

FALL DER WOCHE

Elfriede hat Haarausfall -

Die Patientin

Die 45-jährige Elfriede S. ist sehr unglücklich. Sie will zunächst ihr Kopftuch gar nicht abnehmen, aber schließlich sollen Sie ja das Problem sehen. Sie nimmt es also doch ab. „Mir fallen die Haare aus, man sieht das doch schon!“, sagt sie mit einer Mischung aus ängstlicher Frage und Trotz. „Ich hab ja schon Angst, mich zu kämmen, immer sind riesige Haarbüschel im Kamm oder in der Bürste!“ Begonnen hat das langsam, vor zirka neun Monaten. Eine Alopecia areata besteht nicht, aber das Kopfhaar wirkt verdünnt, spröde und ist stellenweise leicht aus der Kopfhaut abziehbar. Frau S. nimmt keine Medikamente, sie hat allerdings fünf Jahre lang eine Hormonspirale getragen, die vor eineinhalb Jahren entfernt wurde. Danach hatte sie wieder regelmäßige Zyklen, bis vor zwei Monaten. „In letzter Zeit ist alles ein bisschen durcheinander, aber als das mit den Haaren angefangen hat, war mein Zyklus regelmäßig“, stellt sie fest. Bei genauerer Anamnese stellt sich dann heraus, dass die Patientin doch gelegentlich Medikamente nimmt, nämlich NSAR und hin und wieder auch ein Triptan, wegen Migräne. Andere dermatologische Probleme hat sie nicht. Was ist hier zu tun?

„Sexualhormone und Schilddrüse in die Diagnose einbeziehen“



Dr. Johannes Neuhofer
FA f. Haut- und Geschlechtskrankheiten,
Linz

Wenn eine Alopecia areata (meist kreisrund) ausgeschlossen ist, sollte man sich aber vergewissern, dass es sich nicht doch um eine Alopecia areata diffusa handelt, die allerdings recht selten ist. Dagegen spricht aber auch, dass bei einer Alopecia areata – auch der diffusen Form – keine verstärkte Brüchigkeit und Verdünnung typisch ist. Somit lässt sich

eine Alopecia areata auch ohne Biopsie mit hoher Sicherheit ausschließen.

Das Hauptaugenmerk richtet sich bei dieser Anamnese, insbesondere nach Entfernung der Hormonspirale und bei einem Alter von 45 Jahren, wo typischerweise die Sexualhormone abfallen, auf die hormonelle Thematik. Dazu muss man sagen, dass der Haarausfall oft erst Monate nach dem Eintritt einer internen oder hormonellen Ursache auftritt.

Bei Verdünnung und Sprödewerden ist neben den Sexualhormonen auch die Schilddrüse ins engere diagnostische Feld einzubeziehen. Die Untersuchung muss von einer Laboranalyse, die ja häufige Ursachen wie Eisenmangel und Entzündungsparameter einschließt, begleitet werden.

Sollte hier keine Ursache gefunden werden, sollte die Patientin auf entsprechende Ernährung (eiweiß- und vitaminreich) hingewiesen werden. Oft kommt es durch isoflavonhaltige Substitution zur deutlichen Verbesserung dieses Haarproblems, das oft einmal pars pro toto für einen reduzierten Allgemeinzustand steht, wodurch eine ganzheitliche Sicht der Lebenssituation der Patientin mit eingeschlossen werden muss.

Außerdem möchte ich auch noch darauf hinweisen, dass – da aufgrund der vor allem von den ehemaligen Sowjet-Staaten ausgehenden Prostitution die Syphilis-Zahlen deutlich ansteigen – eine diesbezügliche venerologische Abklärung wieder wichtiger wird.

