

# Haarausfall

## Differentialdiagnosen und Therapie

Feldkirch, 13.04.2018

Rainer HÜgel

— EZW —  
HAUT

ENTZÜNDUNGS  
ZENTRUM  
WIEN

— EZB —  
HAUT

ENTZÜNDUNGS  
ZENTRUM  
BREGENZ

# „Doktor mir fallen die Haare aus!“



Wien, 12.02.2018

Sehr geehrter Herr Dr. Hügel!

Beim einmaligen Haarewaschen habe ich so viel Haare verloren!  
Hätten Sie eine Erklärung wieso und warum?

Bin wiederum sehr verzweifelt!!!!

Ihre Alma von Döbling

# Psychologische Bedeutung

- Klage über Haarausfall häufig
- emotionale Belastungsreaktion verbunden mit reduzierter Lebensqualität
  - > Empathie
- Angst „kahl“ zu werden
- Gefühl nicht ernst genommen zu werden
- Angst bei ägyptischen Männern vor 4000 Jahren!

# Haar - Fakten

- Kopfhaut : ca. 100.000 Haare
- Gesicht : ca. 600 Haare /cm<sup>2</sup>
- Restl. Körper: ca. 60 Haare/cm<sup>2</sup>
- Wachstumsrate: ca. 1cm/Monat
- Lebensdauer Haarwurzel: 6 – 8 Jahre

# Haartypen

- Lanugohaar

- Haar des Feten (Abstoßung im 8. Monat)
- lang, dünn und weich und fast nie pigmentiert

- Vellushaar

- das Oberflächenhaar, das sich am ganzen Körper befindet
- nicht länger als 2cm, dünn ( $<40\mu\text{m}$ ), i.d.R. farblos

# Haartypen cont.

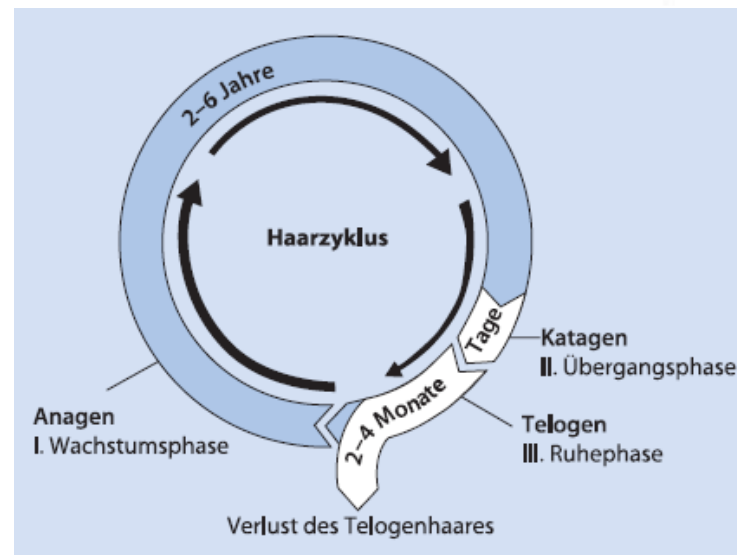
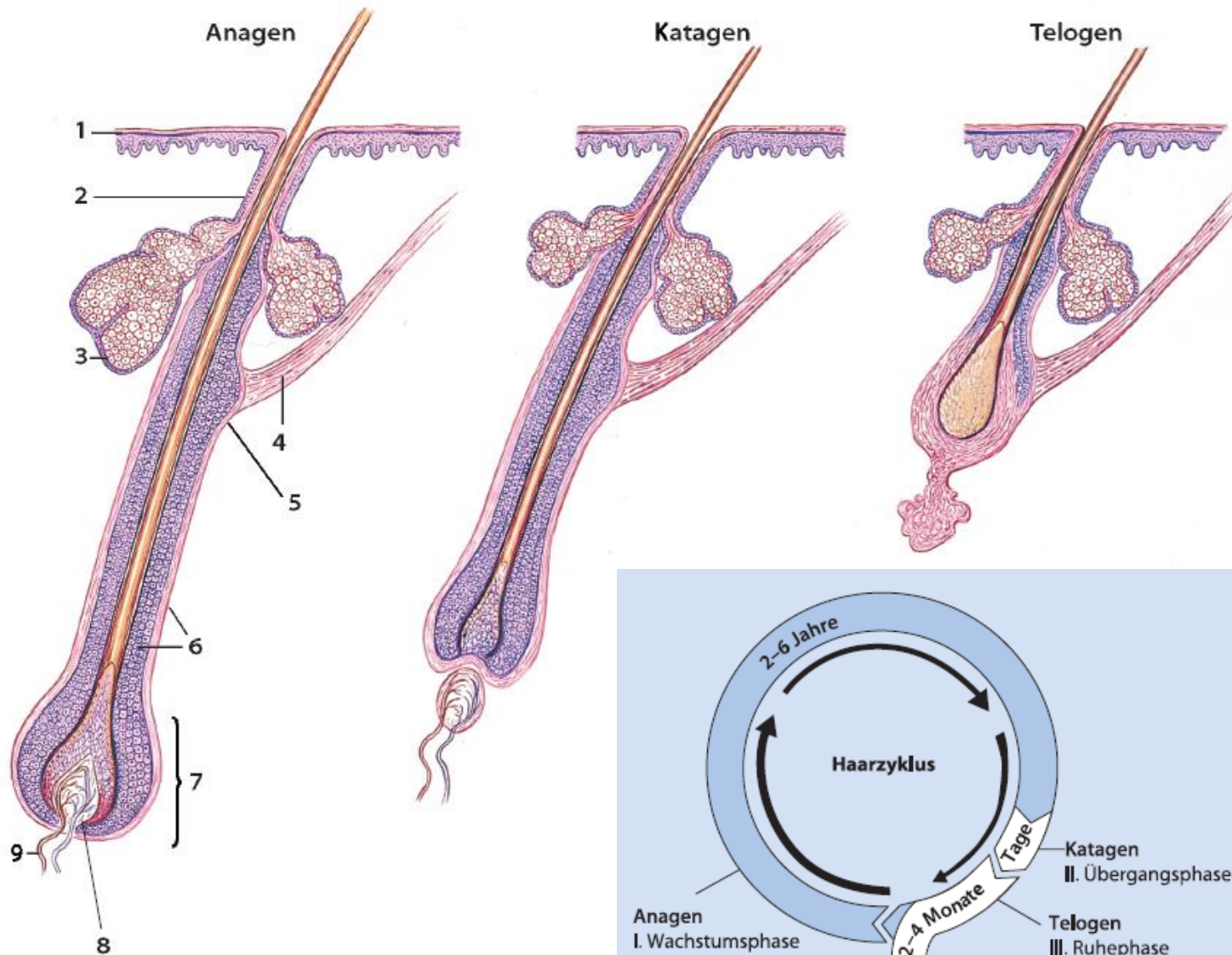
## ■ Terminalhaar

