Pratique clinique

Folliculite décalvante de Quinquaud

M BELLAKEHAL[(1)], J MARTI[(2)]

(1) 12e Centre Médical des Armées, 178e Antenne Médicale, Agen
(2) 13e Centre Médical des Armées, 107e Antenne Médicale, Poitiers

Auteur correspondant : matt.bellak69@gmail.com

Open access DOI
10.17184/eac.9572

Reçu
le 13 octobre 2023

Accepté
le 20 juin 2024

Publié
le 8 septembre 2025

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Les propos tenus dans cet article n'engagent que les auteurs et ne sauraient être considérés comme constituant la position officielle du Service de santé des armées.

Résumé :
La folliculite décalvante est une pustulose inflammatoire chronique du cuir chevelu responsable d'alopécie cicatricielle secondaire aux poussées.
Il est important de détecter la folliculite décalvante à un stade précoce pour limiter le risque d'alopécie cicatricielle des zones atteintes et l'impact sur la qualité de vie des patients.
Cependant, cette pathologie est peu connue et le retard diagnostic est important. Le traitement est long et les récidives sont fréquentes. Cet article permettra au médecin généraliste de diagnostiquer cette pathologie et d'initier le traitement.

Mots-clés : Alopécie cicatricielle. Folliculite decalvante. Quinquaud. Médecine d'Armée

Abstract:
QUINQUAUD'S FOLLICULITIS DECALVANS
Folliculitis decalvans is a chronic form of inflammatory pustulosis of the scalp responsible for scarring alopecia secondary to flare-ups.
It is important to detect folliculitis decalvans at an early stage to limit the risk of permanent loss of hair in affected areas and the impact on the patient's quality of life.
However, little is known about this pathology, and there is often a significant delay in diagnosis. Treatment is lengthy, and recurrences are frequent. This article will enable general practitioners to diagnose this condition and initiate treatment.

Keywords: scarring alopecia. Folliculitis decalvans. Quinquaud. Military medicine.

1 Cas Clinique

Un patient de 20 ans consulte pour des lésions pustuleuses du cuir chevelu (figure 1), évoluant par poussées depuis l'adolescence et laissant des zones alopéciques d'aspect cicatriciel (figure 2).



Fig. 1 : Folliculite en périphérie de plaques d'alopécie



Fig. 2 : Multiples plaques d'alopécie cicatricielle

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

Plusieurs médecins généralistes ont été consultés. Les diagnostics de folliculite infectieuse, de dermatophytose ou de pelade ont été successivement évoqués.
Les divers traitements se sont tous avérés inefficaces (antibiothérapie locale ou générale en cure courte, antifongiques locaux, dermocorticoides). L'alopécie cicatricielle consécutive aux poussées de pustules folliculaires est évocatrice de folliculite de Quinquaud.
Aucun examen complémentaire n'a été prescrit. Un traitement par doxycycline 200 mg/j pendant un mois a été prescrit et une consultation dermatologique demandée.
Le spécialiste a confirmé le diagnostic et prolongé le traitement pour six mois.

2 Discussion

La folliculite décalvante de Quinquaud est une pustulose inflammatoire chronique du cuir chevelu responsable d'alopécie cicatricielle s'observant dans les deux sexes, mais avec une légère prédisposition masculine. L'affection touche essentiellement des sujets jeunes et l'adulte d'âge moyen, ce qui correspond à notre population militaire.

La physiopathologie exacte n'est pas connue. Elle fait discuter le rôle possible du *staphylococcus aureus*, soit par production de substances cytotoxiques, soit par réaction immunologique de type superantigène (1,2).

Tout le cuir chevelu peut être atteint, sous la forme de poussées pustuleuses récidivantes. L'atteinte d'autres zones pileuses est possible, mais reste exceptionnelle : pubis, barbe, aisselle. La lésion primaire est une folliculite visible en périphérie des plaques d'alopécie, réalisant d'abord un érythème péripilaire, puis une pustule de petite taille centrée par le cheveu. Parfois, un aspect de « cheveux de poupée » où plusieurs follicules émergent d'un orifice folliculaire est associé (polytrichie).
Une croûte se forme ensuite, qui va se détacher en entraînant le cheveu. Au fil des poussées et de la destruction des follicules pileux, des plages d'alopécie cicatricielle se forment. On pourra s'aider de l'examen dermoscopique du cuir chevelu confirmant la nature cicatricielle de l'alopécie devant la disparition des ostiums folliculaires.
Une douleur ou un prurit peuvent accompagner les lésions (2,3). Le retard au diagnostic est souvent considérable (quatre ans en moyenne) alors qu'il est principalement clinique (1).

Les prélèvements bactériologiques et fongiques ainsi que la biopsie cutanée sont utiles pour écarter les diagnostics différentiels que sont (2) :

- la folliculite infectieuse : rarement dépilante, de caractère aigu, avec une réponse rapide aux antibiotiques (antistaphylococciques). Généralement il existe des adénopathies satellites et les prélèvements bactériologiques sont positifs (2,4).

