



Zu viel oder zu wenig Haare?



Interview mit Prof. Dr. med. Ralph M. Trüeb

Prof. Dr. med. Ralph M. Trüeb

Welche Ursachen hat ein Haarverlust, und welche treten am häufigsten auf?

Prof. Dr. med. Ralph M. Trüeb: Jeder Haarfollikel durchläuft einen Haarwachstumszyklus, in dem Phasen des Aufbaus (Anagen), der Rückbildung (Katagen) und der Ruhe (Telogen) aufeinander folgen, ehe der Haarschaft ausgestossen wird (Teloptose) und ein neuer Haarzyklus folgt. Jeder Haarfollikel durchläuft den Haarzyklus unabhängig von seinem Nachbarhaar, also nach dem Zufallsprinzip ohne Synchronisierung. Der Taktgeber des Haarzyklus liegt innerhalb des Haarfollikels, aber zahlreiche äussere Faktoren, wie Hormone, Zytokine, Toxine und der Ernährungsstatus (Kalorien, Eiweisse, Vitamine und Spurenelemente) haben einen Einfluss. Die meisten Haarausfälle sind auf eine Störung des zyklischen Haarwachstums zurückzuführen. Da die Länge der Anagenphase zu jedem Zeitpunkt den Anteil wachsender Haare bestimmt, aber auch die Haarwachstumslänge, kommt ihr eine besondere Bedeutung zu. Zudem ist die Anagenphase aufgrund ihrer hohen Stoffwechsel- und Zellteilungsaktivität die verletzlichste Phase des Haarzyklus. Daraus leitet sich ab, dass jeder Prozess, der zu einer abnormen Verkürzung der Anagenphase führt, vermehrten Haarausfall zur Folge hat. Dasselbe gilt für die Synchronisationsphänomene des Haarzyklus, bei denen

überzufällig mehr Haarfollikel gleichzeitig in die Teloptose kommen. Der erste der beiden genannten Mechanismen liegt der androgenetischen und senilen Involutionsalopecie zugrunde, der zweite dem diffusen Telogeneffluvium. Dies sind die häufigsten Ursachen von Haarausfall.

Wie wird Haarausfall diagnostiziert?

Trüeb: Ein Telogeneffluvium liegt vor, wenn übermässig viele Haare ausgehen oder quantitativ mehr als 20 Prozent der Haare sich in der Telogenphase befinden. Da sich die Zahl ausfallender Haare aus der Zahl vorhandener Haare errechnet, gibt es keine allgemeingültige Regel, wie viele Haare pro Tag ausfallen dürfen. Erfahrungsgemäss bewährt es sich, davon auszugehen, dass, wer das Gefühl hat, vermehrt Haare zu verlieren, meist recht und damit Anspruch auf eine Abklärung hat. Offensichtlicher ist das Auftreten von Kahlstellen. Auffälligkeiten des Haars und der Kopfhaut, die durch den Spezialisten mittels Auflichtmikroskopie untersucht werden, liefern weitere Hinweise. Im Zweifelsfall hilft das Trichogramm oder die Haarwurzeluntersuchung, indem es Experten unter standardisierten Bedingungen wertvolle quantitative Aussagen über den Haarzyklus erlaubt. Vom Einzelfall abhängig gemacht werden weiterführende Untersuchungen (Blut, Hormone, Biopsie).

Welche Therapien stehen bei androgenetischem oder diffusem Haarausfall zur Verfügung?

Trüeb: Zur Behandlung der androgenetischen Alopecie stehen Männern Finasterid und Minoxidil und den Frauen Minoxidil zur Verfügung. Bei fortgeschrittener Alopecie kommt die Eigenhaarttransplantation in Betracht. Bei diffusem Haarausfall

stehen die Ursachenabklärung und eine ursächliche Behandlung im Vordergrund. In seinem «Landarzt» schreibt Franz Kafka, dass es nicht genüge, einfach Rezepte zu schreiben – sich mit den Patienten zu verständigen, sei das Schwierigste. Das unterstreicht die Bedeutung einer kompetenten Beratung bezüglich begleitender Massnahmen wie Haarpflege, Ernährungsverhalten und Lebensstil sowie der Patientenführung.