- bereits bei Geburt am Capillitium, Wimpern und Augenbrauen
- lang, dick ( $> 40\mu\text{m}$ ), pigmentiert

## ■ Sexualhaar

- spezielle Form von Terminalhaar
- entsteht unter dem Einfluss von Androgenen in der Pubertät

# Haarzyklus



# Definitionen Haarausfall

- Effluvium

- nicht sichtbarer, über die physiologische Ausfallsrate von 50-100 Haaren/Tag hinausgehender Haarausfall

- Alopezie

- sichtbare Haarlosigkeit



# Anamnese bei Haarausfall

1. Plötzlicher oder schleichender Beginn?
2. Lokalisation?
3. Bricht das Haar über der Kopfhaut oder komplett mit der Wurzel?
4. Medikamente?
5. Internistische Erkrankungen? Stress? (2-4 Monate vor Beginn)
6. Begleitsymptome (Jucken, Brennen)?

# Häufige Ursachen: plötzlich vs. schleichend

## • plötzlich

- Alopecia areata
- Telogeneffluvium
- Tinea capitis
- vernarbende Alopezie

## • schleichend

- androgenetische Alopezie
- Traktionsalopezie
- Trichotillomanie
- vernarbende Alopezien

# Häufige Ursachen: fokal vs. diffus

## • fokal

- **Alopecia areata**
- **androgenetische A.**
- **Tinea capitis**
- Traktionsalopecie
- vernarbende A.

## • diffus

- Alopecia totalis (Variante AA)
- medikamenten-induzierte A.
- Fe-Mangel, Hypothyreodismus
- **Telogeneffluvium**

## ■ Inspektion

- Entzündung/Vernarbung
- Lokalisation (Wimpern, Barthaare)
- in den haarlosen Arealen: vollständiger Haarverlust oder “lediglich” Abbrechen (-> Alopecia areata, Tinea capitis)
- Vgl. okzipital vs. restliche Kopfhaut (-> androgenetische A.)



## ■ Traktionsstest

- lassen sich Haare leicht und schmerzfrei epilieren -> aktives Effluvium
- Okzipitalregion ausgespart -> androgenetische Alopezie

# Fall 1

- Pat., w, 18 Jahre
- vor 1 Monat plötzliches Auftreten von zwei haarlosen Arealen
- keine Prämedikation
- keine Allergien
- FA: keine Besonderheiten
- SA: Gymnasium
- Gynäkologische A: unauffällig

# Fall 1 - Untersuchung



Am Scheitel sowie rechts occipital zwei runde haarlose Areale mit einem max. Durchmesser von 4cm ohne Schuppung oder Rötung

- positiver Traktionstest im Randbereich
- Randbereich: 1-2mm lange Haarstümpfe (sog. Ausrufehaare)