- La folliculite en touffe : se distingue par l'émergence de plusieurs cheveux (5 à 20) dans un seul ostium folliculaire, en périphérie de plaque d'alopécies inflammatoires, mais rarement pustuleuses.

- La folliculite disséquante : rare et touche surtout les hommes à peau noire de 18 à 40 ans. Localisée essentiellement au vertex et à l'occiput, les lésions initiales sont des groupes de nodules parsemés de cheveux facilement arrachés et d'orifices pilaires d'où s'écoulent du pus. Ils confluent ensuite entre eux et communiquent par la formation de sinus.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

- La folliculite fibrosante de la nuque : atteint principalement les hommes à peau noire après l'adolescence et qui est appelée à tort acné chéloïdienne. Localisée à la nuque et à l'occiput, elle commence sous la forme de papulo-pustules inflammatoires folliculaires qui évoluent vers des cicatrices hypertrophiques et une alopécie définitive ; elle est due à une incarnation pilaire des cheveux et poils crépus et à une surinfection secondaire.

Il n'existe pas de traitement qui permette de guérir définitivement la folliculite décalvante. Le but est d'empêcher la survenue de nouvelles lésions inflammatoires pustuleuses et de freiner la progression vers l'alopécie cicatricielle définitive. Les plaques d'alopécie cicatricielle avec atrophie cutanée déjà installée sont définitives et le traitement médical n'est plus efficace à ce stade.

Les études publiées ont un faible niveau de preuve, mais en pratique la doxycycline à la dose de 100 à 200 mg par jour pendant une durée prolongée de six mois est le traitement de première intention (6).

L'isotrétinoine est utilisée à la dose de 0,5 mg/kg/j (contraception obligatoire chez la femme, contrôle biologique avant et pendant le traitement de façon mensuelle et jusqu'à un mois après la fin du traitement, pas d'association aux cyclines car risque d'hypertension intracranienne) par certains auteurs, mais elle est surtout prescrite pour l'acné du cuir chevelu qui peut s'associer à une acné sévère dans d'autres topographies (face ou dos) ou bien être isolée. Le zinc est également une option pour son action anti inflammatoire sous forme de sulfate de zinc (300 à 400 mg par jour) ou de gluconate de zinc (30 mg/j) sur plusieurs mois selon la tolérance digestive.

Enfin, la dapsone constitue une alternative à la dose initiale de 75 à100 mg/j pendant quatre à six mois suivie d'une dose d'entretien de 25 mg/j pendant six mois à un an pour prévenir les récidives. Une recherche de déficit en G6PD (Glucose-6-Phosphate-Déshydrogénase) est indispensable avant l'initiation du traitement.
Elle doit être utilisée avec précaution à cause de ses effets indésirables potentiellement graves : anémie hémolytique, méthémoglobinémie, agranulocytose (2,4-6).

Les autres traitements (tacrolimus topique, photothérapie dynamique, laser dépilatoire, chirurgie) pourront être discutés par le dermatologue.

Conclusion

Il s'agit d'une pathologie rare, mais qui mérite d'être connue afin de porter un diagnostic précoce et éviter une alopécie définitive.

Contribution des auteurs

Rédaction : MB - Relecture : JM

Remerciements au linguiste relecteur : Pierre-Alexandre Clerc.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

Références bibliographiques

1. Benchikhi H, Bentaleb R, Atide N. Folliculite décalvante de Quinquaud. Ann Dermatol Vénéréol. 2007 ;134(1, Suppl 1) :53-4. doi : 10.1016/S0151-9638(07)89081-8
2. Zribi H, Descamps, V. Folliculites décalvantes du cuir chevelu. Ann Dermatol Vénéréol. 2006 ; 133(12) : 1021-29. doi : 10.1016/S0151-9638(06)71094-8
3. Cribier B, Battistella M. Maladies des annexes. Dans : Cribier B, Battistella M, directeurs. La dermatologie : de la clinique à la microscopie. Issy-les-Moulineaux (FR) : Elsevier-Masson ; 2015. p. 389-413.
4. De Viragh P-A. Maladies des poils, des cheveux et du cuir chevelu. Dans : Saurat JH, Lipsker DM, Thomas L, Borradori L, Lachapelle J-M *et al.* Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. 6e éd. Issy-les-Moulineaux (FR) : Elsevier-Masson ; 2017. p. 850-66.
5. Meah N, Harris M. Folliculitis decalvans. Dans : Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J Coulson IH. Treatment of Skin Disease : Comprehensive therapeutic strategies. 5e éd. Philadelphie (US) ; Elsevier ; 2018. p. 970-77.
6. Rambhia PH, Conic RRZ, Murad A, Atanaskova-Mesinkovska N, Piliang M, Bergfeld W. Updates in therapeutics for folliculitis decalvans : A systematic review with evidence-based analysis. J Am Acad Dermatol. 2019 ;80(3) :794-801.e1. doi : 10.1016/j.jaad.2018.07.050

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908