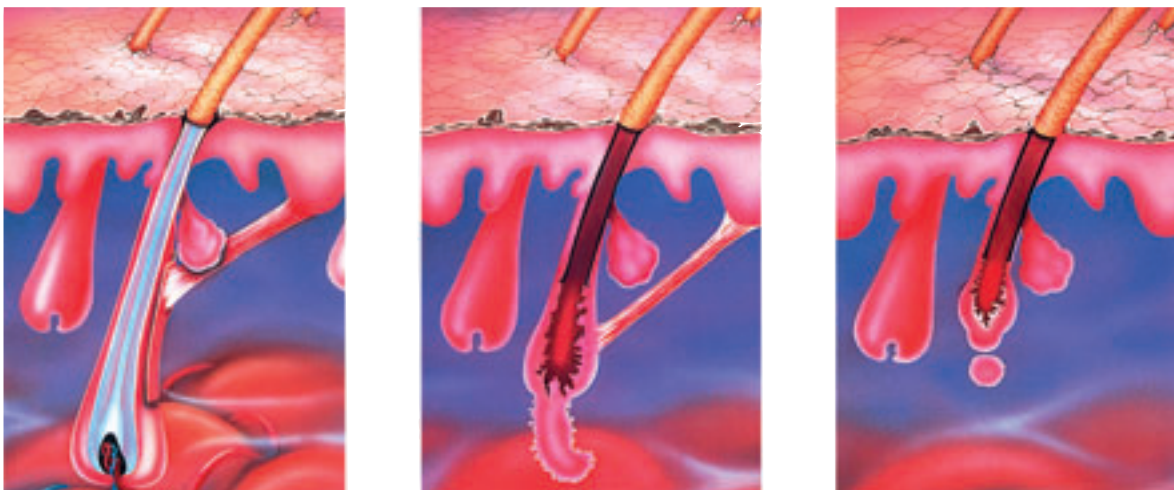
Wie entsteht Hypertrichose beziehungsweise Hirsutismus?

Trüeb: Hypertrichose bezeichnet jede Form der androgenunabhängigen Überbehaarung, wobei in die Definition die subjektive Empfindung von «zu viel Haaren» einfließt. Diese ist soziokulturell mitbestimmt. Die Ursachen der Hypertrichose sind vielfältig. Man unterscheidet umschriebene und gene-

ralisierte Formen. Beide können als isolierte Störung auftreten oder mit anderen Anomalien vergesellschaftet sein, sodass sie einer sorgfältigen fachärztlichen Abklärung und präzisen Klassifikation bedürfen. Hirsutismus bezeichnet eine Überbehaarung entsprechend dem Muster der männlichen Sexualbehaarung bei Frauen und ist androgenabhängig. Auch hier gilt es, zugrunde liegende Hormonstörungen, insbesondere der Sexualhormone, systematisch abzuklären, bevor die Enthaarungsmassnahmen eingeleitet werden. Die häufigste Ursache von endokrin bedingtem Hirsutismus bei Frauen ist das polyzystische Ovarsyndrom (PCO). Wenn keine Hormonstörung gefunden wird, spricht man von einem idiopathischen Hirsutismus.

Welche therapeutischen Massnahmen (Enthaarungsmethoden) stehen zur Verfügung?

Abbildung 1: Der Haarzyklus



Anagene Phase:
Der Follikel produziert ein vollständig ausgebildetes Haar (durchschnittlich 3 Jahre).

Katagene Phase:
Der Follikel schrumpft und zieht sich vom Haarende zurück (1 bis 2 Wochen).

Telogene Phase:
Die Haarproduktion ruht etwa 3 Monate, danach fällt das Haar aus, und die Haarproduktion beginnt von Neuem.