# Fall 1 – Diagnose?

- A. Alopecia areata
- B. Diskoider Lupus erythematodes
- C. Seborrhoisches Ekzem
- D. Telogeneffluvium
- E. Tinea capitis

# Fall 1 – Diagnose

## A. Alopecia areata

## B. Diskoider Lupus erythematosus

- Vernarbung, Entzündung

## C. Seborrhoisches Ekzem

- feine Schuppung, häufig diffus, selten mit Haarverlust

## D. Telogeneffluvium

- diffus und an den Wurzeln

## E. Tinea capitis

- i.d.R. (feine) Schuppung



# Beispiele – Alopecia areata



# Alopecia areata (AA)

- Zellulär (Th1-Zellen) vermittelte Autoimmunerkrankung mit genetischer Komponente, häufig mit psychologischem Trigger
- Lebenszeitinzidenz: ca. 1-2% der Menschen
- Hohe Spontanheilungsrate (50% innert 1 Jahr), jedoch hohe Rezidivrate
- Assoziation mit atopischer Dermatitis, Schilddrüsenerkrankungen, CED
- Nagelbeteiligung (Tüpfelnägel, Onycholyse)

# Fall 1 – Therapie?



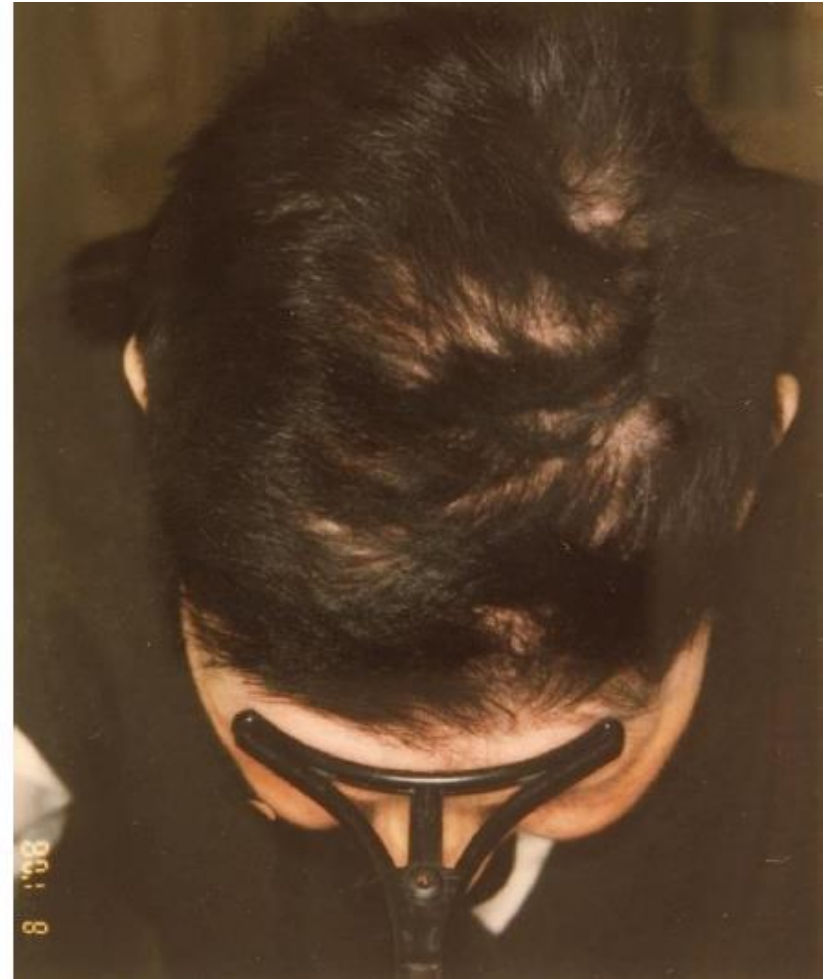
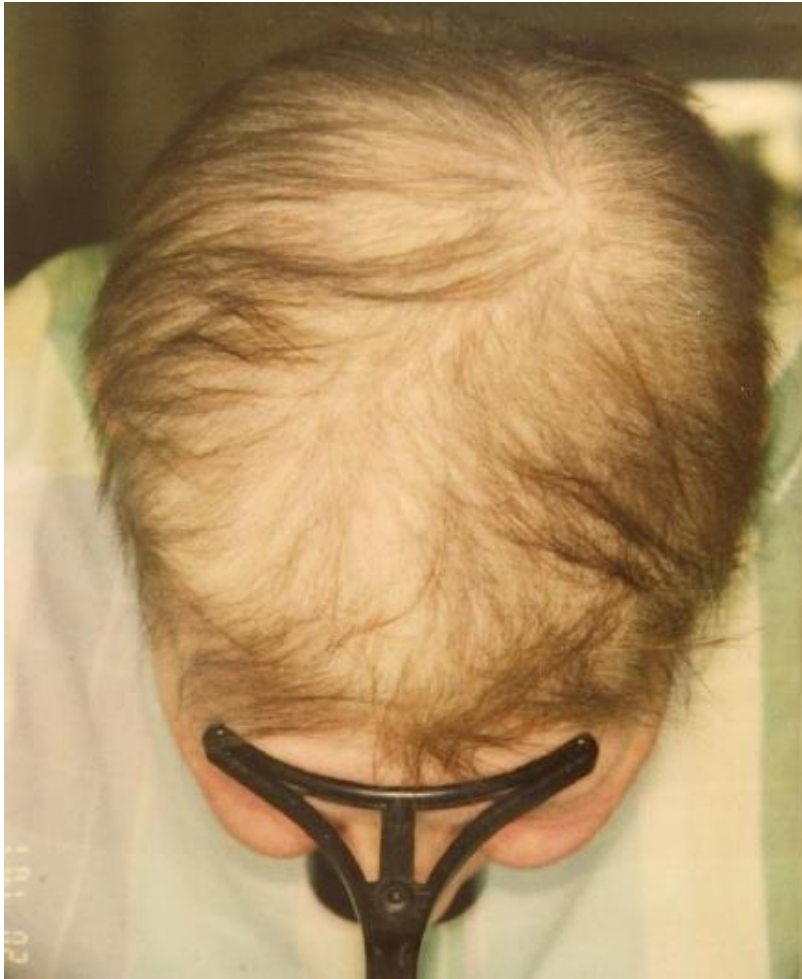
- a. Oral Finasterid 5mg pro Tag
- b. Topisch 0,05% Clobetasol
- c. Topisch Dinitrochlorobenzen
- d. Topisch 1% Hydrokortison-Creme
- e. Sytemische Therapie mit MTX