„Eine endokrinologische Diagnose muss ausgeschlossen werden“



Univ.-Prof. Dr. Adrian Tanew
FA f. Haut- und Geschlechtskrankheiten; Abt. f. Spez. Dermatologie und Umweltdermatosen, Univ.-Klinik für Dermatologie, Med. Universität Wien

Bei der algorithmischen Abklärung von Alopezien sind folgende Fragen richtungsweisend:

- Manifestationsalter; DD genetisch bedingte bzw. erworbene Alopezien
- Verteilung: lokalisiert oder diffus
- Dynamik: akutes oder allmähliches Auftreten

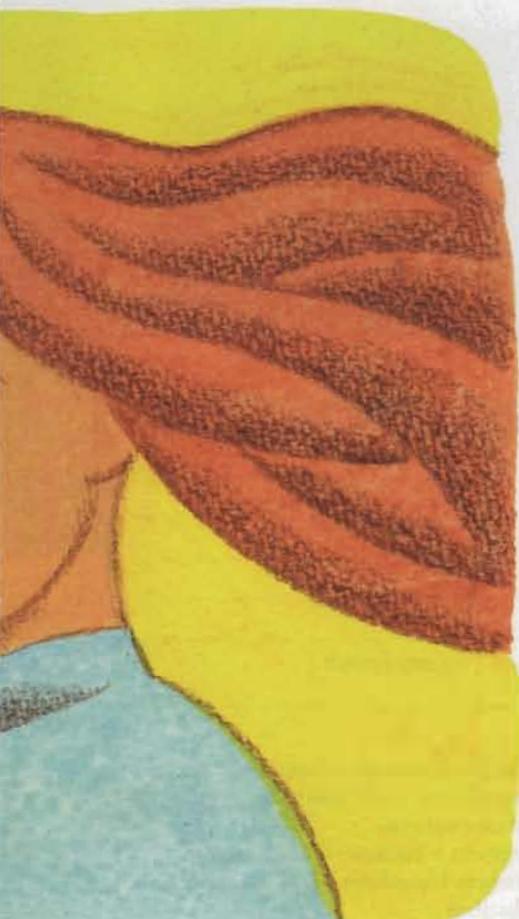


- Beschaffenheit der Kopfhaut: normal oder pathologisch (z.B. Entzündung, Schuppung)
- Haarfollikel: vorhanden oder vermindert; DD: nicht vernarbende versus vernarbende Alopezien
- Haarschäfte bzw. Haarstruktur: normal oder verändert
- Vorliegen weiterer dermatologischer oder allgemeinmedizinischer Auffälligkeiten

Soweit aus den vorliegenden Informationen zu entnehmen ist, leidet die 45-jährige Patientin an einem seit neun Monaten bestehenden, diffusen Effluvium, das mittlerweile zu einer zunehmend sichtbaren Alopezie geführt hat. Die Erwähnung des spröden Haars weist auf eine gleichzeitig bestehende Haarschaftalteration hin. Die Kopfhaut selbst scheint unauffällig zu sein. Eine Trichodynie wird nicht angegeben. Über den Zustand der Nägel liegen keine Informationen vor.

Fotos: Privat (2), cityfoto.at/Franz Josef Scheib, Illustration: Kim Novak

und leidet sehr darunter



Die Diagnostik basiert auf einer gezielten und ausführlichen Anamnese, welche die oben angeführten möglichen Ursachen berücksichtigt und erforderlichenfalls mittels weiterer Untersuchungen abklärt.

Aufgrund des Alters und der Vorgeschichte der Patientin sowie der geschilderten Haarstrukturveränderungen (sprödes Haar) muss primär eine endokrinologische Ursache ausgeschlossen und gegebenenfalls behandelt werden.

Diffuse nicht vernarbende Alopezien sind gelegentlich unter Einnahme von SSRI (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) beschrieben worden, bei sporadischer Einnahme eines Triptans erscheint die Entwicklung eines chronischen Telogeneffluviums jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Zu beachten ist auch, dass in mehr als 30 Prozent aller Fälle von diffusem chronischem Telogeneffluvium keine Ursache zu eruieren ist. In diesem Fall wäre ein Therapieversuch mit Minoxidil-Lösung über sechs bis zwölf Monate zu erwägen.

