

**UNIVERSITE PARIS VI
FACULTE PITIE-SALPETRIERE**

Année 2006-2007

**ETUDE EPARS II
Etude prospective d'évaluation
du traitement de la chute des cheveux
par mésothérapie**

**MEMOIRE POUR LE
DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE
DE MESOTHERAPIE**

PRESENTE ET SOUTENU

LE 16 MAI 2007

PAR LES DOCTEURS:

**Fadma Gallais-Bouighamedane
Aude Friggeri-Evrard
Fabienne Sala-Willerval**

ETUDE EPARS II

Etude prospective d'évaluation du traitement de la chute des cheveux par
mésothérapie

Docteurs: Fabienne Sala

Fadma Gallais

Aude Friggeri

Je soussigné(e) _____

habitant _____

certifie avoir reçu toutes les informations concernant le traitement de l'alopecie par

mésothérapie du cuir chevelu réalisé par le Docteur _____

A _____, le _____

Docteur

Patient

I.	INTRODUCTION.....	3
II.	RAPPELS SUR L'ALOPECIE.....	4
	II.1 Physiopathologie.....	4
	II.2 Etiologie.....	5
	II.3 Diagnostic.....	6
	II.4 Traitements actuels.....	9
	a.Traitements médicamenteux.....	9
	b.Chirurgie.....	11
III.	OBJECTIF DE L'ETUDE.....	11
IV.	METHODOLOGIE.....	12
	IV.1 Critères d'inclusion.....	12
	IV. 2 Critères d'exclusion.....	12
	IV.3 Interrogatoire et examen clinique du patient.....	12
	IV.4 Le score « EPARS ».....	13
	IV.5 Technique et mélange utilisé :.....	14
	IV.6 Durée de l'étude et suivi.....	14
V.	RESULTATS.....	15
	V.1 Caractéristiques de la population.....	15
	a. Age.....	15
	b. Sex ratio.....	15
	c. Origine.....	15
	d. Traitements associés en cours.....	15
	e. Stades d'alopecie/stade EPARS à J0.....	16
	f. Bilans à J0, J28 et J60.....	16
	g. Observance.....	16
	h. Tolérance.....	16
	V.2 Analyse des résultats.....	17
	a. Résultats généraux.....	17
	b. Résultats en fonction du sexe :.....	17
	c. Résultats en fonction de l'âge :.....	18
	e. Résultats en détail du score « EPARS ».....	20
VI.	RESULTATS GROUPE DES 2 ETUDES.....	25
	VI. 1 Caractéristiques de la population.....	25
	a. Age.....	25
	b. Sex ratio :.....	25
	b. SCORE EPARS à J0, J28 et J60.....	25
	c. Résultats en fonction du sexe.....	26
	d. Résultats en fonction de l'âge.....	26
	e. Résultats en fonction du stade de départ.....	28
VII.	DISCUSSION.....	29
	VII.1 Résultats positifs d'EPARS II.....	29
	VII.2 Disparité EPARS I / EPARS II.....	30
	a. Moyenne d'âge.....	30

b. Femmes	30
c. Echantillon plus large.....	30
d. Selon les stades de l'alopecie	30
VII.3 Résultats obtenus sur l'échantillon EPARS I + EPARS II.....	30
a. Moyenne d'âge	31
b. Sex-ratio.....	31
c. Stades	31
VII. 4 Faut-il modifier le protocole?.....	31
a. Durée	31
b. Produits	32
VII.5 Diffusion de l'information	32
VIII. LIMITES DE L'ETUDE.....	32
IX. CONCLUSION	33
X. BIBLIOGRAPHIE	34
XI. ANNEXES	35
X.1 Annexe I : Photos.....	36
X.2 Annexe 2: Recueil de données.....	37
X.3 Annexe 3: Commentaires des patients.....	39
X.4 Annexe 4: Protocole.....	40

I. INTRODUCTION

La mésothérapie inventée par le Docteur Michel Pistor en 1952 permet par injections très superficielles de déposer des principes actifs, à très faibles doses, le plus près possible de la zone symptomatologique avec secondairement une action loco-régionale rapide et durable. C'est la seule thérapeutique qui donne un tel effet. "C'est la plus douce des allopathies et la plus allopathique des médecines douces."

La mésothérapie est déjà utilisée depuis quelques années dans le traitement de l'alopecie mais aucune étude jusqu'en 2006 n'avait encore été réalisée à ce sujet.

L'étude prospective d'évaluation du traitement de la chute des cheveux par mésothérapie (EPARS I) réalisée en 2006 dans le cadre du Diplôme Inter-universitaire de Mésothérapie a laissé paraître des résultats satisfaisants dans ce domaine. Cependant, les résultats n'ont pu être traités significativement par manque de puissance de l'étude: effectif insuffisant et population inhomogène (âge et sex-ratio).

La satisfaction des patients ainsi que celle des investigateurs de l'étude EPARS I concernant la réponse au traitement par mésothérapie, interpelle et incite à reprendre cette étude pour augmenter sa puissance afin d'obtenir les résultats significatifs escomptés. Nous appellerons cette deuxième étude EPARS II. Il s'agit avant tout d'augmenter l'effectif de patients et le sex-ratio; nous ne modifierons pas le protocole mis en place dans EPARS I.

Après quelques rappels sur la physiologie du cuir chevelu et l'alopecie nous reprendrons la méthodologie de l'étude EPARS I. Nous ferons part ensuite, des résultats de EPARS II avant de les analyser, et de les comparer à ceux de EPARS I ; puis enfin d'associer les deux populations pour analyser l'échantillon global.

II. RAPPELS SUR L'ALOPECIE

II.1 Physiopathologie

Structure du cheveu [1]:

Le cheveu est une tige de kératine, produite au fond d'une invagination épidermique : le follicule pileux. Celui-ci se compose de trois parties : le bulbe, la tige pileuse kératinisée et les gaines épithéliales interne et externe.

Le bulbe est la zone protectrice, située à la base du follicule et reposant sur une papille dermique richement vascularisée. Les cellules du bulbe au contact de la papille dermique, constituent la zone matricielle. Ces cellules se différencient en cellules corticales.

La tige pileuse constitue son cortex par ces cellules corticales qui se chargent progressivement en kératine au fur et à mesure de leur ascension.

La kératine est le principal constituant du cheveu : elle contient la plupart des acides aminés dont la cystéine. Ces chaînes d'acides aminés ont un arrangement préférentiel qui définit la structure secondaire : c'est l'hélice, stabilisée par des ponts hydrogènes intracaténaux. La chaleur humide permet une dénaturation partielle de la kératine par rupture de ces ponts hydrogènes avec pour conséquence un allongement du cheveu jusqu'au double de sa longueur. La présence de la cystéine permet l'élaboration de ponts disulfures intercaténaux.

Les gaines épithéliales interne et externe entourent le cortex à l'intérieur du follicule pileux. La gaine épithéliale externe n'est qu'une invagination de l'épiderme.

Cycle pileux:

Phase anagène : c'est la phase de croissance qui dure en moyenne 3 ans ; sa durée varie selon la région anatomique, l'âge et le sexe.

Le follicule pénètre dans le derme en se glissant dans les gaines conjonctives collabées de l'ancien poil. Puis l'extrémité distale du cheveu atteint la glande sébacée ; les cellules matricielles activent alors la papille dermique. Le diamètre et la longueur du poil seront proportionnels au volume de la papille.

Phase catagène : c'est une phase d'involution qui dure environ 2 semaines. Les cellules matricielles cessent leur activité mitotique. Le follicule se raccourcit et diminue de volume. C'est l'apoptose.

Phase télogène : phase précédant la chute du cheveu qui dure environ 2 mois. La chute est un processus actif qui s'effectue lors de la repousse d'une nouvelle tige pileaire.

La durée d'un cycle va dépendre de la durée de la phase anagène.

La longueur d'un poil est fonction :

- de la durée de la phase anagène
- de la vitesse de croissance du poil

La chevelure d'un homme adulte se compose de 100 000 à 150 000 cheveux. La densité des cheveux est d'environ 200 follicules par cm².

Le nombre de cycles au cours d'une vie est de 25 à 30 dans le meilleur des cas, c'est à dire pour les cheveux des régions occipitales et latérales. [2]

La vitesse de repousse du cheveu est d'environ 1 mm tous les trois jours (1 à 1.5 cm/mois). Cependant les cheveux poussent plus ou moins rapidement selon leur localisation (plus vite au vertex, plus lentement sur la nuque), le sexe, l'ethnie, l'âge, les saisons.

L'alopécie peut résulter de plusieurs mécanismes :

- Anomalie de la structure de la tige pileaire : génétique ou acquise (dystrophie, trichotillomanie)
- Défaut de production du cheveu : par carence, troubles endocriniens (dysthyroïdie), d'origine androgénogénétique ou par arrêt du cycle pileaire en phase anagène ou effluvium anagène d'origine toxique.
- Destruction de la tige pileaire par des agents infectieux kératinophiles
- Destruction du follicule pileux d'origine physique, inflammatoire, infectieuse, tumorale : alopecie dite cicatricielle
- Réponse immune dirigée contre le follicule pileux (pelade)
- Chute excessive par entrée prématurée en phase télogène

II.2 Etiologie[3]

A) Alopecies congénitales

B) Alopecies acquises :

a. Non cicatricielles

Localisées: Pelade, traumatisme, teigne

Diffuses: Androgénique,

Effluvium télogène (post-partum, stress, lupus systémique), dysthyroïdie; autres: carence martiale, Médicaments, toxiques, Syphilis secondaire

b. Cicatricielles Pseudo pelade secondaire : lupus, sclérodermies idiopathiques

Folliculites, pustulose, dermatoses bulleuses, amylose
Post-traumatiques : brûlures, traumatisme, radiodermite
Pathologie tumorale du Cuir chevelu

II.3 Diagnostic

L'anamnèse des patients précisera le caractère acquis ou congénital, le mode d'apparition, les antécédents familiaux d'alopecie, les antécédents endocrinologiques et carenciels, les prises médicamenteuses et les habitudes cosmétiques.

LA CLINIQUE [3]

Précisera:

- L'aspect du cheveu : anomalie de structure (dysplasie), cheveux cassés ou dystrophiques.
- La densité de la chevelure : appréciée en plaquant les cheveux de part et d'autre de la ligne médiane.
- Le test de traction : traction d'une dizaine de cheveux pincés entre le pouce et l'index en différents points du cuir chevelu pour apprécier l'importance de la chute de cheveux, normalement limitée à 1 ou 2 cheveux après traction de 10 cheveux.
- L'aspect du cuir chevelu : sain, érythémateux, squameux, présence de folliculite.
- Rechercher un hirsutisme ou une acné en cas d'alopecie diffuse chez la femme, témoignant d'une hyperandrogénie.
- L'étude en lumière de Wood en cas de suspicion de teigne tondante avec fluorescence au niveau des plaques

La pelade :

Alopecie propre, non squameuse, non atrophique qui survient chez un sujet en bon état général. Les cheveux sont en point d'exclamation en périphérie des plaques circonscrites. L'évolution la plus fréquente de la plaque peladique est une repousse au bout de plusieurs mois, débutant par des duvets blancs au centre de la plaque qui se pigmenteront progressivement.

Alopecie andro-génique

Elle est en majorité associée à un taux normal d'androgènes circulants et résultant de l'activité plus importante d'une enzyme, la 5 alpha réductase qui convertit dans le follicule pileux la testostérone circulante en dihydrotestostérone active qui réduit la durée des cycles pilaires et induit au cours du temps une miniaturisation avec disparition du follicule pileux.