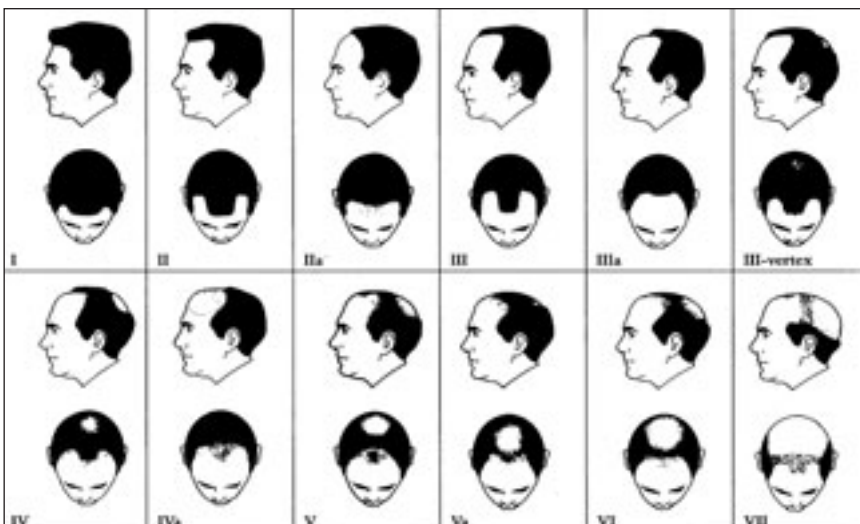


Abbildung 2:
Die Bildung der männlichen Glatze: Gradeinteilung nach Hamilton-Norwood (Quelle: Trüeb R.M., Lier D.: Hauptsache Haar, Sachbuchverlag Rüffer & Rub, Zürich 2002)

Trüeb: Zur Haarentfernung gibt es keine einzelne Methode, die für alle Patienten und Lokalisationen gleich gut geeignet ist. Die Wahl der Methode hängt von der Art, Ausdehnung und Stärke der Behaarung ab sowie von den Vorstellungen der Patienten und umfasst pharmakologische Massnahmen, kosmetische Haarentfernungsmethoden sowie den Einsatz von Laser und Blitzlampen. Aktive Massnahmen zur Haarentfernung haben sich nach dem individuell empfundenen Leidensdruck der Betroffenen zu richten und sozioökonomische Faktoren zu berücksichtigen. Die pharmakologischen Massnahmen zur Behandlung des Hirsutismus umfassen Hormonbehandlungen (Ovulationshemmer und Antiandrogene) und das Eflornithin (bei Gesichtshirsutismus). Die kosmetischen Massnahmen zur Behandlung von Hypertrichose und Hirsutismus schliessen das Zupfen, das Bleichen und die Rasur der Haare, die Wachsepilation, chemische Depilatorien und die Elektroepilation ein. In den letzten Jahren wurden auf dem Gebiet der Epilation durch die Entwicklung medizinischer Lasergeräte und Blitzlampen (IPL) grosse Fortschritte erzielt. Bei richtiger Indikationsstellung, insbesondere auch unter Ausschluss pathologischer Zustände mit über-

mässigem Haarwachstum, und geeigneter Technik kann bei 80 Prozent der Patienten eine signifikante Haarreduktion erzielt werden, die permanent ist. Oft sind die nachwachsenden Haare dünner und schwächer pigmentiert, was ebenfalls zum kosmetischen Ergebnis beiträgt. In der Regel sind mehrere Sitzungen nötig. Die Anwendung von Laser- und IPL-Geräten zur Haarentfernung sollte grundsätzlich durch erfahrene Ärzte erfolgen. Im Hinblick auf die Erwartungshaltung der Patienten ist eine umfassende Aufklärung wichtig. Diese schliesst eine ausführliche Information über Gegenanzeigen und unerwünschte Wirkungen ein. ●

Die Redaktion bedankt sich bei Prof. Dr. med. Ralph Trüeb für das interessante Gespräch.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Ralph M. Trüeb

Leitender Arzt

Dermatologische Klinik UniversitätsSpital Zürich

Gloriastrasse 31

8091 Zürich

Tel. 044-255 30 79, Fax 044-255 44 31

E-Mail: ralph.trueeb@usz.ch