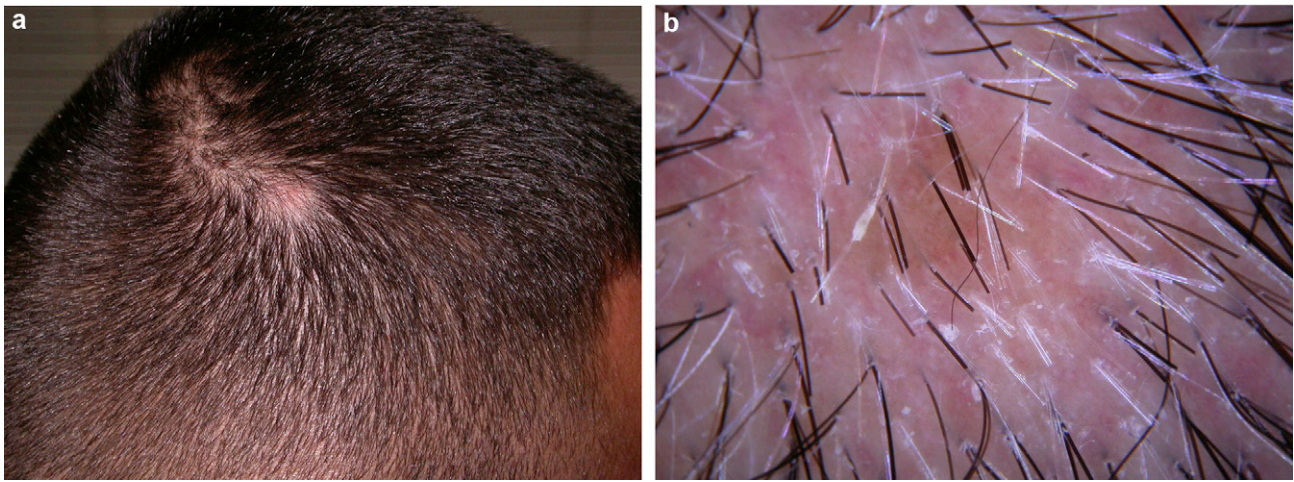


**Figure 22.** Pili torti (et pelade associée): torsions à 180° visibles en grossissement de dermatoscopie.



**Figure 23.** Hamartome organoïde dit verruco-sébacé: a: aspect clinique; b: dermatoscopie.





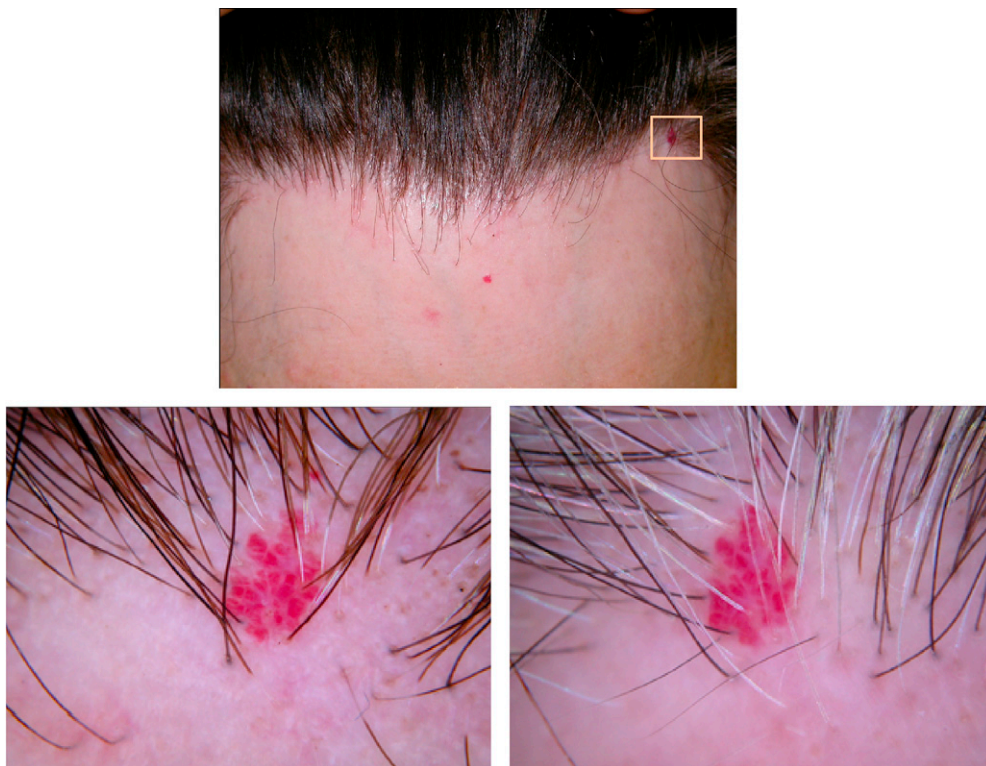
**Figure 24.** Halo-nævus: a : aspect clinique ; b : dermatoscopie (cocarde pigmentaire et structure nævique centrale).