Chez l'homme : alopecie circonscrite à extension progressive affectant successivement les zones fronto-temporales (golfes temporaux), le vertex, puis en tonsure. Caractère héréditaire.

CLASSIFICATION

Chez la femme [4]

La chevelure se raréfie de façon diffuse sur le vertex. Les cheveux sont rares, fins, courts, le cuir chevelu apparaît. La lisière frontale est persistante.



Classification simplifiée de Ludwig.

Stade I : raie élargie`

Stade II : zone de raréfaction nette sur le vertex

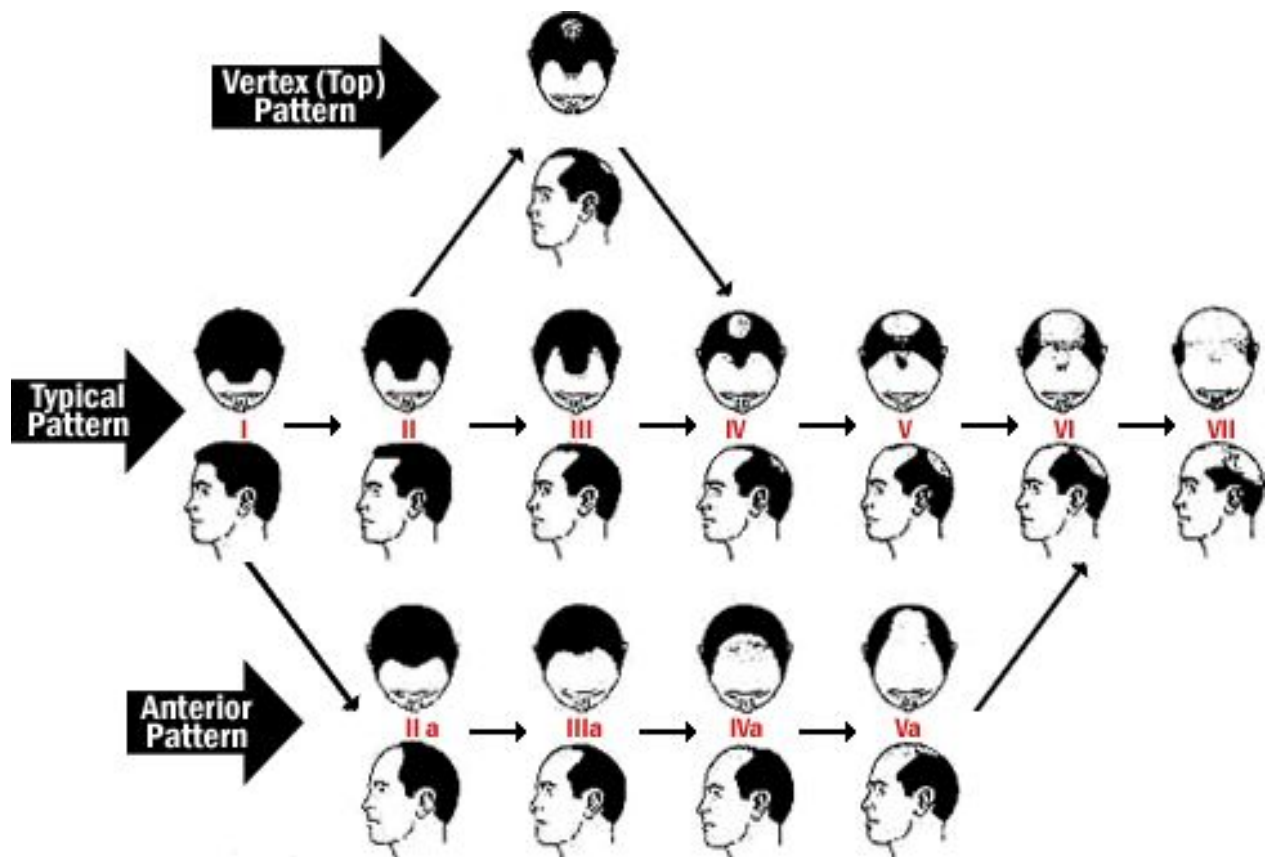
Stade III : raréfaction importante étendue à tout le vertex

Chez l'homme

La Classification de Norwood est celle généralement utilisée pour la calvitie masculine. Il y a deux modèles de base:

- le plus commun est celui où la perte de cheveux commence sur les tempes et la couronne
- et le moins courant, celui dont la perte progresse d'avant en arrière.

Les pertes de cheveux non génétiques provenant d'autre cause suivent un schéma différent .



Classification de Norwood et Hamilton[54]

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES [3]

- Le diagnostic est clinique. Il s'agit le plus souvent d'un effluvium télogène transitoire : alopecies diffuses non cicatricielles acquises et récentes pour lesquelles le motif de consultation est le plus souvent une « chute de cheveux ».
- En cas de chronicité de l'alopecie ou d'éléments sémiologiques particuliers, réaliser : NFS, plaquettes, VS, ferritinémie, TSH ultrasensible.
- En cas d'alopecie androgénique de la femme, effectuer un bilan d'hyperandrogénie, un dosage de la testostérone et de la delta-4-androstèndione circulants.
- Selon la clinique : Trichogramme (pour définir le rapport des cheveux en phase anagène et en phase télogène)
Prélèvements mycologiques et bactériologiques en cas de folliculites.

II.4 Traitements actuels

a. Traitements médicamenteux [6]

Locaux

Lotions anti-chute

Minoxidil: ce traitement non chirurgical stoppe ou freine la chute des cheveux dans 70 % des cas sans toutefois permettre la repousse. Il est plus efficace chez les jeunes hommes entre 20 et 30 ans dont la calvitie n'a pas plus de cinq ans, et à condition que le crâne ne soit pas complètement chauve. On peut juger des résultats au bout de six mois. S'ils sont positifs et que l'on souhaite conserver les acquis, il faut poursuivre le traitement le reste de ses jours. Bien que le minoxidil soit généralement bien toléré, il expose tout de même à quelques effets secondaires : irritation locale, baisse de la tension artérielle (rare), perte de libido (rare).

Généraux

- Per os:

Finastéride (Propecia®): approuvé en 1998 pour lutter contre l'alopecie, le finastéride fut d'abord utilisé pour le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Ce produit inhibe les récepteurs de l'enzyme 5-alpha-réductase, responsables de la production de dihydrotestostérone (DHT), un dérivé de la testostérone présent dans les deux affections. Selon les études cliniques, le finastéride enrayer la perte des cheveux chez 83 % des sujets et favorise une repousse capillaire chez 66 % d'entre eux. La perte de cheveux recommence lorsqu'on cesse de prendre le médicament. Ce médicament est contre-indiqué aux femmes et aux enfants.

Acétate de cyprotérone: l'excès de production de testostérone entraîne un éclaircissement de la chevelure. Le médecin peut alors recommander un traitement à base d'acétate de cyprotérone, un médicament qui tend à neutraliser l'action androgénique de la testostérone.

Cystine B6

- Injectables:

Dexpanthénol (Bépanthène®)

Vitamine H (Biotine ®)

Mésothérapie [2, 7]

La **Mésopécie** est l'application de la mésothérapie dans le traitement de l'alopecie. Il s'agit d'une technique médicale qui consiste à injecter localement par voie intra-dermique un mélange de médicaments ayant l'Autorisation de Mise sur le Marché, afin d'obtenir une concentration efficace maximale disponible, le plus près possible de la lésion ou de son origine, ici le cuir chevelu.

Principes actifs utilisés:

Mélange sec: stimulation cutanée exclusive

Lidocaïne 1% (Mésocaïne®): modificateur de membrane, atténuation de la douleur d'injection, potentialisateur des autres principes actifs.

Buflomédil (Fonzylane®): vasodilatateur alpha-bloquant avec un rôle micro-circulatoire: action rhéologique superficielle, facilite les échanges capillaires dermiques.

Dexpanthénol (Bépanthène®): vitamine B5 indiquée dans le traitement de l'alopecie.

Biotine (Biotine Roche®): vitamine H indiquée dans le traitement de l'alopecie.

Calcitonine de saumon 100UI: trophique osseux et cartilagineux avec effets micro-circulatoire, anti-inflammatoire et antalgique.

Hydrosol Polyvitaminé Bon: trophicité et nutrition locale.

Protocoles proposés:

Mélange 1	Mélange 2	Mélange 3	Mélange 4
sec	Mésocaïne® Bépanthène® Biotine® Buflomédil	Mésocaïne® Bépanthène® Biotine® Calcitonine 100UI	Mésocaïne® Bluflomédil HPVitaminé

Les injections se font en intra-dermique superficiel au rythme d'une séance par semaine pendant 5 séances puis une fois tous les 15 jours pendant 4 séances et enfin une séance d'entretien tous les mois ou deux mois.

Ils peuvent être associés aux traitements locaux ou généraux qui restent complémentaires. Les indications dépendent du sexe et de l'âge du patient ainsi que de l'origine de cette alopecie.

Indications: traitement adapté jusqu'au stade II de Ludwig chez la femme, effluvium du post-partum, pelade et jusqu'au stade IV de la classification d'Hamilton chez l'homme. [8]

b.Chirurgie [9]

- **Micro-greffes**: ce traitement nécessite temps et argent, mais il constitue une solution permanente à la calvitie si la zone donneuse, située sur les côtés et à l'arrière de la tête, est pourvue d'une chevelure saine.
- "**Chirurgie en lambeaux**": cette méthode consiste à déplacer une petite partie du cuir chevelu encore garnie vers une partie dégarnie. Ce traitement nécessite une hospitalisation ainsi qu'une anesthésie générale.

III. OBJECTIF DE L'ETUDE

La mésopécie ou mésothérapie de l'alopecie est encore très peu connue. Nous avons pu objectiver cette méconnaissance publique en utilisant l'outil d'information universel qu'est INTERNET. Les deux plus gros moteurs de recherche d'Internet nous proposent respectivement 29600 et 6500 réponses à la demande "traitement de l'alopecie". Aucune des 100 premières réponses de ces moteurs de recherches n'évoque le traitement par mésothérapie. Pour obtenir des informations sur la mésothérapie il faut taper "mésothérapie dans l'alopecie" ou "mésopécie" qui sont des termes non connus du public voire du milieu médical. Cette technique est pourtant utilisée depuis plusieurs années par la plupart des médecins pratiquant la mésothérapie esthétique.

L'étude EPARS I réalisée en 2005-2006 a laissé paraître sur un faible échantillon que la mésothérapie dans la chute de cheveux était un choix très intéressant tant par ses résultats que par sa tolérance. Cette thérapeutique mérite que l'on s'y intéresse. Cependant si les résultats de l'étude EPARS I ont montré des atouts favorables de la mésopécie, l'échantillon de 19 cas dont 4 femmes pour 15 hommes ne permettait pas d'affirmer l'efficacité du traitement et de définir un protocole.

Devant le paradoxe de cette méconnaissance publique de la mésopécie et l'intérêt de la mésothérapie dans la prévention et le traitement de l'alopecie peu avancée, nous avons estimé qu'il était souhaitable de poursuivre l'étude EPARS I afin d'augmenter l'échantillon et d'obtenir une population plus homogène.

Pour cela nous avons repris les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion et utilisons le même protocole que l'étude EPARS I. Nous avons également utilisé la même échelle de valeur. L'obtention de résultats significatifs nous amènerait alors, par la suite, à améliorer le protocole.

