



Handreiking telogeen effluvium

Namens de domeingroep Haar en nagels

D. Wang¹, P.K. Dikrama², R. Waalboer-Spuij², L. Plusjé³, T. van Dongen⁴

Veel dermatologen ervaren haarziekten als diagnostisch en therapeutisch uitdagend. 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 patiënten niet langer met de handen in het haar te laten zitten, brengt de domeingroep Haar en nagels enkele handreikingen uit voor de meest voorkomende vormen van alopecie.

Telogeen effluvium (TE) is een vorm van non-cicatriciële alopecie waarbij er een verstoring is opgetreden in de haargroei-cyclus. De haarcyclus kent 3 fases: de anagene fase (groeifase, duur 2-6 jaar, 85-90% van alle haren), de katagene fase (involutiefase, duur 2-3 weken, <1% van alle haren) en de telogene fase (rustfase, duur 3 maanden, 10-15% van alle haren). Na de telogene fase valt het haar uit. Op dat moment bevindt zich al een anagene haar in de haarfollikel. De cyclus herhaalt zich. Bij TE komen veel anagene haren in de katagene fase, die kort duurt, waarna ze in de telogene fase belanden. Hierna vallen de haren min of meer op hetzelfde moment uit. Kenmerkend voor TE is dat het haarverlies diffuus over de scalp verspreid is en er geen andere klachten zijn. Men onderscheidt twee vormen van TE onderscheiden: acuut TE en chronisch TE. Acuut TE wordt vaak uitgelokt door een gebeurtenis of een onderliggende aandoening en herstelt zich in het algemeen spontaan wanneer men de oorzakelijke factor wegneemt (tabel 1). Als het haarverlies langer dan 6 maanden aanhoudt, dan is er sprake van chronisch TE (tabel 1). Houdt er rekening mee dat telogeen effluvium ook kan voorkomen naast een andere haarziekte; bekende voorbeelden hiervan zijn alopecia androgenetica of *female pattern hairloss*. Deze haarandoeningen zullen we in een andere handreiking behandelen.

DIAGNOSTIEK

Voor het stellen van de diagnose, zijn met name de anamnese en de haartrektest van belang. Tijdens anamnese wordt gevraagd naar de mogelijke aanleiding van TE (tabel 1). Bij de haartrektest worden er ongeveer 50 haren (4-6mm in diameter) gepakt en van proximaal naar distaal getrokken ter plekke van de vertex, pariëtaal en occipitaal. Het mag geen pijn doen. Het idee dat men vooraf niet mag douchen of borstelen, is achterhaald. De haartrektest is positief wanneer er 2 of meer haren op meerdere plekken uit worden getrokken. Let hierbij op of de uitgevallen haren telogene haren zijn (figuur 1).

Tabel 1: oorzaken van TE

Oorzaken van TE
Shedding of the newborn (fysiologisch)
Postpartum (fysiologisch)
IJzerdeficiëntie
Postfebrile (extreem hoge koorts, zoals bij malaria)
Ernstige infectie
Vitamine D deficiëntie
Ernstige chronische ziekte (zoals HIV, SLE)
Ernstige, langdurige psychologische stress
Medicatie gerelateerd (orale anticonceptie, orale retinoïden en vitamine A overschot, anticoagulantia, thyreostatica, anti-epileptica, interferon-a-2b, zware metalen, β -blokkers).
Postoperatief (impliceert uitgebreide chirurgische procedure)
Hypothyroïdie en andere endocrinopathieën (zoals hyperthyroïdie)
Crash of vloeibare eiwitten dieet; verhongering/ondervoeding
Idiopathisch

Trichoscopie kan bijdragen aan het stellen van de diagnose. Bij trichoscopie worden over de gehele scalp (zowel frontaal als occipitaal) recht-opstaande teruggroeiende haren gezien; dat is de meest kenmerkende bevinding van de aandoening (figuur 2). Verder kunnen er *lonely hairs* (figuur 2), lege follikels en *yellow dots* zichtbaar zijn. Aanvullend laboratoriumonderzoek is in te zetten ter opsporing van onderliggend



Figuur 1: Telogene haar. (gedepigmenteerde proximale haarwortel)

¹ Anios, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam.

² Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam.

