



Minoxidil topique pour l'alopecie androgénétique : lorsque les antihypertenseurs sont de bon poil.

QUESTION CLINIQUE

À quel point le minoxidil topique est-il efficace contre l'alopecie androgénétique?

CONCLUSION

Chez les hommes et les femmes, le minoxidil topique améliore la densité des cheveux d'environ 21 cheveux/cm² par rapport à 5 à 9 avec un placebo après 16 à 48 semaines. Les versions orale et topique du minoxidil sont tout aussi efficaces, mais leurs effets indésirables sont différents. Le finastéride est probablement plus efficace que le minoxidil topique chez les hommes.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
- Une revue systématique d'essais cliniques randomisés (ECR) publiée au cours des cinq dernières années, avec données extractibles sur le minoxidil topique¹. Après 16 à 48 semaines :
- Femmes :

- Par rapport au placebo¹ :
 - Cheveux supplémentaires/cm² par rapport au placebo : 12 à 14 (2 à 4 ECR, de 476 à 717 participantes).
 - Exemple : 21 cheveux supplémentaires/cm² (minoxidil) par rapport à 9 (placebo).
- ECR supplémentaire comparant les versions topique et orale du minoxidil (52 participantes)² :
 - 1 mg de minoxidil oral par rapport au minoxidil topique à 5 % une fois par jour :
 - Cheveux supplémentaires/cm², amélioration globale : aucune différence.
- Hommes :
 - Par rapport au placebo¹ :
 - Cheveux supplémentaires/cm² par rapport au placebo : de 8 à 15 (4 à 10 ECR, de 598 à 1 207 participants).
 - Exemple : 21 par rapport à 5 (placebo).
 - ECR supplémentaire comparant les versions topique et orale du minoxidil (90 participants)³ :
 - 5 mg de minoxidil oral par rapport au minoxidil topique à 5 % deux fois par jour :
 - Cheveux supplémentaires/cm² : aucune différence.
 - Proportion de patients ayant connu une amélioration sur le dessus de la tête : 46 % par rapport à 70 % (version orale); aucune différence au niveau des régions frontales.
 - ECR supplémentaires comparant le minoxidil topique et 1 mg de finastéride par voie orale :
 - Minoxidil topique à 2 % deux fois par jour (99 participants)⁴ :
 - Cheveux supplémentaires/0,49 cm² (de 61 à 65 au départ) : 9,6 par rapport à 18 (finastéride).
 - « Amélioration » : aucune différence.
 - Minoxidil topique à 5 % deux fois par jour (65 participants)⁵ :
 - Amélioration : 52 % par rapport à 80 % (finastéride).
- Exemples d'effets indésirables :
 - Hypertrichose (25 % [topique] par rapport à 49 % [oral])³, céphalées (2 % [topique] par rapport à 14 % [oral])³. Aucun changement significatif au niveau de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque avec la version orale^{2,3}.
 - Eczéma du cuir chevelu (16 % [topique] par rapport à 2 % [oral])³.
 - Perte de cheveux (de 9 à 16 % oral/topique)³.
 - Perte de libido : 0 % (minoxidil oral/topique) par rapport à 15 % (finastéride)⁵.
- Limites : L'importance clinique du nombre de cheveux par cm² n'est pas claire. Peu d'études se sont penchées sur la satisfaction des patients. Les ECR étaient souvent sans insu. Les participants étaient surtout des hommes de 30 à 40 ans. Les taux d'abandon sont élevés.

CONTEXTE

- Les altérations de la qualité de vie liées à la santé qui sont causées par l'alopecie androgénétique sont comparables à celles engendrées par l'acné simple ou plus importantes⁶.

- Chez les hommes, plus la concentration est élevée, plus le minoxidil est efficace : 19 cheveux supplémentaires/cm² (5 %) par rapport à 13 (2 %). Les scores d'évaluation par les patients sont plus élevés (51 sur une échelle de 100 points par rapport à 41 pour la version à 2 %)⁷.
 - La concentration plus élevée engendre plus de symptômes graves sur le cuir chevelu : 4 % par rapport à 1 %.
 - Résultats incohérents⁸ chez les femmes.

RÉFÉRENCES

1. Gupta AK, Bamimore MA, Foley KA. J Dermatolog Treat. 2022 Feb;33(1):62-72.
2. Ramos PM, Sinclair RD, Kasprzak M et al. J Am Acad Dermatol. 2020 Jan;82(1):252-253.
3. Penha M, Miot HA, Kasprzak M et al. JAMA Dermatol. 2024 Jun 1;160(6):600-605.
4. Sarawat A, Kumar B. Arch Dermatol. 2003 Sep;139(9):1219-1221.
5. Arca E, Acikgoz G, Tastan HB et al. Dermatology. 2004;209(2):117-125.
6. Huang CH, Fu Y, Chi CC. JAMA Dermatol. 2021 Aug 1;157(8):963-970.
7. Olsen EA, Dunlap FE, Funicella T et al. J Am Acad Dermatol. 2002 Sep. 2002;47(3):377-385.
8. Lucky AW, Piacquadio DJ, Ditre CM et al. J Am Acad Dermatol. 2004 Apr;50(4):541-553.

AUTEURS

Émélie Braschi, MD, Ph.D.,
CCMF, Alexander Kiciak, MD,
Jennifer Young, M.D., CCMF-
MU

*Les auteurs n'ont aucun conflit
d'intérêts à déclarer.*

OUTILS POUR LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse

toolsforpractice@cfpc.ca. La version française de la bibliothèque d'Outils pour la pratique de CMFC Apprendre est en cours de construction. Elle sera disponible en 2025.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.