IV. METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude prospective visant à évaluer l'efficacité d'un traitement par mésothérapie sur la chute de cheveux.

IV.1 Critères d'inclusion

- Femme et homme adultes de 18 à 65 ans, se plaignant d'une chute de cheveux depuis plus de 3 mois.
- Cette chute devant être supérieure à la norme(> 100 cheveux par jour).
- Sujet ne présentant pas de pathologie aiguë ou non stabilisée connue.

IV. 2 Critères d'exclusion

- Sujets âgés de moins de 18 ans et de plus de 65 ans.
- Stade Hamilton V et plus ; stade Ludwig III.
- Allergie connue à l'un des produits utilisés.
- Femmes enceintes ou allaitant.
- Sujets présentant des troubles connus et instables : angor, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, troubles de la coagulation, sérologie HIV +, pathologie cancéreuse, état immunodéficitaire, pathologie auto-immune.

Les pelades n'ont pas été exclues.

Les patients déjà traités(voies locales ou générales) pour l'alopecie n'ont pas été exclus non plus ; mais il leur a été demandé de ne rien changer à leur traitement habituel.

IV.3 Interrogatoire et examen clinique du patient (annexe 4)

L'interrogatoire vérifie les critères d'inclusion/exclusion de l'étude, notifie les traitements en cours, généraux ou locaux en cours.

L'examen clinique général précise systématiquement la pression artérielle et la fréquence cardiaque.

L'examen du cheveu :

- comptage test-pression ; comptage brosse,
- biologie si nécessaire,
- trichogramme si possible,
- photos systématiques à J0 et J28,
- score « EPARS ».

IV.4 Le score « EPARS »

De même que dans l'étude EPARS I, dès le début de cette étude, les données « comptage test pression » et « comptage brosse » n'ont pas été retenus, nous paraissant peu fiables et insuffisants.

L'idéal aurait été d'effectuer pour chaque patient un trichogramme en début et en fin de traitement, si possible dans le même laboratoire. Le nombre de plateaux techniques réalisant cet acte et son coût onéreux nous en ont dissuadés.

Nous avons repris à l'identique le score élaboré par les 3 médecins qui ont réalisé l'étude EPARS I en 2006. Ce score avait été créé afin de pouvoir inclure de nouveaux cas, ce que nous avons fait.

RAPPEL DU SCORE EPARS

Echelle Péjorative Alopecie Reproductible Subjective

	J0	J28	J60
Perte de cheveux			
Séborrhée			
Démangeaisons			
Rareté			
Médiocrité			
TOTAL 5 à 50			

C'est une échelle comprenant 5 item notés de 1 à 10 pour un total compris entre 5 et 50. C'est un score péjoratif, puisque plus son chiffre est élevé, plus les « plaintes » du sujet en rapport avec son cheveu sont importantes.

Il est reproductible pour chaque patient.

Il est subjectif puisque noté par le patient.

Les patients doivent donner une note entre 1 et 10 pour chaque item.

Les item notés sont :

-1- Perte de cheveux : notée 10 si très importante.

-2- Séborrhée : notée 10 si très importante.

-3- Démangeaisons : notée 10 si très importantes.

-4- Rareté : notée 1 si cheveux très épais ; 10 si cheveux très clairsemés ou rares.

-5- Médiocrité : notée 1 si cheveux de très bonne qualité, 10 si qualité très mauvaise.

Les item rareté et médiocrité sont encore plus subjectifs que les autres item et très difficiles à quantifier pour le patient.

Le total de ce score est donc compris entre 5 et 50 :

-5 les cheveux sont irréprochables pour le patient ;

-50 la plainte est maximale du patient.

IV.5 Technique et mélange utilisé :

Le traitement employé est une « Mésopécie » :

Nous avons utilisé la technique manuelle en intradermique superficielle sur l'ensemble du cuir chevelu avec des aiguilles de 4 x 0,30 mm.

La technique est la même pour les 5 séances et pour chaque patient.

Mélange utilisé :

Lidocaïne 1% (Mésocaïne®) : 2ml

Buflomédil(Fonzylane®) : 2ml

Vitamine B(Biotine®) : 1 ampoule

Dexpanthénol Vit B5 (Bépanthène®) : 1 ampoule

La totalité du mélange est injecté pour chaque patient et à chaque séance. Il est demandé au patient de ne pas se laver les cheveux avant le lendemain et de n'effectuer aucun soin capillaire avant 48 à 72 heures.

IV.6 Durée de l'étude et suivi

Le protocole pour chaque patient se déroule en 5 séances espacées de 7 jours (+/- 2jours).

Les résultats sont relevés à J28 et J60 après le début du traitement ; afin de préciser d'une part son efficacité, et d'autre part la persistance de l'amélioration lorsqu'elle existe un mois après la fin de celui-ci.

Pour juger de l'efficacité, ont été retenus le score « EPARS », un questionnaire de satisfaction globale du patient et du médecin.

Les possibles intolérances ou effets secondaires ont été notés à chaque séance.

V. RESULTATS

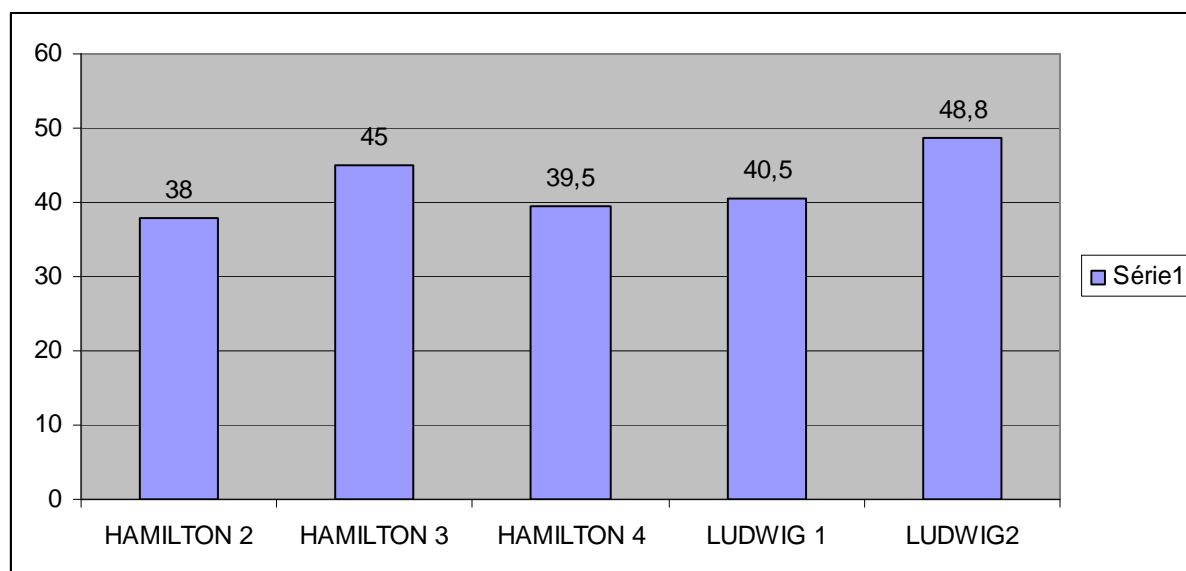
Voir Annexe 2

V.1 Caractéristiques de la population

a. Age

31 patients âgés de 25 à 64 ans ; dont 2 entre 21 et 30 ans ; 11 entre 31 et 40 ans ; 8 entre 41 et 50 ans ; 10 entre 51 et 64 ans.

Age moyen : 43,8 ans.



Age moyen en fonction du stade

b. Sex ratio

11 femmes pour 20 hommes

c. Origine

européens

d. Traitements associés en cours

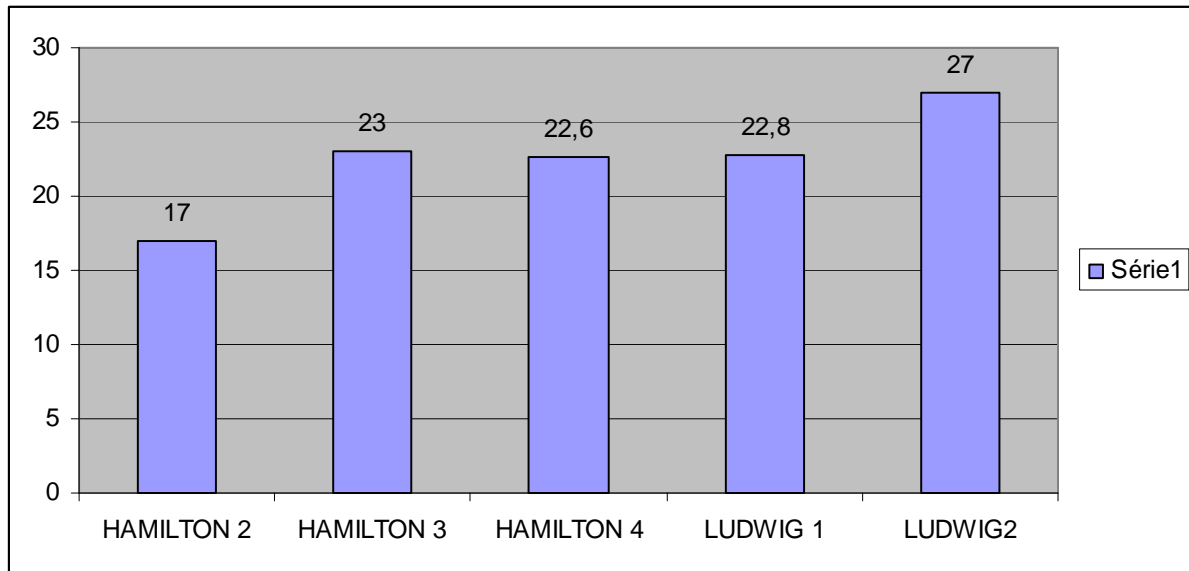
Une patiente était sous Lévothyrox® 100 pour hypothyroïdie.

Un patient sous Méthotrexate® responsable de l'alopecie.

Un patient sous Propécia® depuis 8 ans.

Une patiente sous Minoxidil depuis 1 ans, et un autre depuis l'âge de 16 ans.

e. Stades d'alopecie/stade EPARS à J0



EPARS J0 moyen en fonction du stade

Les femmes de stade Ludwig 2 ont donné un score EPARS initial plus avancé. Les stades Hamilton 3 et 4 ainsi que Ludwig 2 ont un score EPARS initial équivalent.

f. Bilans à J0, J28 et J60

Les scores EPARS ont été quantifiés à J0, J28 et J60.

A la question de satisfaction globale posée aux patients à J0, J28 et J60, seule une patiente a donné une réponse négative à J60 ; les trois médecins ont été satisfaits globalement.

g. Observance

Tous les patients inclus dans l'étude ont réalisé les 5 séances prévues. Ils ont tous répondu aux questionnaires à J28 et J60.