de traction. Son apport est net également dans l'AAG et dans certaines alopecies cicatricielles: LPP, pseudopelade de Brocq, lupus, folliculite décalvante. La dermatoscopie affirme le diagnostic de halo-nævus, de monilethrix. Son intérêt reste cependant marginal dans d'autres diagnostics réalisés à l'œil nu ou par le biais d'examens complémentaires.

### Surveillance d'une alopecie

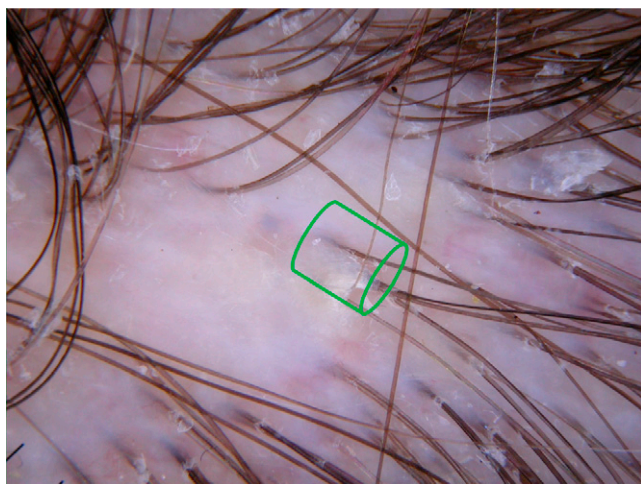
Un autre intérêt de la dermatoscopie est la surveillance évolutive d'une alopecie, cicatricielle ou non (Fig. 25).

Cette surveillance s'effectue naturellement au cours de l'examen par exemple en observant la bordure des plaques de pelade ou une zone de trichotillomanie; elle nécessite des points de repère et des clichés photographiques pour apprécier l'évolution avec ou sans traitement d'une AAG ou d'une alopecie cicatricielle. Au cabinet, le tatouage de repérage pourra être remplacé si possible par un petit nævus, un angiome rubis par exemple que l'on repèrera pour le suivi photographique. Sans égaler la plus rigoureuse valeur des autres examens de quantification plus standardisés de type Trichoscan® ou Foliscope®, cette méthode simple et pratique peut rendre service.



**Figure 25.** Surveillance évolutive centrée sur un point fixe (angiome rubis) d'une alopecie frontale fibrosante.





**Figure 26.** Positionnement de biopsie : noter la zone où peut être placé le punch et l'orientation à lui donner.

### Positionnement d'une biopsie

Lors d'un prélèvement cutané au niveau du cuir chevelu, outre la facilité à délimiter la zone d'exérèse pour une tumeur, le choix de la zone de biopsie s'avère fondamental pour l'anatomopathologiste [31].

Le punch de 4mm est le meilleur compromis pour une biopsie du cuir chevelu. Après avoir noté l'orientation du punch (dans les trois dimensions) dans le sens de l'implantation des cheveux, son positionnement au niveau des zones les plus représentatives est nécessaire. Ce point prend tout particulièrement sa valeur pour une alopecie cicatricielle (Fig. 26).