# Fall 1 – Therapie



- a. Oral Finasterid 5mg pro Tag (nicht wirksam bei AA)
- b. Topisch 0,05% Clobetasol
- c. Topisch Dinitrochlorobenzen (Therapie der 2. Wahl)
- d. Topisch 1% Hydrocortison-Creme (zu schwach)
- e. Sytemische Therapie mit MTX (Therapie der 3. Wahl)

# AA – Methylprednisolonpulsstherapie



F, 66 J (3x500mg an 3 aufeinanderfolgenden Tagen im Abstand von 1 Monat)



# AA – Kortikosteroidokklusivtherapie



M, 38J (6 Monate Clobetasolpropionat okklusiv)

# Alopecia areata subtotalis - DCP



F, 12J (12 Monate DCP-Therapie)

# Alopecia areata totalis – MTX + Prednison



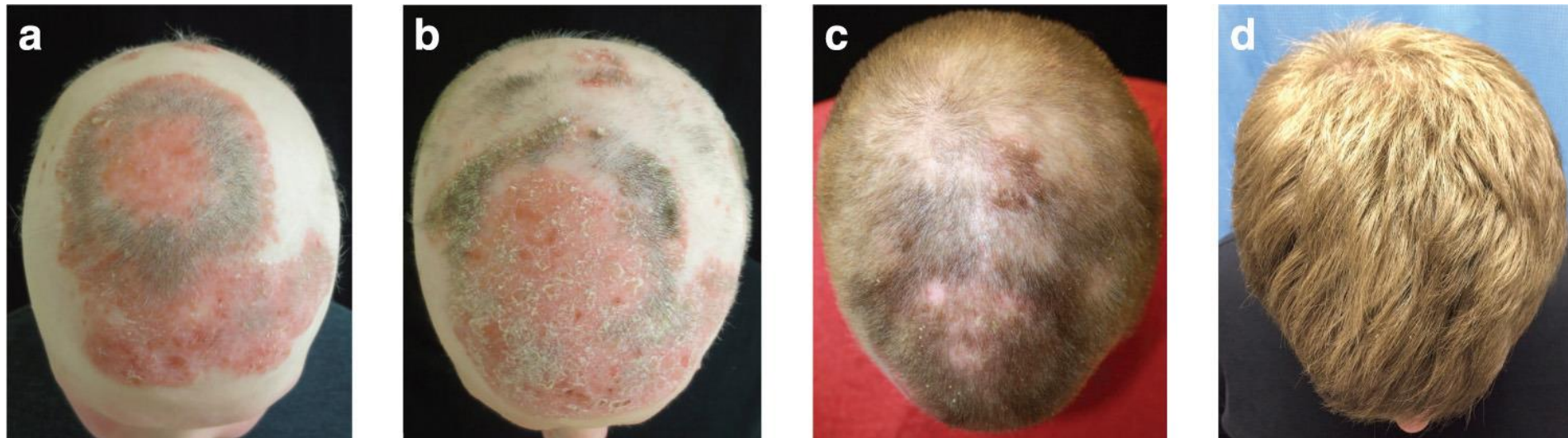
F, 43J (18 Monate MTX 30mg/Wo + Prednison initial 20mg)