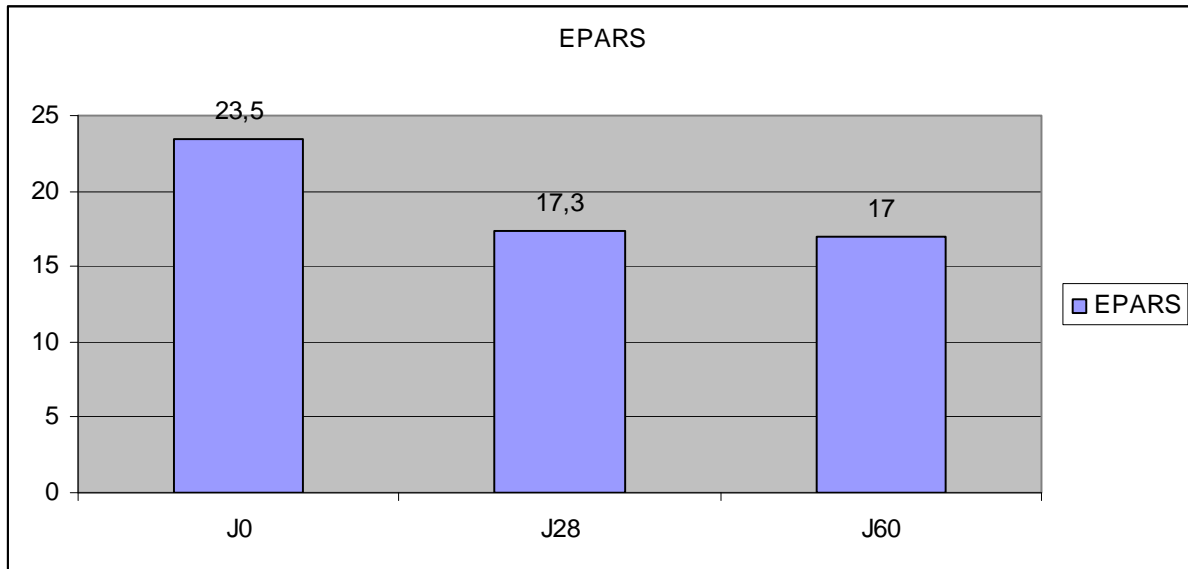
h. Tolérance

La tolérance a été bonne pour tous les patients.

Un patient a présenté un rush cutané après la première séance qui ne s'est pas renouvelé.

V.2 Analyse des résultats

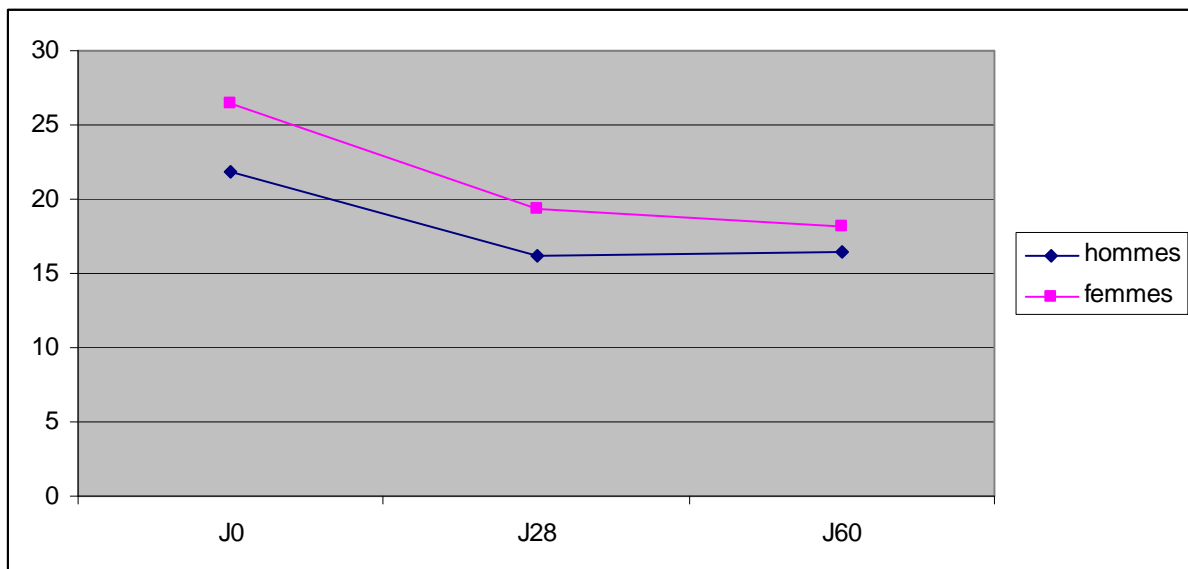
a. Résultats généraux



SCORE EPARS à J0, J28 et J60

On note une amélioration sensible du score entre J0 (23,5) et J28 (17,3), soit près de 27 % d'amélioration ; puis un score à peu près constant entre J28 (17,3) et J60 (17).

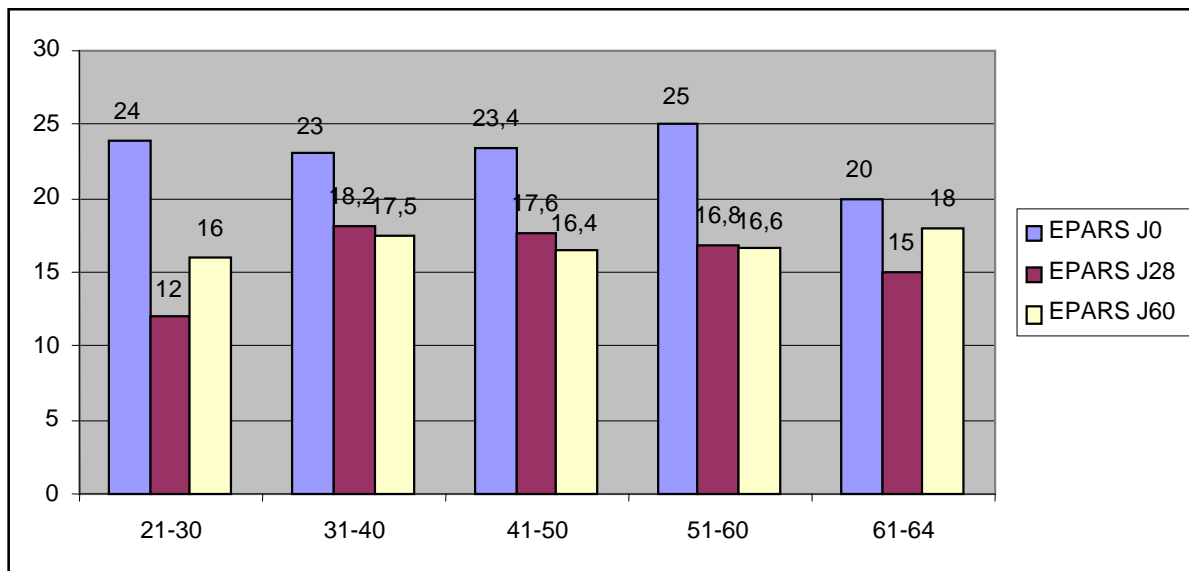
b. Résultats en fonction du sexe :



Les femmes qui ont un score supérieur aux hommes à J0 (26,5), J28 (19,3) et J60 (18,1), ont toutefois une courbe sensiblement parallèle à celle des hommes : J0 (21,9) ; J28 (16,2) et J60 (18,1).

Entre J28 et J60 si le score des femmes s’améliore un peu mais de façon non significative, celui des hommes se dégrade toutefois encore de façon non significative. Globalement l’amélioration est obtenue entre J0 et J28.

c. Résultats en fonction de l’âge :

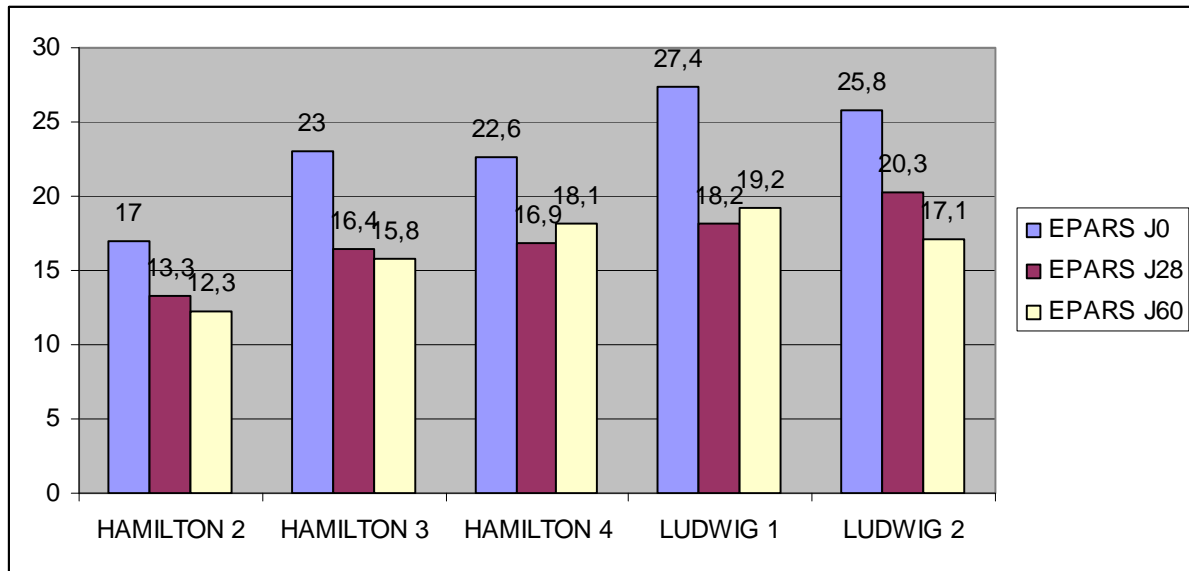


Les résultats obtenus chez les 31-40 ans, les 41-50 ans et les 51-60 ans sont tout à fait superposables.

Les résultats chez les 21-30 ans et les 61-64 ans ne sont pas interprétables: seulement 2 patients sont inclus dans chaque groupe.

Il semblerait donc que le traitement soit aussi efficace quel que soit l’âge du patient entre 31 et 60 ans.

d. Résultats en fonction du stade de départ :

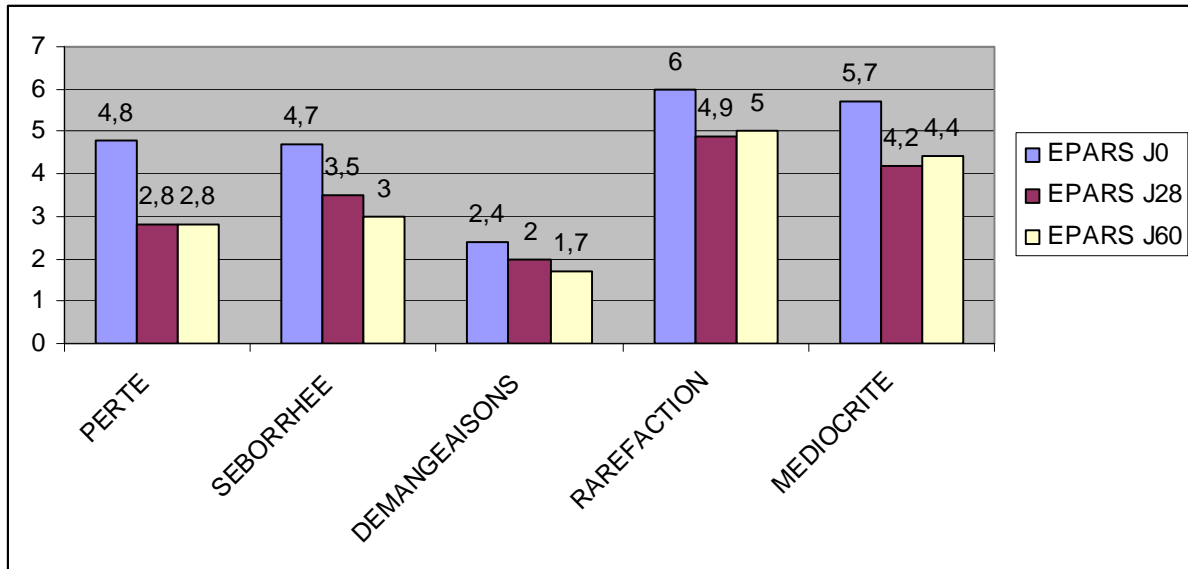


Quel que soit le stade de départ excepté les Ludwig 2 les patients sont améliorés à J28 de manière significative. A J60 il y a également une modification mais moins significative (inférieure à 10 %).

