

Bahnhofstrasse 110
CH - 8001 Zürich

Telefon: 044 225 41 41
Telefax: 044 225 41 42
www.hautzone.ch



Merkblatt Haarabklärung

1. Untersuchungsgang

1.1. Anamnese

kongenital, erworben

1.2. Klinik

diffus, umschrieben

vernarbend? (Haarfollikelöffnungen erhalten?)

Konfiguration?

Aktivität (Haarzuftest)

Haarstruktur

Brüchigkeit? (Hair feathering test)

Hirsutismus, Hypertrichose

Hypo-/Atrichie?

assoziierte Erkrankungen? Syndrome?

andere Erkrankungen

2. Hinweise zur Diagnostik:

2.1. Alopecia androgenetica

2.1.1. Klinik

2.1.1.1. Male pattern: Hamilton-Norwood I-VII androgenetische Alopezie: ab Grad III

2.1.1.2. Female pattern: Ludwig I-III

Frauen mit androgenetische Alopezie: Xmas-tree-sign

2.1.1.3. diffuses Telogen-Effluvium:

Patientinnen kommen mit Säcken voller Haare

Ratsherrenecken ausgedünnt!

2.1.2. Labor

L-Serologie

diffuse Alopezie

CRP, Blutbild, Glucose, Kreat, Transaminasen

TSHbasal

ANA

Eisenstatus (Fe, Ferritin)

2.2. Alopecia areata

Atopie-Screening
Anti-Magen-Parietalzellen
Anti-TPO, Anti-Thyreoglobulin, TRAK
TSHbasal (falls SD-AK pos)

2.2.1. Untersuchungen

Trichogramm
Biopsie:
aus aktivem Randbereich!
Technik:
2x4mm-Punch
1 davon vertikal halbieren, eine Hälfte in NaCl für DIF, Rest in Formalin für Histo

3. Zur Therapie

3.1. Therapie: androgenetische Alopezie, Mann: medikamentös

Propecia
Minoxidil
ev. Beginnen mit 5%, nach 3 Monaten 2%
Regaine, Neocapil, Alopexy; Magistralrezeptur
Aminexil, Priorin, Pantogar usw.

3.2. Therapie: androgenetische Alopezie, Mann interventionell

Grundsatz: erst in späten Stadien! (ca. Hamilton V)
Haartransplantation
Plastiken
Schwenklappen
Reduktionsplastiken
Haarersatz
Toupet
Perücke

3.3. Therapie: androgenetische Alopezie, Frau topisch

Minoxidil
nur 2% sinnvoll
Kalium-Canrenoat-Lösung KA 2-3x/d
Estradiol-Haarspiritus 0.05% abends, nach Besserung 2-3x/Wo
EII-Cranell (Dexamethason, 17 β -Estradiol, Salicylsäure)
EII-Cranell alpha (ohne Steroid)

3.4. Therapie: androgenetische Alopezie, Frau systemisch

Cyproteronacetat
Diane-35
Androcur 5mg (max. 10mg) tgl. erste 15 Tage d. Zyklus
Progynova mite + Androcur

3.5. Therapie: diffuses Telogen-Effluvium

3.5.1. Behandlung Grunderkrankung

Eisenmangel, Hyperthyreose etc.

3.5.2. Psychologische Führung:

vermehrter Haarumsatz (Hair shedding), kein Haarverlust!

3.6. Therapie: diffuses Telogen-Effluvium II

Bepanthen 500mg iv 2x/Wo/10Wo

(=20 Amp.)

anschl. Kontroll-TG

Pantogar 3x1/d (ev. Priorin, Pilfood)

Minoxidil 2% f. 3 Monate

Eisensubstitution

evtl.: Unizink, Biotin

Therapie: Alopecia areata

Minoxidil 5% 2x/d + Dermovate scalp 2x/d an 4d/Wo (Fr-So Pause) + Unizink: 3x50mg

Ko in 6 und 12 Wo, wenn Erfolg: weitere 12 Wo

Wenn nach 12 Wo kein Erfolg: DCP

Steroid-Stosstherapie bei akutem Schub --> Uniklinik

DPC: Uniklinik!

3.7. Therapie: Alopecia areata II

3.7.1. Kleine Herde:

Kenacort A 5-10mg/ml /Dermojet 4-6-wöchentlich + Minoxidil 5% 2x/d + Unizink 50 3x1 f. 12 Wo

3.7.2. Kinder:

Betnovate/DMSO 3d/Wo

ev. + Retin-A 0.025% 4d/Wo

(ev. Minoxidil; Unizink 2x50mg/d)

PUVA lokal

Retin-A (0.025%) + Minoxidil

4. Sonderkapitel vernarbende Alopezien

4.1. Differentialdiagnose:

Pseudopelade Brocq

LE

Lichen ruber follicularis

Morphea / Sklerodermie

Chronische folliculäre Pyodermien

andere

Lupushaare: kurze, einzeln stehende, abstehende Haare frontal bei LE

4.2. Therapie bei vernarbenden Alopezien

Therapie nur sinnvoll im aktiven Stadium!

Therapie richtet sich nach Grundkrankheit

lokalisiert: Kenacort intraläsionär

generalisiert:

(Hydroxychloroquin bis 7.5mg/kg

Steroide systemisch)

wichtig: Camouflage

5. Tips und Tricks

Schwangerschaft: keine Abklärungen, erst nach Abstillen und Ende des postpartalen Effluviums! Haare mikroskopisch untersuchen!