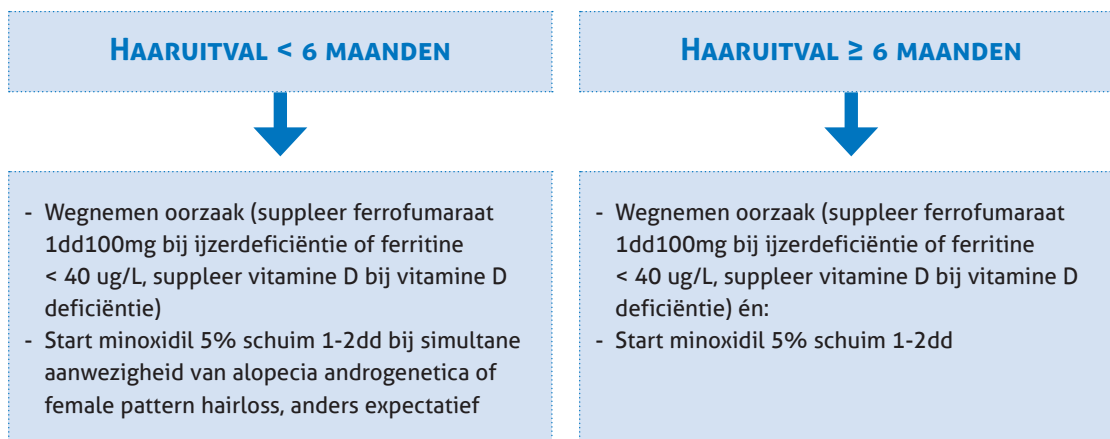
³ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk en Erasmus MC, Rotterdam. Voorzitter domeingroep Haar en nagels

⁴ Aios, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam.



Figuur 2: Trichoscopische kenmerken van TE.

* = Rechtopstaande teruggroeiende haren / + = Lonely hairs.



Figuur 3: Stroomdiagram behandeling TE

lijden (Hb, ferritine, serum ijzer, transferrine, transferrine saturatie, TSH, 25-OH vitamine D). Histopathologisch onderzoek draagt in het algemeen niet bij aan de diagnostiek.

THERAPIE

Counseling en het wegnemen van de oorzaak zijn onderdeel van de behandeling. Leg de patiënt uit wat de oorzaak is, dat het herstel 3-6 maanden duurt en dat een zichtbare cosmetische verbetering tot wel 1,5 jaar duurt, aangezien haren gemiddeld 1 cm per maand groeien. Therapie is niet geïndiceerd als de haaruitval minder dan 6 maanden duurt, er geen aanwijzingen voor bijkomende alopecia androgenetica of female pattern hairloss zijn en er geen laboratorium afwijkingen zijn. Wacht in die gevallen spontaan herstel af. Start minoxidil 5% schuim 1-2dd wanneer het haaruitval meer dan 6 maanden duurt of als er aanwijzingen zijn voor bijkomende alopecia androgenetica of female pattern hairloss (figuur 3). Schuim (van het merk Kirkland) wordt vaak beter verdragen dan lotion, omdat lotion propyleenglycol bevat dat kan zorgen voor irritatie van de hoofdhuid. Attendeer de patiënt op de shedding fase die voorkomt in het begin van gebruik. Dit is een periode waarin er kortdurend meer haarverlies optreedt.

Hierna zal de hergroei starten. Minoxidil moet men ten minste 6 maanden gebruiken voordat het effect te evalueren is. Wanneer er sprake is van een ijzerdeficiëntie of wanneer het ferritine <40ug/L is het advies dit te suppleren met ferrofumaraat 100mg 1dd. Wij adviseren om na 3 maanden te controleren of de ijzerstatus voldoende verbeterd is en de trektest negatief geworden is. Voedingssupplementen zoals pantho-teenzuur en L-cysteine (verlengen de anagene fase) vallen te overwegen.

LITERATUUR

1. Rebora A. Telogen effluvium: a comprehensive review. *Clinical Cosmetic and Investigational Dermatology*. 2019
2. Rudnicka L, et al. *Atlas of trichoscopy*. Springer, 2012.
3. Van Deursen CThBM, van Gelder M. *IJzersuppletie bij anemie: minder is beter*. *Ned. Tijdschrift Geneeskunde*, 2017.

CORRESPONDENTIEADRES

Petra Dikrama

E-mail: p.dikrama@erasmusmc.nl