Notons tout de même une aggravation du score pour les Hamilton 4 et les Ludwig 1 de 9 % entre J28 et J60 ; le bilan J0 /J60 restant tout de même très positif, respectivement 20 % et 30 %.

En revanche, il semblerait que les Ludwig 2 continuent à s'améliorer entre J28 et J60 (16 % d'amélioration)

e. Résultats en détail du score « EPARS »



On note une amélioration de tous les Item.

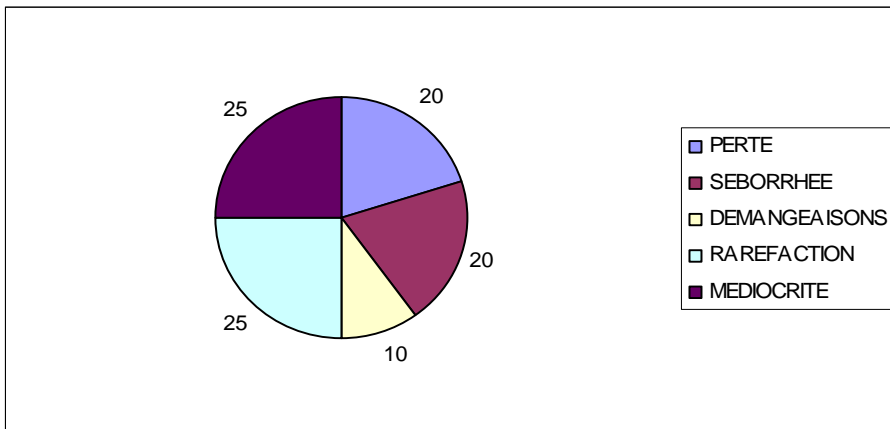
La perte de cheveux est de loin le critère amélioré qui satisfait le plus les patients : 41.6 %

Les démangeaisons et la rarefaction sont les moins améliorées avec respectivement 16.67 % et 18.33 %.

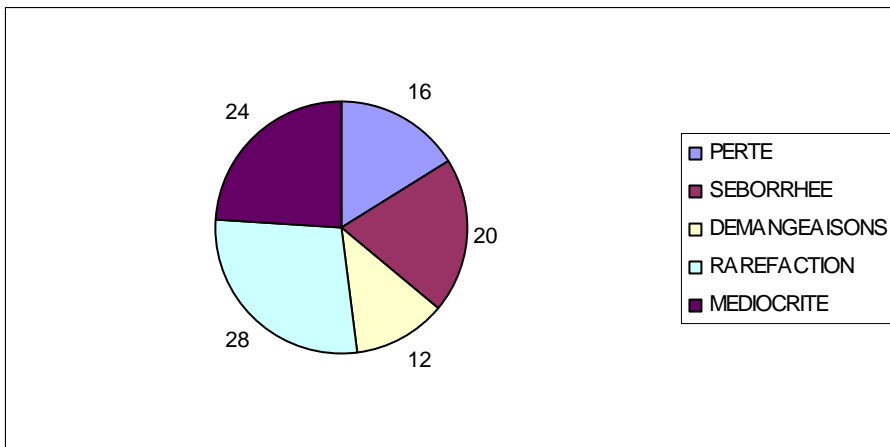
La séborrhée et la médiocrité (ou qualité du cheveux) donnent une satisfaction équivalente avec respectivement 25.5 % et 26.31 % d'amélioration.

e.1. Quote-part de chaque item dans les scores EPARS à J0 ; J28 et J60

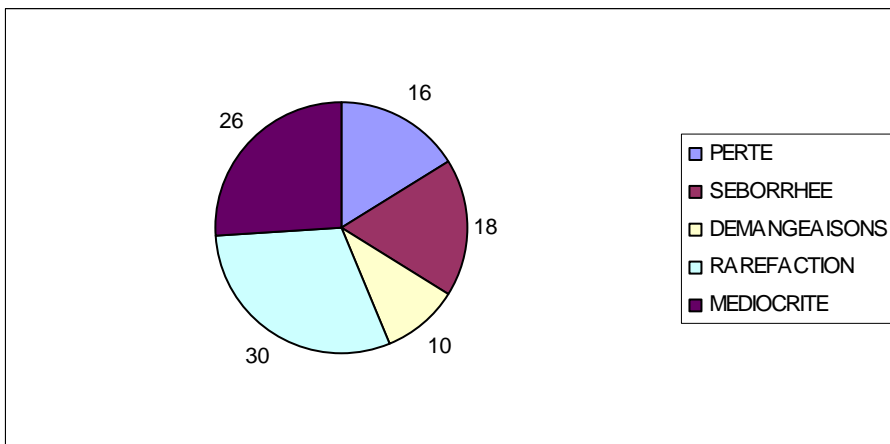
J0



J28



J60



La plainte la moins importante à chaque fois est « démangeaisons »; celle-ci augmente entre J0 et J28 puis revient à son stade initial à J60.

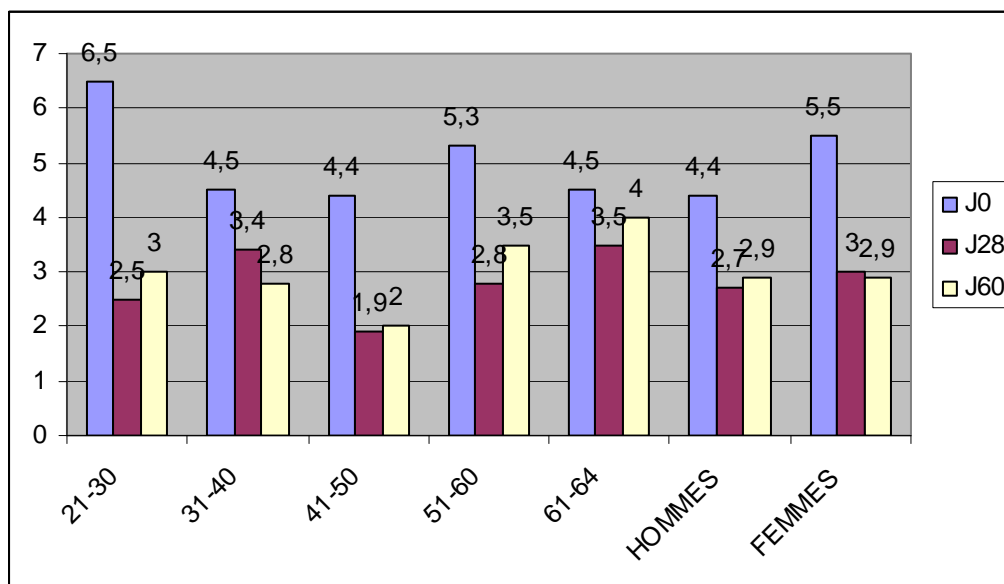
L'item « perte » représente initialement 20 % de la plainte globale et s'améliore à 16 % à J28 et reste identique à J60.

La « séborrhée » 20 % des plaintes à J0, reste stable à J28 puis s'améliore à J60 : 17 %.

L'item « médiocrité » reste stable tout au long de l'étude environ 25% de la plainte.

L'item « raréfaction » passe de 25 % à 28 % de J0 à J28 puis à 30 % à J60 ; il semble donc prendre de l'importance pour les patients proportionnellement aux autres plaintes au cours du traitement.

e.2. Item « perte »



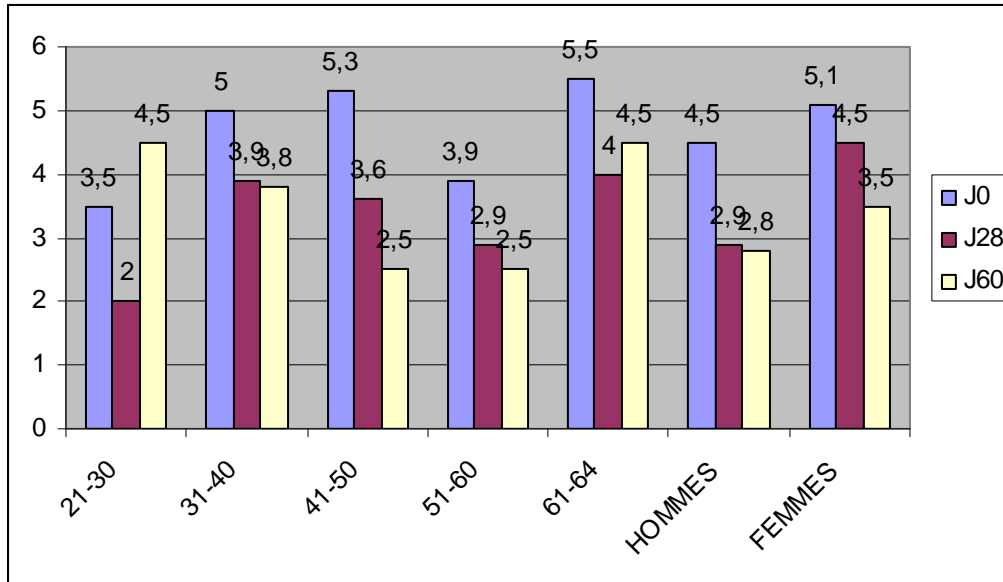
Nous n'avons que deux cas dans les 21-30 et 61-64 ans aussi les résultats sont-ils difficiles à interpréter pour ces deux tranches d'âge.

Il semble comme dans la précédente étude que les femmes répondent mieux au traitement en terme de « perte ».

L'amélioration semble se poursuivre entre J28 et J60 chez les patients les plus jeunes.