# *Killing Two Birds with One Stone: Oral Tofacitinib Reverses Alopecia Universalis in a Patient with Plaque Psoriasis*

*Brittany G. Craiglow, Brett A. King*

*Journal of Investigative Dermatology*  
Volume 134, Issue 12, Pages 2988-2990 (December 2014)



# Fall 2

- Paul, 6 Jahre
- seit 3 Wochen ca. 3-4cm haarloses Areal mit feiner Schuppung
- keine Prämedikation
- keine Allergien
- FA: 12-jährige Schwester ohne Haarausfall
- SA: Volksschule, Katze
- Gewicht: 24 kg

## Fall 2 - Untersuchung



# Fall 2 – Diagnose?

- A. Alopecia areata
- B. Diskoider Lupus erythematodes
- C. Seborrhoisches Ekzem
- D. Telogeneffluvium
- E. Tinea capitis

# Fall 2 – Diagnose

- A. Alopecia areata (hat keine Schuppung)
- B. Diskoider Lupus erythematodes (geht mit Vernarbung einher)
- C. Seborrhoisches Ekzem (DD, aber i.d.R. nicht mit Haarausfall verbunden)
- D. Telogeneffluvium (wäre diffus und nicht fokal)
- E. Tinea capitis



# Andere Ursachen für lokalisierten Haarausfall

- Trichotillomanie
- Traktions- und Druckalopecie
- Lokalisierte vernarbende Alopecie
  - inkl. diskoider Lupus, Follikulitis decalvans, Lichen planopilaris, etc.



# Trichotillomanie

- neurotisch-zwanghaftes Ausreißen der Haare
- häufiger junge Frauen und Mädchen
- Klinisch: “Stoppelboden” !!
- Keine Schuppung
- Ggf. Kopfhautbiopsie
- Psychologische Therapie



# Traktionsalopezie

- Straff zurückgebundene Frisuren oder Zöpfe
- Schwarzafrikaner häufiger betroffen
- Untergang der Haarfollikel -> irreversibel





# Lokalisierte vernarbende Alopezie

- bei Alopezie mit Entzündung und Vernarbung
  - > Überweisung Dermatologe
- Vernarbung: Follikelostien fehlen, Haut häufig glänzend
- Biopsie erforderlich



# Frontal fibrosierende Alopezie Kossard



- postmenopausal
- symmetrisches Zurückweichen der Stirn-Haar-Grenze sowie des seitlichen Haaransatzes in der Schläfenregion
- keine Therapie bekannt

# Fall 3

- Arabella N., w, 32 Jahre
- Haarausfall seit ca. 3 Monaten
- „Tausende von Haaren im Kamm und in der Dusche!“
- Ihre Haare waren immer dicht – Verzweiflung.....
- Allergien: „Heuschnupfen“
- MA: z. Zt. Zyrtec
- SA: verheiratet, 2 Kinder (4 Monate & 2 Jahre)
- FA: unauffällig

# Fall 3: Untersuchung



Mittelscheitel < 1cm



- Traktionstest positiv
- (fast) alle Haare Telogenhaare (Kolbenhaare) → "Wattestäbchen"

Die klinische Untersuchung der Kopfhaut von Arabella ist unauffällig (keine Entzündung, keine Vernarbung, unauffällige Haardichte, Weite der Mittelscheitels normal) Alle Haare weisen am Ende einen weissen Kolben auf; der Haarzugtest ist positiv.

Was ist die wahrscheinliche Diagnose?

- a. Alopecia areata
- b. Anagen effluvium
- c. Androgenetische Alopezie
- d. Telogeneffluvium
- e. Traktionsalopezie

Die klinische Untersuchung der Kopfhaut von Arabella ist unauffällig (keine Entzündung, keine Vernarbung, unauffällige Haardichte, Weite der Mittelscheitels normal)  
Alle Haare weisen am Ende einen weissen Kolben auf; der Haarzugtest ist positiv.

Was ist die Diagnose?

- a. Alopecia areata (lokalisiert, kreisrund)
- b. Anagen-dystrophisches Effluvium (Chemotherapie)
- c. Androgenetische Alopezie (kein sichtbarer Haarverlust bei A.)
- d. Telogeneffluvium
- e. Traktionsalopezie