### Limites

Les divers pigments (teintures, produits de camouflage...) gênent parfois la bonne visibilité du cuir chevelu.

Les corps gras modifient la sémiologie des pathologies squameuses.

Les vaisseaux dilatés secondaires à une corticothérapie locale prolongée sont particulièrement visibles et ne doivent pas induire un mauvais diagnostic (localisation interfolliculaire pour une pathologie traitée par dermocorticoïde au long cours).

L'association d'une alopecie à un état inflammatoire et squameux comme la DS trouble aussi les données.

Sur peau noire, les difficultés diagnostiques sont notables et certains critères sont modifiés par rapport à la peau blanche (critères d'une inflammation, absence de points jaunes).

L'appui de la lame transparente du dermatoscope modifie les structures vasculaires et la visibilité d'une inflammation. Ce fait apparaît notamment lors de la réalisation d'un cliché où l'appareil est appuyé pour la mise au point.

La désinfection du dermatoscope doit être soigneuse afin notamment de ne pas colporter de teigne.

### Conclusion

Branche encore jeune de la dermatologie en plein développement, la dermatoscopie apporte pour l'examen d'un cuir chevelu une nouvelle sémiologie non invasive à notre portée. Avant toutefois de considérer trop tôt certains signes que l'on pourrait à tort avancer comme pathognomoniques, il faudra en vérifier la valeur, la sensibilité et la spécificité. Dès aujourd'hui quoiqu'il en soit, après l'interrogatoire, l'examen clinique à l'œil nu, et avant d'éventuels examens complémentaires, la dermatoscopie prend sa place d'une manière presque évidente.

### Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

### Références

- [1] Ackerman AB. Dermatoscopy, not dermoscopy! *J Am Acad Dermatol* 2006;55:728.
- [2] Kossard S, Zagarella S. Spotted cicatricial alopecia in dark skin. A dermoscopic clue to fibrous tracts. *Australas J Dermatol* 1993;34:49–51.
- [3] Tosti A. *Dermoscopy of hair and scalp disorders*. UK: Informa Healthcare; 2007.
- [4] Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, Kowalska-Oledzka E, Slowinska M. Trichoscopy: a new method for diagnosing hair loss. *J Drugs Dermatol* 2008;7:651–4.
- [5] Ross EK, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:799–806.
- [6] Inui S, Nakajima T, Nakagawa K, Itami S. Clinical significance of dermoscopy in alopecia areata: analysis of 300 cases. *Int J Dermatol* 2008;47:688–93.
- [7] Ardigò M, Tosti A, Cameli N, Vincenzi C, Misciali C, Berardesca E. Reflectance confocal microscopy of the yellow dot pattern in alopecia areata. *Arch Dermatol* 2011;147:61–4.
- [8] Inui S, Nakajima T, Itami S. Significance of dermoscopy in acute diffuse and total alopecia of the female scalp: review of twenty cases. *Dermatology* 2008;217:333–6.
- [9] Inui S, Nakajima T, Itami S. Coudability hairs: a revisited sign of alopecia areata assessed by trichoscopy. *Clin Exp Dermatol* 2010;35:361–5 [Erratum in: *Clin Exp Dermatol* 2010;35:457].
- [10] Shuster S. The coudability sign of alopecia areata: the real story. *Clin Exp Dermatol* 2011;36:554–5.
- [11] Tosti A, Whiting D, Iorizzo M, Pazzaglia M, Misciali C, Vincenzi C, et al. The role of scalp dermoscopy in the diagnosis of alopecia areata incognita. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:64–7.
- [12] Rakowska A, Slowinska M, Kowalska-Oledzka E, Olszewska M, Czuwara J, Rudnicka L. Alopecia areata incognita: true or false. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:162–3.
- [13] Abraham LS, Piñeiro-Maceira J, Duque-Estrada B, Barcaui CB, Sodrè CT. Pinpoint white dots in the scalp: dermoscopic and histopathologic correlation. *J Am Acad Dermatol* 2010;63:721–2.
- [14] Ardigò M, Torres F, Abraham LS, Piñeiro-Maceira J, Cameli N, Berardesca E, et al. Reflectance confocal microscopy can differentiate dermoscopic white dots of the scalp between sweat gland ducts or follicular infundibulum. *Br J Dermatol* 2011;164:1122–4.
- [15] Rudnicka L. What's new in trichoscopy. 10<sup>e</sup> Journée de Sabouraud du 25 juin 2011. [www.centresabouraud.fr](http://www.centresabouraud.fr).