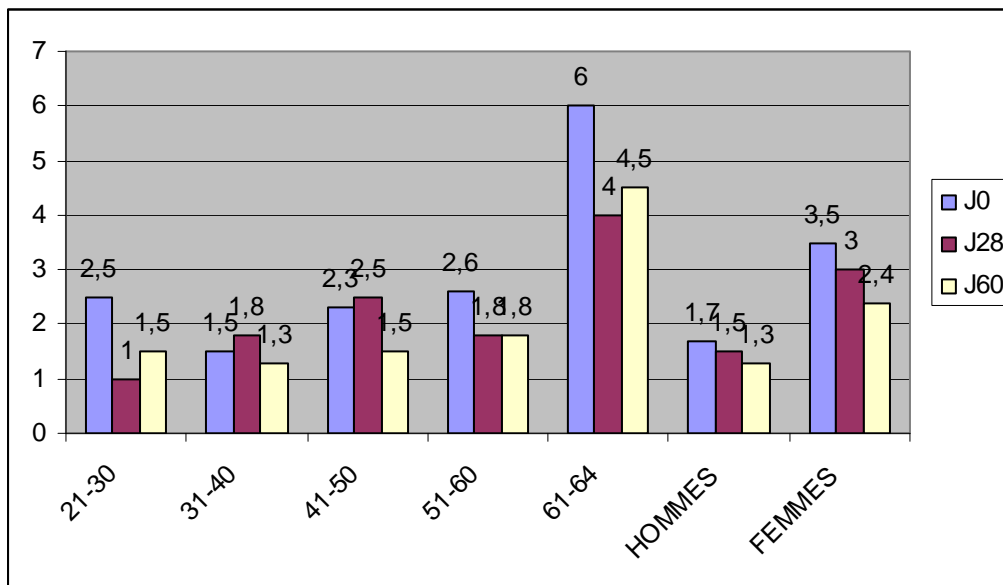
Chez les patients les plus âgés l'amélioration importante observée entre J0 et J28 semble se détériorer. Toutefois le bénéfice reste net.

e.3. Item « Séborrhée »



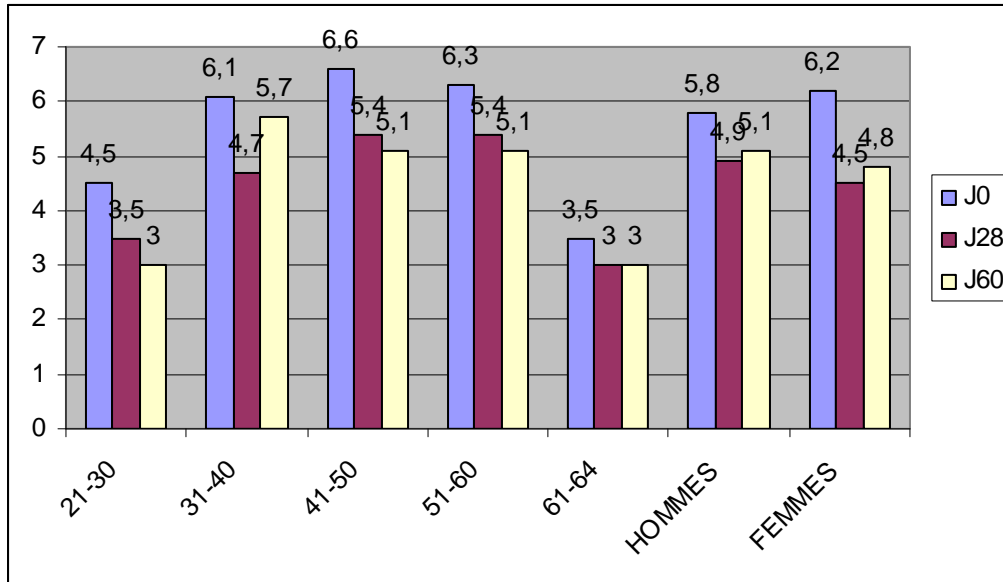
Si on exclut les 21-30 ans et les 61-64 ans comme précédemment, l'amélioration est constante pour tous, avec une prédominance nette chez les 41-50 ans.

e.4. Item « Démangeaisons »



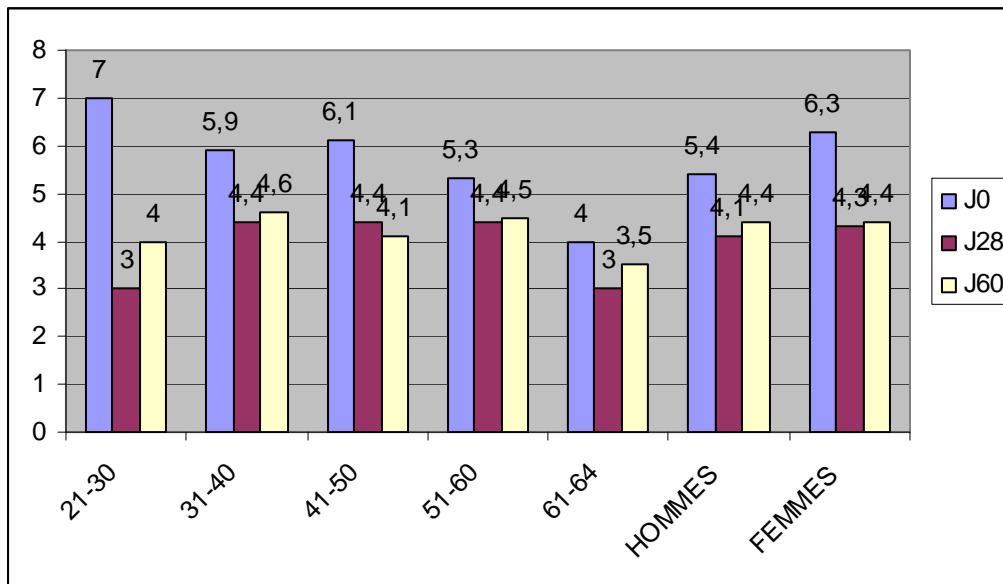
Si on exclut les 21-30 ans et les 61-64 ans comme précédemment, l'amélioration est constante chez les hommes comme chez les femmes. Chez les 31-40 et les 41-50 ans une aggravation est notée à J28 puis une amélioration à J60 cette remarque nous a d'ailleurs été rapportée par de nombreux patients.

e.5 Item « Raréfaction »



Il semblerait que chez les hommes comme chez les femmes, le ressenti en terme de raréfaction s'améliore entre J0 et J28, puis se dégrade entre J28 et J60, cette période étant une période sans traitement ; toutefois le bénéfice persiste entre J0 et J60.

e.6. Item « médiocrité »



L'amélioration nette entre J0 et J28 pour tous, se dégrade modérément entre J28 et J60 excepté pour les 41-50 ans qui continuent à s'améliorer.

VI. RESULTATS GROUPES DES 2 ETUDES

VI. 1 Caractéristiques de la population

a. Age

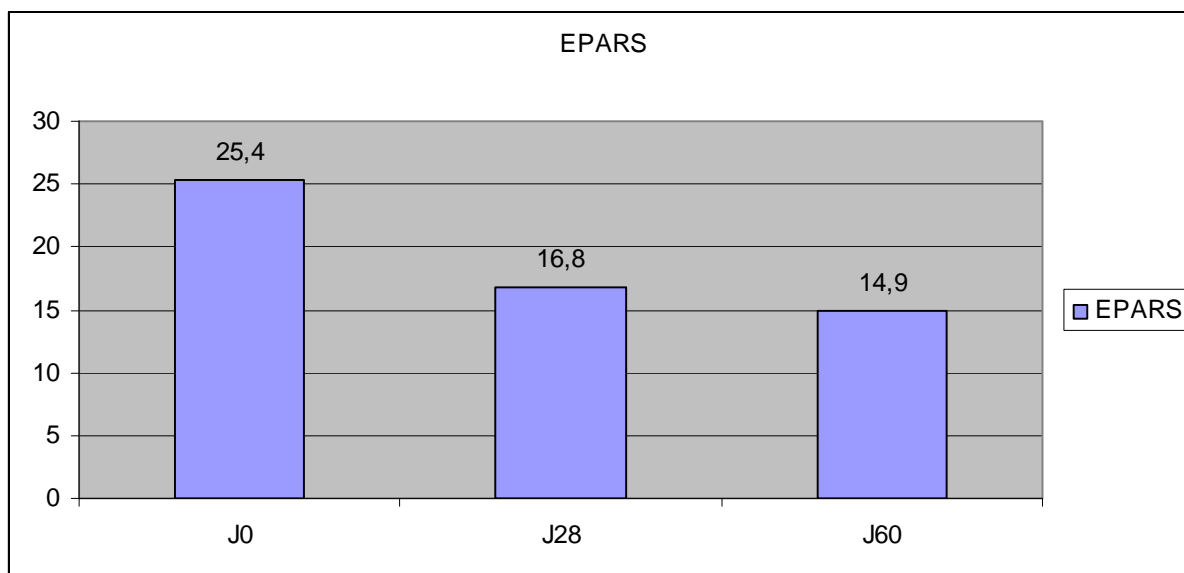
50 patients âgés de 25 à 64 ans dont 6 entre 21 et 30 ans ; 23 entre 31 et 40 ans ; 11 entre 41 et 50 ans ; 8 entre 51 et 60 ans et 2 entre 61 et 64 ans.

Age moyen : 40,7 ans

b. Sex ratio :

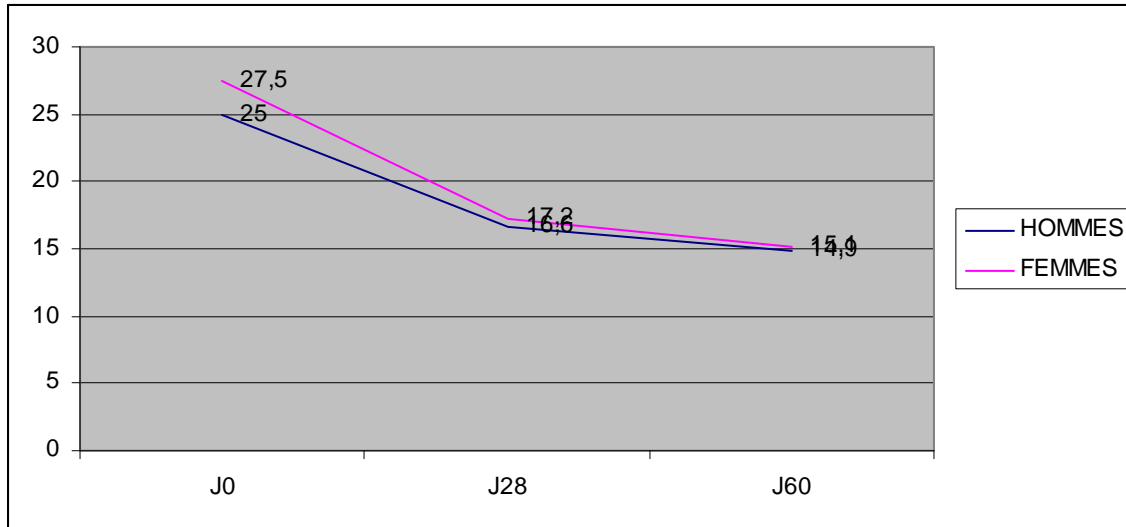
15 femmes pour 35 hommes

b. SCORE EPARS à J0, J28 et J60



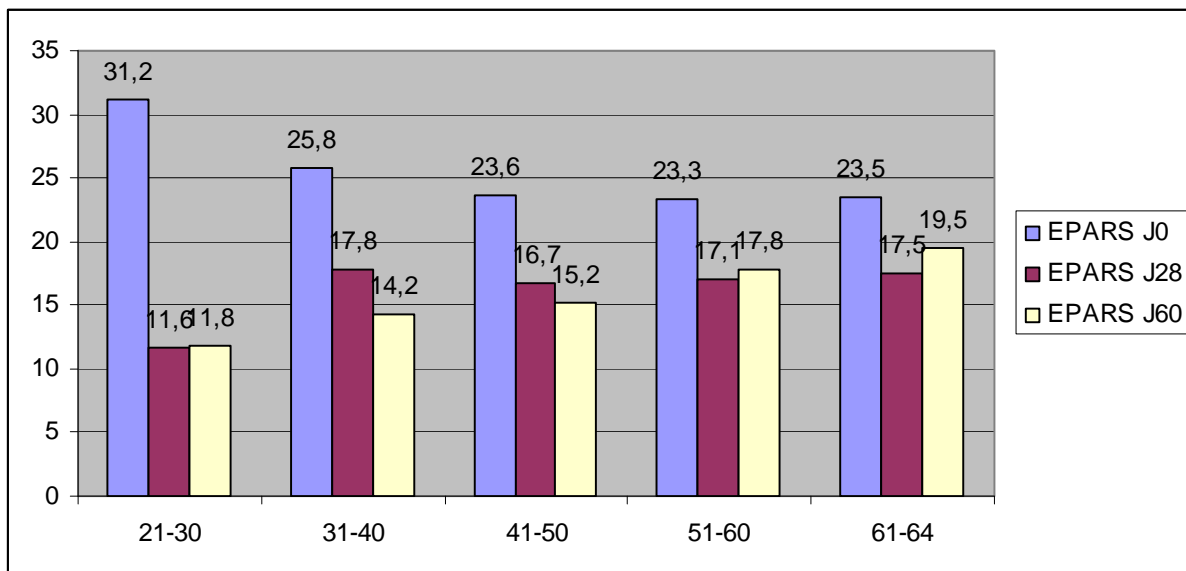
Sur l'ensemble de la population la très nette amélioration entre J0 et J28 (33 %) se poursuit entre J28 et J60 à un moindre degré pour un bénéfice total entre J0 et J60 de plus de 40 %.