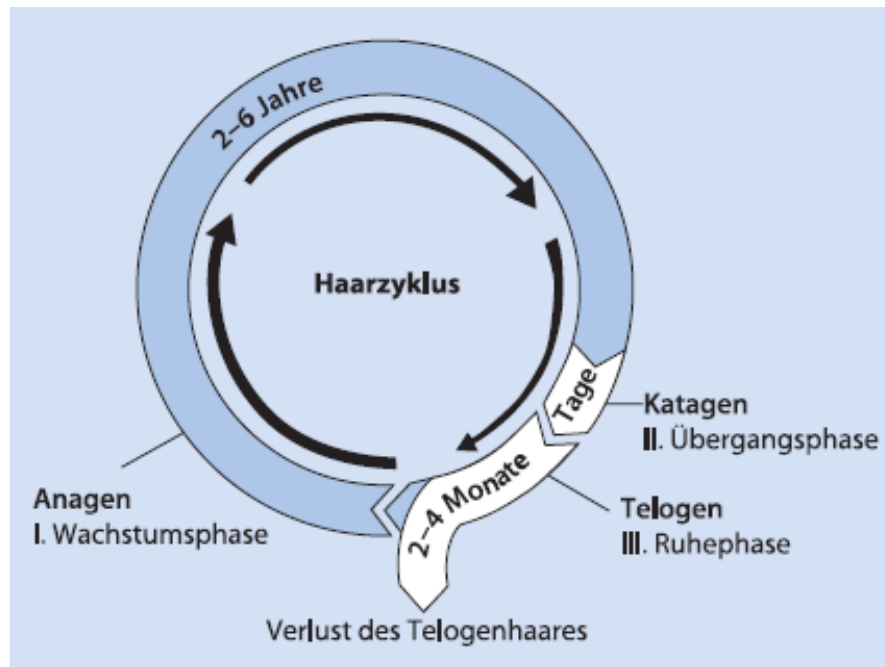


# Telogeneffluvium (TE)

- häufige Form des Haarausfalls, exakte epidemiologische Daten fehlen
- Frauen sind häufiger betroffen als Männer
- Pathomechanismus nicht vollständig geklärt
- Verschiedene Faktoren können - oft nach 2-3 Monaten - ein TE auslösen, z.B. psychisches oder physisches Trauma, febrile Infekte, Eisenmangel, Dysthyreose, Medikamente, Hormonsubstitution, starker Gewichtsverlust, Lues
- Bei etwa 1/3 der Patientinnen mit akutem TE kann kein Auslöser identifiziert werden
- Ursache des chronisch telogenen Effluviums, das praktisch nur Frauen betrifft, ist i.d.R. nicht zu eruieren

# Telogeneffluvium – Beruhigung

- „Ein neues Haar drückt das alte heraus“
- „die Haarwurzel selbst ist gesund“
- „Problem löst sich i.d.R. innerhalb eines halben Jahres von selbst“
- „Haarzyklus ist beschleunigt worden“





Arabella ist trotz Aufklärung nicht glücklich über meine Erklärungsmodelle. Sie wünscht (fordert) eine Blutentnahme.

Was würden Sie bestimmen (Pat. ist asymptomatisch)?

- a. Antinukleäre Antikörper (ANA)
- b. DHEA-S und freies Testosteron
- c. Ferritin
- d. FSH, LH
- e. Transglutaminase-Antikörper

Arabella ist trotz Aufklärung nicht glücklich über meine Erklärungsmodelle. Sie wünscht (fordert) eine Blutentnahme.

Was würden Sie bestimmen (Pat. ist asymptomatisch)?

- a. Antinukleäre Antikörper (ANA)
- b. DHEA-S und freies Testosteron
- c. Ferritin
- d. FSH, LH
- e. Transglutaminase-Antikörper

