



Handreiking alopecia androgenetica en *female pattern hair loss*

Namens de domeingroep Haar en nagels:

T.H. van Dongen¹, P.K. Dikrama², R. Waalboer-Spuij², L. Plusjé³

Haarziekten worden door veel dermatologen als diagnostisch en therapeutisch zeer uitdagend ervaren. De vraag naar een duidelijke richtlijn is dan ook groot. Daarentegen is de evidentie voor veel behandelingen beperkt en van zeer matige kwaliteit. De verwachting is dat een richtlijn alopecia van de NVDV nog enige tijd op zich laat wachten. Om dermatologen en hun patiënten niet langer met de handen in het haar te laten zitten, brengt de domeingroep Haar en nagels een serie met korte handreikingen uit voor de meest voorkomende vormen van alopecia.

In de dagelijkse praktijk gebruikt men de diagnose alopecia androgenetica (AAG) vaak voor zowel mannen als vrouwen, maar omdat de rol van androgenen in het onderliggende pathologische proces bij vrouwen minder uitgesproken is, wordt er in dat geval liever gesproken van *female pattern hair loss* (FPHL). AAG en FPHL zijn de meest voorkomende vormen van non-cicatriciële alopecia waarbij de incidentie bij mannen overeenkomt met de leeftijd (60% bij de leeftijd van 60 jaar) en bij vrouwen toeneemt na de menopauze en ongeveer 55% van de vrouwen bij de leeftijd van 80 jaar betreft. Het karakteriseert zich door progressief verlies van anagene haren op de scalp en kan al ontstaan vanaf de puberteit. Bij mannen is het haarverlies het meest prominent frontotemporale en ter plaatse van de vertex, terwijl bij vrouwen de voorste haarlijn vaak gespaard blijft met een meer diffuus apicaal verlies met breder wordende middenscheiding, de zogenaamde kerstboomconfiguratie. Het omzettingsproduct van testosteron dihydrotestosteron (DHT) speelt samen met de androgeenreceptor een belangrijke rol bij het haarverlies. Daarnaast blijken een verminderde doorbloeding van de scalp door tractie aan de galea-aponeurotica door de schedelspijzen en andere factoren zoals prostaglandine D₂ ook een belangrijke rol te spelen. [1,2] Deze factoren betreffen waarschijnlijk deels een genetische aanleg.

DIAGNOSTIEK

Voor het stellen van de diagnose is met name de anamnese, kliniek en trichoscopie van belang waarbij er, afhankelijk van de mate van progressie, bij zowel AAG als FPHL een toename in kaliberverschil tussen de anagene haren gezien wordt met verder een afname van het aantal haren per folliculaire unit, *lonely hairs* en miniaturisatie (figuur 1). Histopathologisch

onderzoek is over het algemeen niet bijdragend en niet wenselijk. Daarnaast is het bij verdenking op een andere vorm van alopecia belangrijk om niet uit een gebied met uitgesproken AAG of FPHL te biopteren omdat dit de histologische interpretatie kan bemoeilijken. In het geval van verdenking op hyperandrogenisme (tekenen van virilisatie, acne-klachten, onregelmatige menstruele cyclus) bij FPHL, bijvoorbeeld in het kader van het polycysteus ovariumsyndroom, is verwijzing naar de gynaecoloog ter bevestiging hiervan geïndiceerd omdat dit consequenties kan hebben voor de therapiekeuze.

THERAPIE

Alopecia androgenetica

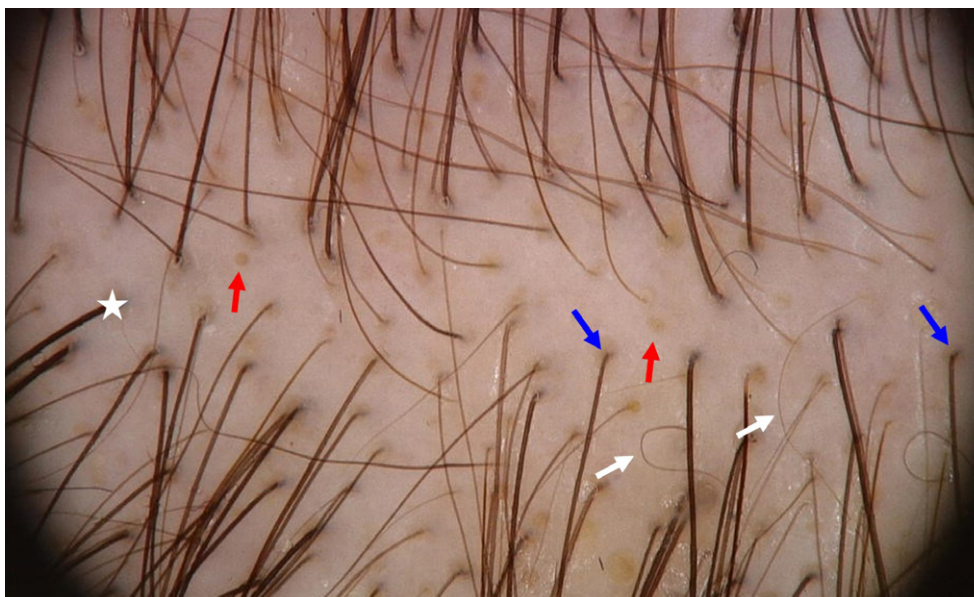
De hoeksteen van de behandeling is minoxidil 5% schuim 2dd. De lotion-variant kan als alternatief gebruikt worden, maar bevat propyleenglycol waardoor deze vaker voor irritatie op de scalp kan zorgen. Adviseer de gehele bovenzijde van de scalp in te smeren en attendeer de patiënt op de shedding-fase die op kan treden. Dit is een periode waarbij na enkele weken een toename van haarverlies optreedt en enkele weken kan aanhouden maar waarbij wel ook al hergroei op kan treden. Minoxidil moet ten minste 6 maanden worden gebruikt voordat evaluatie van het effect aan de orde is. Als minoxidil onvoldoende effectief is of bij verder gevorderde stadia van haarverlies kan finasteride 1mg 1dd worden toegevoegd. Dit is een 5- α reductaseremmer die de omzetting van testosteron naar DHT vermindert. Van belang is hierbij de mogelijke seksuele bijwerkingen te vermelden (verminderd libido, erectiele dysfunctie, verminderde vruchtbaarheid), waarbij deze bijwerkingen over het algemeen altijd verdwijnen na het staken van de behandeling. Als finasteride onvoldoende effectief is, valt te overwegen om te switchen naar dutasteride