c. Résultats en fonction du sexe



Les femmes qui ont une plainte plus forte à J0 s'améliorent plus rapidement de J0 à J28 le ressenti à J60 est comparable dans les deux sexes, la progression de J28 à J60 est comparable.

d. Résultats en fonction de l'âge

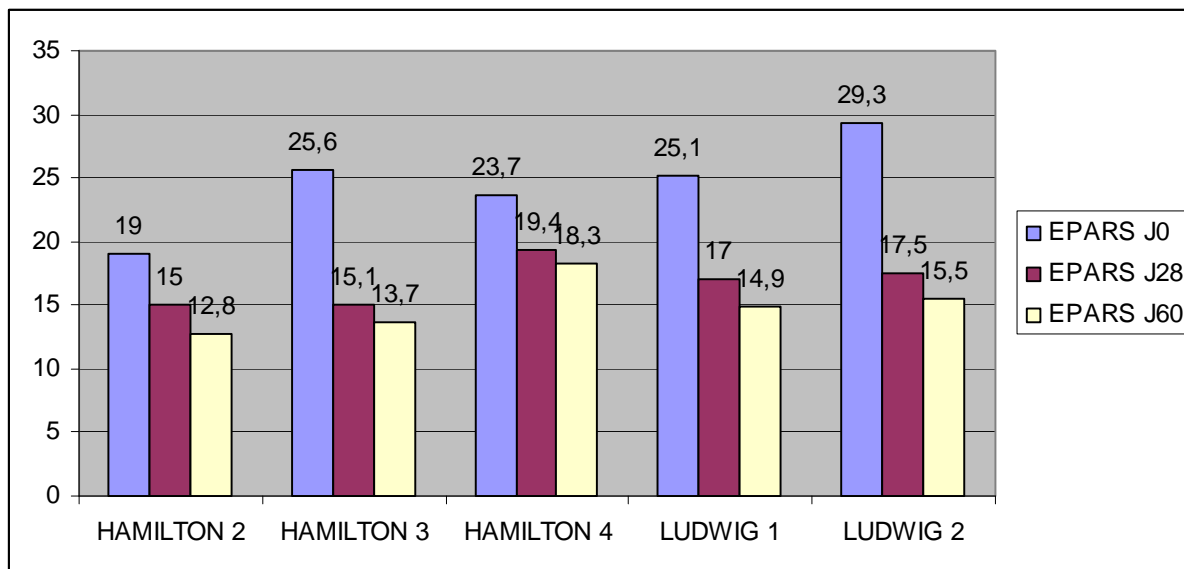


L'amélioration la plus spectaculaire se produit entre J0 et J28 chez les patient les plus jeunes, cette amélioration ne se poursuit pas de J28 à J60 les scores restent sensiblement identiques.

On peut ensuite former 2 groupes :

- les 31-50 ans qui s'améliorent progressivement de J0 à J28 et de J28 à J60;
- et les 51-64 ans qui après une amélioration entre J0 et J28 (25 %) ont un score qui se majore entre J28 et J60 en conservant toutefois un bénéfice global d'environ 20 %.

e. Résultats en fonction du stade de départ



Quel que soit leur stade de départ tous les patients s'améliorent entre J0 et J28, et entre J28 et J60. Les améliorations sont particulièrement spectaculaires pour les patients aux stades Hamilton 3 ou Ludwig 2.

VII. DISCUSSION

Nous avons volontairement critiqué les résultats de l'étude EPARS II, avant d'analyser l'échantillon de population EPARS I + EPARS II; les scores initiaux à J0, des deux études sont relativement disparates: ils s'échelonnent de 22 à 41 dans EPARS I, et de 17 à 27 dans EPARS II, tous les stades confondus. Ces scores ont une subjectivité non négligeable de la part du patient, influençable par son interlocuteur (3 interlocuteurs ou médecins différents dans chaque étude).

VII.1 Résultats positifs d'EPARS II

Notre objectif, qui était essentiellement d'augmenter l'effectif de notre population afin d'obtenir un échantillon plus important et plus homogène, selon l'âge et le sexe, a été atteint. Nous avons obtenu 31 patients dont 11 femmes avec une moyenne d'âge de 43.8 ans.

Cependant, il n'y a que 2 patients dans la tranche d'âge 21/30 ans et 2 patients âgés de plus de 60 ans; cela ne nous permet pas de tirer des conclusions significatives concernant le traitement chez les moins de 30 ans et les plus de 60 ans.

Nous notons une satisfaction globale du traitement tant par les patients que par les médecins. Seule une patiente Ludwig I a présenté des démangeaisons et exprimé une insatisfaction.

Le score EPARS montre également une efficacité de la mésopécie entre J0 et J60 bien qu'il y ait une stabilité relative entre J 28 et J 60. L'amélioration globale des scores est de 27 % entre le début du traitement et le 60ème jour.

Les femmes réagissent légèrement mieux au traitement que les hommes bien que les courbes soient quasiment parallèles.

Pour tous les stades des classifications de Ludwig et d'Hamilton nous constatons une amélioration significative de 27 % après les 5 séances avec une stagnation à 2 mois. Paradoxalement les femmes qui ont un stade plus avancé bénéficient des gains du traitement jusqu'au deuxième mois.

L'analyse fine des résultats escomptés par la mésopécie permet de noter une amélioration de tous les item -perte de cheveux, démangeaisons, rareté du cheveux sur le cuir chevelu, séborrhée et qualité du cheveux- à la fin des 5 séances mais il n'y a pas de gain supplémentaire jusqu'au 2ème mois. La perte de cheveux donne le plus de satisfaction. En revanche, il y a une faible amélioration des démangeaisons qui est la plainte initiale la moins importante.

Nous avons essayé de témoigner de l'efficacité du traitement par des preuves photographiques avant et après traitement. Nous avons sélectionné 4 patients : voir *Annexe I*

VII.2 Disparité EPARS I / EPARS II

L'étude donne des résultats tout à fait satisfaisants mais pas aussi spectaculaires que ceux de EPARS I.

a. Moyenne d'âge

L'âge moyen de la population de EPARS I était de 35.6 ans contre 43.8 ans. Seulement 2 patients ont entre 20 et 31 ans dans EPARS II, alors que EPARS I montrait que les jeunes étaient plus sensibles au traitement.

b. Femmes

L'étude EPARS I montrait que les femmes répondaient mieux au traitement mais le sex-ratio était de 0.21 (F/H). Nous n'avons pas encore obtenu une population parfaitement homogène, mais le sex-ratio dans EPARS II(de 0.35) nous autorise à analyser plus objectivement les résultats : cette fois-ci, ils ne montrent qu'une légère supériorité de la réponse au traitement chez les femmes.

c. Echantillon plus large

Nos résultats portent sur un échantillon plus large que dans EPARS I (31 pour 19), ce qui tend à donner une meilleure puissance à EPARS II.

d. Selon les stades de l'alopecie

EPARS I a révélé une efficacité supérieure du traitement sur les stades plus avancés et les sujets jeunes. Dans EPARS II nous obtenons une efficacité quasiment identique pour tous les stades Hamilton et Ludwig I : amélioration au 28ème jour et stabilité voire régression à 2 mois. Seul le stade avancé Ludwig II poursuit un gain dans la réponse du traitement à J60.

VII.3 Résultats obtenus sur l'échantillon EPARS I + EPARS II

Les bénéfices obtenus par la mésopécie respectivement dans EPARS I et EPARS II se retrouvent dans l'analyse de l'échantillon global. Le gain entre J0 et J60 sur les scores Epars est de plus 40 %. Comme dans les deux précédentes études, la réponse au traitement s'effectue essentiellement entre J0 et J28 avec un épuisement de l'efficacité à la fin des 5 séances.

a. Moyenne d'âge

La population jeune, certes de faible effectif (6 patients), répond très positivement au traitement dès les premières séances avec un effet qui se poursuit jusqu'à deux mois.

La réponse au traitement dans la tranche d'âge des 50-64 ans est bonne mais moindre et se tarit rapidement.

La grande satisfaction concerne la tranche d'âge des 30-50 ans, représentant la majorité de la population qui répond bien à la mésopécie avec un effet durable même s'il est moindre que chez la population plus jeune.

b. Sex-ratio

Il est de 0.3, ce qui est relativement représentatif de la population alopecique. La légère supériorité des femmes par rapport aux hommes dans la réponse au traitement retrouvé dans EPARS I, s'estompe sur l'échantillon global.

c. Stades

Les bénéfices du traitement sont observés dans tous les stades des classifications Hamilton et Ludwig avec une réponse relativement rapide sur les 5 premières séances et persistant à l'arrêt de celle-ci mais à moindre mesure.

Il faut noter cependant que les stades avancés de Hamilton III et Ludwig II répondent de façon plus spectaculaire au traitement.

VII. 4 Faut-il modifier le protocole?

La satisfaction tant des patients que des médecins, ainsi que les résultats des scores EPARS obtenus sur l'ensemble de la population des deux études, suscitent l'intérêt de comparer ce protocole à d'autres protocoles et de l'améliorer en fonction des résultats.

Les deux facteurs entrant en jeu sont la durée du protocole et le mélange de produits actifs utilisé.

a. Durée

Le protocole utilisé dans EPARS I et repris dans EPARS II est de trop courte durée. Le gain obtenu après 5 séances à une semaine d'intervalle s'est partiellement estompé à 2 mois.

Le traitement nécessite des séances d'entretien en espaçant progressivement les intervalles. Le protocole doit être suivi, après les 4 ou 5 séances du premier mois, de séances à 15 jours d'intervalle pendant 1 ou 2 mois puis de séances d'entretien tous les mois ou 2 mois.

b. Produits

Le mélange utilisé dans les études EPARS contient les deux principes vitaminés les plus recommandés dans le traitement de l'alopecie. Cependant il est nécessaire de le comparer à d'autre protocole : soit au mélange identique en remplaçant le buflomédil(qui n'aura plus sa place en mésothérapie, selon les dernières recommandations du Vidal®); soit au mélange contenant l'Hydrosol polyvitaminé. Il serait également judicieux de comparer le protocole d'EPARS à un protocole alternant deux mélanges d'une séance à l'autre.

VII.5 Diffusion de l'information

Toutes ces données sont suffisamment positives pour que la mésothérapie soit reconnue et promue jusqu'au niveau des autres produits utilisés dans la perte des cheveux. Une pratique plus importante de la mésopécie permettra d'obtenir des échantillons de population plus larges dans les prochaines études, à condition que celle-ci respecte strictement les règles de la mésothérapie. Pour cela, il est nécessaire d'en informer le public par les sources de vulgarisation médicale (Revue, Internet) en soulignant les indications et les modalités de cette pratique.