# Diffuses Effluvium - Abklärung

- Labor: TSH, gr. BB, Eisenstatus, Vitamin D3

Anheben der Ferritinwerte auf bis zu 70 ng/ml

**LUES – Don't forget!**

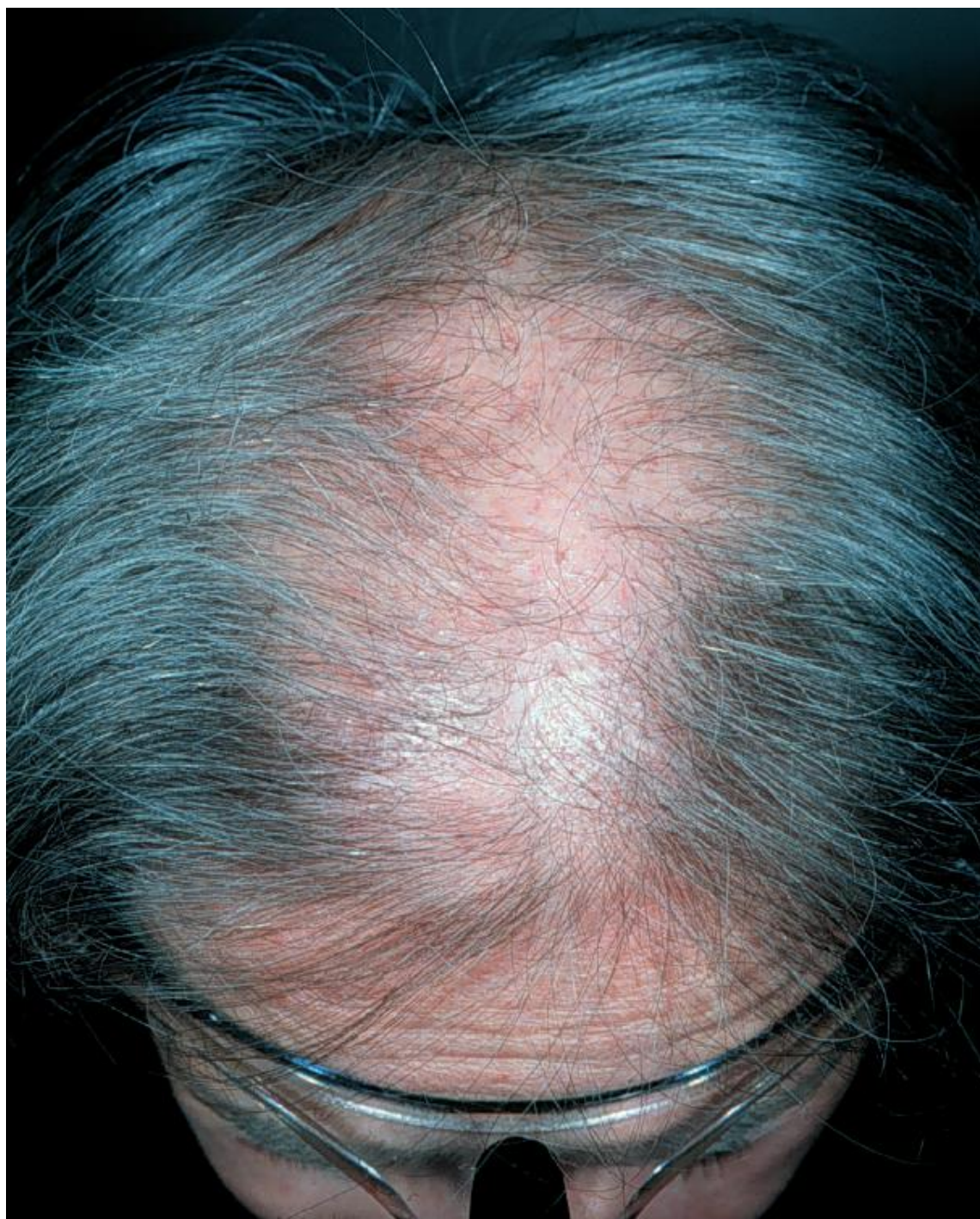
ggf. ANA, Vit. B12

- Medikamentenanamnese!

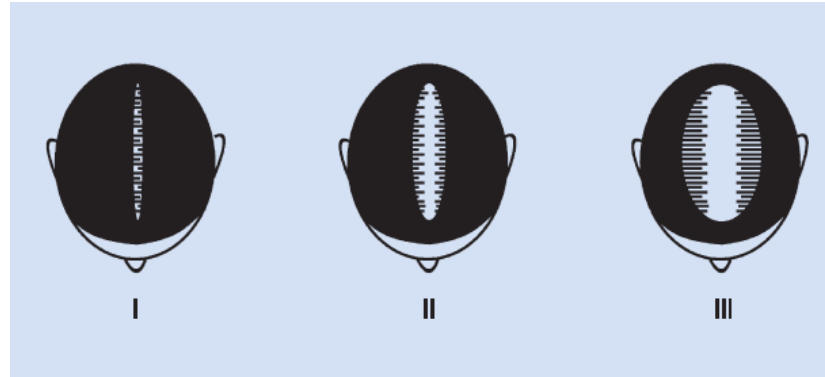
Betablocker, Retinoide, Metformin,  
Antidepressiva, Kontrazeptiva, etc.

# Fall 4

- Franziska G., w, 62 Jahre
- zunehmende Ausdünnung der Haare
- Angst „dass andere Erkrankung dahinter stecken könnte“
- EA: Hypertonie
- MA: Lisinopril
- SA: verwitwet, lebt alleine
- FA: unauffällig



# Androgenetische Alopezie der Frau



Welche Therapieempfehlung würden Sie bei Franziska G. geben?

- a. Keine Haarfärbung in Zukunft
- b. Östrogen-haltiges Haarwasser
- c. Intralösionale Steroidapplikation
- d. Oral finasterid 1 mg
- e. Topisch Minoxidil 5%-Lösung



Welche Therapieempfehlung würden Sie bei Franziska G. geben?