¹ Aios, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam. Lid domeingroep Haar en nagels.

² Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam.

³ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk en Erasmus MC, Rotterdam.

Voorzitter domeingroep Haar en nagels.



Figuur 1. Trichoscopisch beeld bij alopecia androgenetica en female pattern hair loss met >20% van de haren met een dunnere diameter ten opzichte van een referentiehaar met normale dikte (ster), lonely hairs (blauwe pijlen), geminiaturiseerde haren (witte pijlen) en lege ostia (rode pijlen).

0,5mg 1dd, een potentere 5-alpha reductase remmer met een vergelijkbaar bijwerkingenprofiel. [3] Naast bovenstaande behandelingen kan frequent gebruik van ketoconazol shampoo, ook in de afwezigheid van seborrhoïsche dermatitis op de scalp, een gunstig effect hebben als additief in verband met de anti-androgene werking en vermindering van eventuele inflammatie. [4] Bij verder gevorderde stadia van alopecia androgenetica kan een haartransplantatie overwogen worden waarbij bovengenoemde behandelingen een complementaire rol kunnen hebben.

Female pattern hair loss

Ook bij female pattern hair loss is de hoeksteen van de behandeling minoxidil 5% schuim 1-2dd, eventueel in combinatie met ketoconazol shampoo (zie onder alopecia androgenetica). Geef tevens uitleg over de kans op hypertrichose in het gelaat als mogelijke bijwerking. Indien minoxidil onvoldoende effectief is of bij hyperandrogenisme en/of een verder gevorderd stadium van haarverlies kan men een systemisch antiandrogeen toevoegen waarbij spironolacton de voorkeur heeft boven cyproteronacetaat in verband met het ongunstiger bijwerkingenprofiel van cyproteronacetaat, waaronder zeldzame (multipale) meningeomen (0,01%-0,1%). Hierbij kan gestart worden met een dosering van 25mg 2dd die afhankelijk van de bijwerkingen na 2 weken opgehoogd kan worden naar 50mg 2dd. Van belang is om tijdens deze opbouwfase frequent de bloeddruk, nierfunctie en het serum kalium te

controleren. Antiandrogene middelen zijn effectiever in geval van hyperandrogenisme. [5] Let verder op dat zowel topicale minoxidil als systemische medicatie niet tijdens de zwangerschap gecontinueerd kunnen worden. Een haartransplantatie is bij verder gevorderde stadia vaak minder goed mogelijk in verband met diffuser haarverlies en hierdoor een minder geschikte donorsite. Attendeer patiënten in dit geval op de mogelijkheid en gedeeltelijke vergoeding van een haarwerkje.

LITERATUUR

1. Tellez-Segura R. Involvement of mechanical stress in androgenetic alopecia. *Int J Trichology*. 2015 Jul-Sep; 7(3):95-9.
2. Garza LA, et al. Prostaglandin D2 inhibits hair growth and is elevated in bald scalp of men with androgenetic alopecia. *Sci Transl Med*. 2012 Mar; 4(126):126-34.
3. Lee S, et al. Adverse sexual effects of treatment with finasteride or dutasteride for male androgenetic alopecia: A systematic review and meta-analysis. *Acta Derm Venereol*. 2019 Jan; 99(1):12-7.
4. Pièrard-Franchimont C, et al. Ketoconazole shampoo: Effect of long-term use in androgenic alopecia. *Dermatology*. 1998; 196(4):474-7.
5. Brough KR, Togerson RR. Hormonal therapy in female pattern hair loss. *Int J Womens Dermatol*. 2017 Mar; 3(1): 53-57.

CORRESPONDENTIEADRES

Tristan van Dongen

E-mail: t.vandongen@erasmusmc.nl