VIII. LIMITES DE L'ETUDE

- ❑ Durée du protocole trop courte.
- ❑ Sex-ratio encore trop faible
- ❑ Nécessité d'obtenir des échelles d'évaluation plus objectives que les scores EPARS. Le trichogramme serait le critère le plus objectif mais son coût trop élevé et son accessibilité limitée n'en font pas un examen reproductible pour une étude.
- ❑ Score EPARS difficilement utilisable: rareté et médiocrité sont des termes qui ont troublé les patients dans leurs réponses. La proposition de termes positifs inversés pourrait être intéressante: comme épaisseur de la chevelure et qualité du cheveux.

IX. CONCLUSION

L'étude EPARS II a le mérite de répondre à son objectif princeps, c'est à dire d'augmenter l'échantillon de population dans le traitement de l'alopecie par mésothérapie selon le protocole défini dans l'étude EPARS I.

Les 31 patients inclus permettent d'élargir l'échantillon total à 50 cas dont 15 femmes.

La réponse rapide au traitement selon ce protocole de courte durée dans les échantillons d'EPARS I et EPARS II ainsi que dans l'échantillon total, est très encourageante.

La mésopécie apporte plus de satisfaction chez les sujets jeunes et de stade avancé. Les études suivantes permettront de comparer ce protocole à un protocole comportant plus de séances de mésothérapie et d'autres mélanges de produits.

L'échelle d'évaluation par score EPARS sera reprécisée afin de mieux définir les différents items.

Si ces études manquent encore de puissance elles mettent en évidence que la mésopécie peut rivaliser avantageusement avec les produits anti-chute de plus grande notoriété mais coûteux et qui ne seraient pas plus efficaces.

La satisfaction des patients tant sur la tolérance que sur les résultats escomptés ainsi que le faible coût donne à la mésopécie toute sa place dans le traitement de la chute des cheveux. La perspective d'un tel traitement représente une alternative non négligeable à la chirurgie, plus contraignante et coûteuse. La mésothérapie a cet avantage de s'adapter parfaitement à l'état clinique du patient.

La mésopécie mérite d'être promue dans les journaux spécialisés, sur Internet et auprès du grand public.

X. BIBLIOGRAPHIE

[1] Stene J. La physiologie du cheveu. Les pathologies du cheveu. Rev Med Brux 2004; 25: A 263-5.

[2] Bonnet C, Mrejen D, Perrin J-j. La mésothérapie en médecine esthétique et médecine générale. Mésopécie, chute de cheveux. Mésodiffusion. Limay 2003; 228-236.

[3] Descamps V, Bonnetblanc J-M, Crickx B. Alopecie. Examen National Classant. Ann Dermato Venerol 2002; 129:2S194-2S198.

[4] Faure M. Alopecies féminines. Lyon. Infogyn.
http://www.infogyn.com/detail:fiches2/F_0118020201.html, consulté le 26 mars 2007.

[5] Hair restoration. Classification de l'alopecie.
http://www.hairrestoration.ie/live/lv_pres_mainfr.asp?strPage_Name=HairLosshairclassification_french, consulté le 30 mars 2007.

[6] Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (C.B.I.P. asbl)
c/o Heymans Instituut, De Pintelaan 185, 9000 Gent.
<http://www.cbip.be/Folia/1999/F26F12A.cfm>, consulté le 02 avril 2007.

[7] Salato P. Livre du congrès-3ème congrès national de la société française de mésothérapie du 26-27 Nov 2005; 195-196.

[8] AMME. Association Médecine et Mésothérapie Esthétique. La chute de cheveux traitée par la mésothérapie. <http://www.estheticmeso.com/content/view/50/58/lang,fr/>, consulté le 02 avril 2007.

[9] Dr Lyonel Rossant, Dr Jacqueline Rossant-Lambroso. Calvitie. Encyclopédie médicale. http://www.doctissimo.fr/html/sante/encyclopedie/sa_790_calvitie.htm, consulté le 02 avril 2007.

XI. ANNEXES

X.1 Annexe I

Avant traitement



Après traitement



1a. Patient JA, homme de 40 ans



1c. Patiente CU, femme de 43 ans



1d. Patiente AS, femme de 50 ans

X.2 Recueil de données

		Perte	Séborrhée	Démangeaisons	Raréfaction	Faiblesse	Epars total
Mr C.JM 51 ans Ham IV	J0	3	2	2	6	1	14
	J28	2	1	1	4	2	10
	J60	2	1	1	3	2	9
Mr G.S 38 ans Ham IIA	J0	5	2	1	8	5	21
	J28	3	1	1	4	4	13
	J60	3	1	1	4	5	14
Mr B.P 53 ans Ham IV	J0	5	1	1	5	7	19
	J28	2	2	1	5	5	15
	J60	5	2	1	6	5	19
Mr O.M 47 ans H IV	J0	4	7	1	7	5	24
	J28	1	3	1	6	5	16
	J60	1	2	1	7	3	14
Mr P.V 39 ans H II	J0	3	10	2	1	5	21
	J28	3	3	3	1	3	13
	J60	2	3	1	1	2	9
Mr P.S 51 ans H III	J0	3	6	1	5	3	18
	J28	3	5	1	7	6	22
	J60	3	3	1	6	6	19
Mr H.W 51 ans H IV	J0	8	1	2	6	7	24
	J28	2	1	1	6	6	16
	J60	3	1	1	8	8	21
Mr S.A 50 ans H III	J0	2	5	1	5	2	15
	J28	1	1	1	5	2	10
	J60	1	1	1	5	2	10
Mr S.S 48 ans H III	J0	6	3	3	5	4	21
	J28	4	3	3	4	4	18
	J60	4	3	2	3	3	15
Mr J.A 40 ans H IV	J0	5	1	1	5	6	18
	J28	5	3	1	5	5	19
	J60	5	1	2	8	5	21
Mr A.P 56 ans H III	J0	5	8	4	6	4	27
	J28	2	3	4	5	3	17
	J60	3	4	2	4	5	18

Mr J.C	J0	4	5	1	5	5	20
57 ans	J28	2	3	1	5	3	14
H IV	J60	3	4	1	4	5	17
Mr R.A	J0	3	6	2	8	7	26
35 ans	J28	2	3	1	5	4	15
Ham IV	J60	1	2	1	6	4	14
Mr F.A	J0	3	7	2	8	6	26
33 ans	J28	3	7	1	8	5	24
Ham IV	J60	3	8	1	8	6	27
Mme F.J	J0	5	6	3	6	7	27
64 ans	J28	4	5	1	5	5	20
Lud II	J60	4	5	1	5	6	21
MmeE.V	J0	6	6	4	2	6	24
26 ans	J28	2	3	1	2	1	9
Lud I	J60	5	7	1	3	5	21
MmeG.C	J0	4	5	9	1	1	20
62 ans	J28	3	3	7	1	1	15
Lud I	J60	4	4	8	1	1	18
Mme S.S	J0	6	2	5	8	8	29
52 ans	J28	3	3	2	4	4	16
Lud II	J60	2	1	2	5	4	14
Mme J.L	J0	7	1	1	7	8	24
25 ans	J28	3	1	1	5	5	15
Lud II	J60	1	2	2	3	3	11
MmeC.U	J0	6	9	1	8	8	32
43 ans	J28	1	4	4	8	5	22
Lud I	J60	1	4	1	7	6	19
MmeB.P	J0	5	9	1	9	9	33
32 ans	J28	3	8	1	3	6	21
Lud I	J60	1	4	1	8	7	21
MmeB.F	J0	8	6	5	9	7	35
53 ans	J28	6	5	3	7	6	27
Lud II	J60	7	4	5	5	4	25
MmeA.S	J0	3	4	2	6	5	20
50 ans	J28	1	4	2	4	2	13
Lud II	J60	2	2	1	7	5	17
Mme F.D	J0	2	5	7	7	7	28
43 ans	J28	2	5	5	5	7	24
Lud I	J60	2	3	3	4	5	17

Mme C.H	J0	8	3	1	5	3	20
37 ans	J28	5	8	7	6	5	31
Lud I	J60	3	3	1	5	3	15
Mr P.G	J0	7	4	2	5	7	25
43 ans	J28	3	5	3	5	5	21
Ham III	J60	2	2	1	4	4	13
Mr E.G	J0	5	5	1	10	10	31
43 ans	J28	2	4	1	6	4	17
Ham IV	J60	3	3	2	4	5	17
Mr M.H	J0	6	9	2	7	8	32
32 ans	J28	3	2	1	4	2	12
Ham III	J60	4	6	2	6	6	24
Mr L.C	J0	5	4	3	5	6	23
35 ans	J28	3	1	2	5	4	15
Ham III	J60	3	1	2	5	2	12
Mr M.G	J0	3	1	1	1	3	9
37 ans	J28	4	5	1	1	3	14
Ham II	J60	4	4	1	2	3	14
Mr S.F	J0	3	3	1	10	7	24
32 ans	J28	3	2	1	10	7	23
Ham IV	J60	2	2	1	10	7	22

X.3 Commentaires des patients

Cheveux plus forts, se coiffant mieux

Cheveux plus épais

- Cheveux moins séborrhéiques avec espacement des shampoings
- Démangeaisons pendant 2 jours après les deux premières séances
- Pellicules après les trois premières séances
- Nombre de séances insuffisantes selon certains patients, puisque l'interruption du traitement fait réapparaître la séborrhée.
- Constatation d'une repousse d'un duvet
- Séances très douloureuses pour deux patients
- Séances équivalentes à des séances de relaxation pour deux patients

X.4 Protocole

Résumé

La mésothérapie est utilisée depuis quelques années dans le traitement de l'alopecie. En 2006 a été réalisée la première étude prospective d'un traitement par mésopécie chez 19 patients se plaignant d'une chute anormale de cheveux. Il s'agit de l'étude EPARS I qui a révélé que la mésothérapie est un traitement de la chute de cheveux avantageux tant par son efficacité que par sa tolérance.

Cependant l'échantillon de patients de cette étude est insuffisant pour valider le protocole thérapeutique. L'intérêt de la mésopécie qui y est mise en évidence et la méconnaissance paradoxale de ce traitement par le public incite à reprendre le protocole de cette étude pour augmenter l'échantillon et le rendre plus homogène.

Méthodologie: le protocole est identique à celui de EPARS I. Tous les patients inclus bénéficient du mélange: Buflomédil- Lidocaïne - Biotine - Dexpanthénol administré en intra-dermique superficiel sur le cuir chevelu. Rythme: 5 séances à une semaine d'intervalle. L'efficacité du traitement est évaluée par l'échelle subjective (Echelle Péjorative Alopecique Reproductible Subjective) reprise de l'étude EPARS I. Les scores sont relevés à J0, J28, J60.

Résultats: 31 patients ont participé à EPARS II, ce qui fait un échantillon global de 50 dont 15 femmes. Le bénéfice global du traitement entre J0 et J60 sur l'ensemble de la population est de 41 %. La mésopécie apporte plus de satisfaction chez les sujets jeunes et de stade avancé.

Conclusion: la réponse rapide au traitement par mésothérapie selon ce protocole de courte durée et sa bonne tolérance sont encourageants. Les études suivantes permettront de comparer ce protocole à un protocole comportant plus de séances de mésothérapie et d'autres mélanges de produits. Il faut poursuivre les investigations concernant le traitement par mésothérapie dans la chute de cheveux pour le promouvoir au même niveau que les autres traitements plus connus et qu'il peut rivaliser avantageusement.

MOTS CLES: Mésothérapie
Alopecie
Traitement du cuir chevelu
Biotine - Dexpanthénol