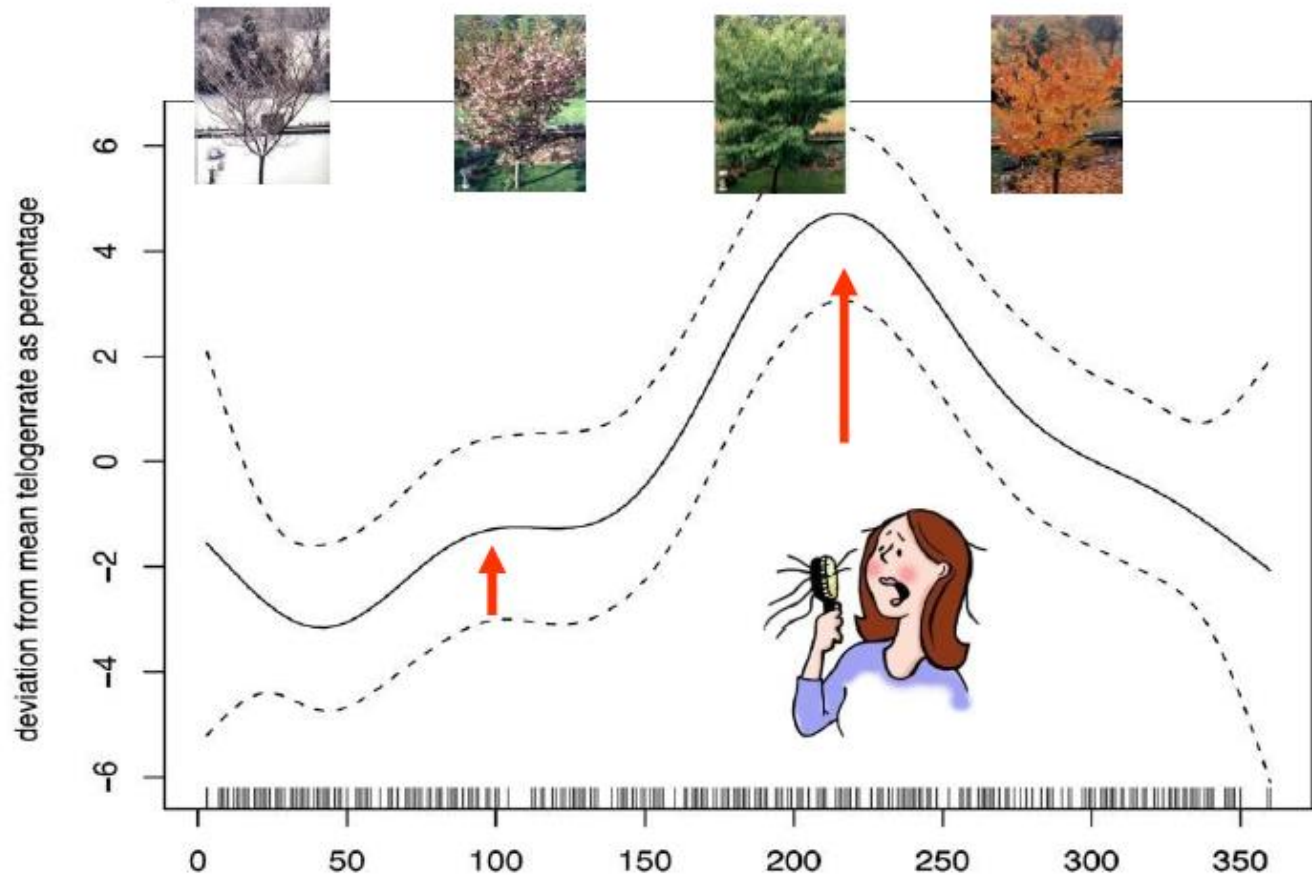
- a. Keine Haarfärbung in Zukunft
- b. Östrogen-haltiges Haarwasser (kein Effekt)
- c. Intralösionale Steroidapplikation
- d. Oral finasterid 1 mg
- e. Topisch Minoxidil 5%-Lösung



# Androgenetische Alopezie der Frau

- Prävalenz: ca 40% nach den Wechseljahren, ca. 10% vorher
  - Men go “bald”; Women go “thin”
- topisches Minoxidil Therapie 1. Wahl
  - Hinweis: 2-4 Wochen nach dem Absetzen von Minoxidil kann (vorübergehend) ein verstärkter Haarausfall ("shedding-Effekt") auftreten
  - Beurteilung ob Wirksamkeit frühestens nach 6 Monaten
- Second line
  - Antiandrogene (z.B. Cyproteronacetat, z.B. Diane 35®) nur bei Frauen mit zusätzlichen Androgenisierungszeichen

# Saisonalität von Haarausfall bei Frauen



Seasonality of hair shedding in healthy women complaining of hair loss.

Kunz et al, Dermatology 2009

# „Doktor mir fallen die Haare aus!“



Wien, 12.02.2018

Sehr geehrter Herr Dr. Hügel!

Beim einmaligen Haarewaschen habe ich so viel Haare verloren!  
Hätten Sie eine Erklärung wieso und warum?

Bin wiederum sehr verzweifelt!!!!

Ihre Alma von Döbling