„Ich empfehle außerdem eine interdisziplinäre Therapie“



Dr. Sibylle Wichlas
FÄf. Haut- und
Geschlechtskrankheiten,
„Woman & Health“, Wien

Aus den obigen Angaben erhebe ich den Verdacht auf ein diffuses Effluvium, Telo-

geneffluvium, im Rahmen der beginnenden Menopause.

In einer ergänzenden Anamnese ist die erbliche Disposition im Rahmen der Familienanamnese zu erheben sowie die Eigenanamnese – also der Beruf und Kontakt mit eventuellen Noxen. Weiters sind Erkrankungen, Operationen, Traumata, Infektionen, Neoplasien und Medikamente zu erfragen.

Haarausfall kann bei Lipidsenkern, Beta-blockern, blutverdünnenden Mitteln, aber auch wie bei Frau S. bei Triptan bzw. NSAR auftreten. Weiters erhebe ich Gewohnheiten zur Haarpflege, Ernährungsgewohnheiten (z.B. Eiweißmangel durch Diät, Hypo-, aber auch Hypervitaminosen) sowie berufliche bzw. private Stressbelastung.

Außerdem erfolgt eine klinische Inspektion der Kopfhaut auf entzündliche Verän-

derungen wie z.B. Infektionen (Tinea, Folliculitis decalvans), narbige Veränderungen sowie des gesamten Integuments auf Haut- und Schleimhautveränderungen wie z.B. bei Lupus erythematoses, vernarbendem Pemphigoid, Mucinosis follicularis und Pseudopelade Brocq. Wichtige diagnostische Hinweise können auch Nagelveränderungen geben. Ein Trichogramm von ausgezupften Haaren (DD: Telogen- oder Anageneffluvium) ist ratsam.

Laborchemisch lasse ich das komplette Blutbild untersuchen: Leber- und Nierenwerte, Eisen, Ferritin, Zink i. S, Vitamin B 12, Folsäure, CRP, BSG, ASLO, TSH, TPHA, VDRL, TSH, E2, Prolaktin, Testosteron, DHEA-S, FSH, LH, SHBG, ANAs und Subsets.

Die Beruhigung der Patientin durch Aufklärung über sehr häufige Reversibilität halte ich für angebracht und weise sie zur Objektivierung an, indem das Zählen der ausgefallenen Haare pro Tag erfolgt, auch um einen Therapieerfolg zu dokumentieren. Ich verschreibe der Patientin 17-Beta-Estradiol-Haarwasser (0,12%) und empfehle eine Kontrolle mit den Befunden.

In Zusammenschau mit diesen Befunden müsste nun eine Diagnose stehen. Eine entsprechende eventuell interdisziplinäre Therapie sollte über den Zeitraum von mehreren Monaten laufen. Sie sollte nicht nur durch eine medikamentöse Behandlung alleine gekennzeichnet sein, sondern eventuell auch z.B. durch Ernährungsberatung, mentales Coaching und Psychotherapie, die das körperliche und seelische Wohlbefinden erhöhen könnte. ■

Erratum

Im **ärztemagazin** 14/2008 veröffentlichten wir eine Leser-Zusendung, in der Dr. Peter Gungl sehr anschaulich die segmentale Matrixkaustik zur Behandlung eingewachsener Nägel vorstellte. Bei den von der Redaktion erstellten Bildunterschriften sind uns leider zwei Fehler unterlaufen. Abbildung 3 zeigt nicht die Mobilisierung des Nagelkeils, sondern das Abziehen mittels einer Klemme. Und in Abbildung 6 ist die Zehe drei Wochen nach Behandlung zu sehen und natürlich nicht, wie angegeben, eine Woche nach Behandlung. Wir bitten um Verzeihung.