- [16] Gallouj S, Rabhi S, Baybay H, Soughi M, Meziane M, Rammouz I, et al. Trichotemnomanie associée à une trichotillomanie : intérêt diagnostique de la dermatoscopie. *Ann Dermatol Venerol* 2011;138:140–1.
- [17] Sewell LD, Elston DM, Dorion RP. Anisotrichosis: a novel term to describe pattern alopecia. *J Am Acad Dermatol* 2007;56:856.
- [18] Inui S, Nakajima T, Itami S. Scalp dermoscopy of androgenetic alopecia in Asian people. *J Dermatol* 2009;36:82–5.
- [19] Slowinska M, Rudnicka L, Schwartz RA, Kowalska-Oleddzka E, Rakowska A, Sicinska J, et al. Comma hairs: a dermatoscopic marker for tinea capitis: a rapid diagnostic method. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:S77–9.
- [20] Hughes R, Chiaverini C, Bahadoran P, Lacour JP. Corkscrew hair: a new dermoscopic sign for diagnosis of tinea capitis in black children. *Arch Dermatol* 2011;147:355–6.
- [21] Assouly P, Happle R. A hairy paradox: congenital triangular alopecia with a central hair tuft. *Dermatology* 2010;221:107–9.
- [22] Assouly P, Reygagne P. Lichen planopilaris: update on diagnosis and treatment. *Semin Cutan Med Surg* 2009;28:3–10.
- [23] Chew AL, Bashir SJ, Wain EM, Fenton DA, Stefanato CM. Expanding the spectrum of frontal fibrosing alopecia: a unifying concept. *J Am Acad Dermatol* 2010;63:653–60.
- [24] Tosti A, Torres F, Misciali C, Vincenzi C, Starace M, Miteva M, et al. Follicular red dots: a novel dermoscopic pattern observed in scalp discoid lupus erythematosus. *Arch Dermatol* 2009;145:1406–9.
- [25] Abdennader S, Vignon-Pennamen MD, Hatchuel J, Reygagne P. Alopecic and aseptic nodules of the scalp (pseudocyst of the scalp): a prospective clinicopathological study of 15 cases. *Dermatology* 2011;222:31–5.
- [26] Kluger N, Assouly P. Pseudopelade de Brocq. *Ann Dermatol Venerol* 2011;138:430–3.
- [27] Torres F, Tosti A, Misciali C, Lorenzi S. Trichoscopy as a clue to the diagnosis of scalp sarcoidosis. *Int J Dermatol* 2011;50:358–61.
- [28] Wallace MP, de Berker DA. Hair diagnoses and signs: the use of dermatoscopy. *Clin Exp Dermatol* 2010;35:41–6.
- [29] Rakowska A, Slowinska M, Czuwara J, Olszewska M, Rudnicka L. Dermoscopy as a tool for rapid diagnosis of monilethrix. *J Drugs Dermatol* 2007;6:222–4.
- [30] Neri I, Savoia F, Giacomini F, Raone B, Aprile S, Patrizi A. Usefulness of dermatoscopy for the early diagnosis of sebaceous naevus and differentiation from aplasia cutis congenita. *Clin Exp Dermatol* 2009;34:e50–2.
- [31] Cavellier-Balloy B, Assouly P. Apport et limites de la biopsie cutanée dans le diagnostic des alopecies. *Ann Dermatol Venerol* 2009;136:182–98.