

Androgenetische Alopezie

Aktuelle Therapierichtlinien für die Praxis

Das European Dermatology Forum hat kürzlich das weite Feld der Alopezietherapie gesichtet und Behandlungsempfehlungen für die Praxis in Form einer S3-Guideline erarbeitet. Derzeit stehen nur zwei klinisch validierte Wirkstoffe zur Verfügung, die zur Steigerung der Haardichte bei Männern mit androgenetischer Alopezie zugelassen sind. Darüber sprach Prof. Dr. Ulrike Blume-Peytavi, Charité-Universitätsmedizin Berlin, am 20th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV).

Zur topischen Behandlung (Verbesserung der Alopezie oder Verhinderung des Fortschreitens) empfiehlt die S3-Guideline bei Männern über 18 Jahren mit leichter bis mittelschwerer androgenetischer Alopezie (Hamilton-Norwood II-V) Minoxidil als 5-Prozent-Lösung, 1 ml zweimal täglich (1). Auch topisches Minoxidil als 2-Prozent-Lösung kann eingesetzt werden, allerdings mit geringerer Effizienz. Die vorliegenden Daten reichen nicht aus, um statt der 5-Prozent-Lösung den 5-Prozent-Minoxidil-Schaum zu empfehlen. Nach 6 Monaten sollte beurteilt werden, ob der Patient auf die Therapie anspricht. Bei erfolgreichem Ansprechen muss die Therapie fortgesetzt werden, um den Behandlungseffekt beizubehalten.

Es ist nicht genau bekannt, welcher Mechanismus für die Haarwachstumsstimulierung durch Minoxidil verantwortlich ist. Der vasodilatierende Effekt des aktiven Metaboliten Minoxidilsulfat scheint nicht der gesuchte Anti-Alopezie-Mechanismus zu sein. Minoxidillösung oder -schaum sollte morgens und abends auf die trockenen Haare und die Kopfhaut aufgetragen und dort während mindestens 4 Stunden belassen werden. Nach der Applikation gilt es, die Hand mit warmem Wasser zu waschen. Um Kontaminationen des Kopfkissens und nachfolgenden Kontakt mit dem Gesicht zu vermeiden, sollte das Medikament spätestens 2 Stunden vor dem Zubettgehen appliziert werden. Wenn Patienten in den ersten Behandlungsmonaten über vermehrten Haarausfall klagen, sollte die Behandlung nicht unterbrochen, sondern konsequent weitergeführt werden. Die Abnahme der Haardichte ist nur vorübergehend und

wird innerhalb von Wochen bis Monaten wieder ausgeglichen. Der vorübergehend verstärkte Haarausfall widerspiegelt die Wirkung des Medikaments, das Telogenfollikel dazu stimuliert, wieder ins Anagen überzugehen. Bei einer Unterbrechung der topischen Minoxidilbehandlung ist damit zu rechnen, dass 3 Monate später verstärkter Haarausfall auftritt.

Systemische Alopezietherapie

Die androgenetische Alopezie betrifft nach der Pubertät Männer mit einer vererbten Sensitivität der Kopfhaare gegenüber der Androgenwirkung. Diese Alopezieform kommt nicht vor bei Männern mit genetischem Mangel des Enzyms 5-alpha-Reduktase Typ II, das Testosteron in Dihydrotestosteron (DHT) umwandelt und normalerweise hauptsächlich in der Prostata, aber auch in Haarfollikeln vorkommt. Finasterid ist ein Hemmstoff der 5-alpha-Reduktase Typ II, der DHT in Serum, Prostata und Kopfhaut um 65 Prozent reduziert. Zur systemischen Behandlung der leichten bis mittelschweren Alopezie wird bei Männern als evidenzbasierte Therapie Finasterid (einmal täglich 1 mg peroral) empfohlen (1). Nach 6 Monaten kann das Ansprechen auf die Therapie bezüglich Reduktion des Haarverlusts beurteilt werden, nach Ablauf eines Jahres bezüglich des Nachwachsens von Haaren. Falls erfolgreich, sollte die Therapie fortgesetzt werden, um den Effekt nicht zu verlieren. Zu beachten ist, dass Finasterid den PSA-Wert reduziert.

Die topische Anwendung von Finasterid ist nicht genügend geprüft. Um den Effekt zu verstärken, kann orales Finasterid in Kombination mit topischem Minoxidil verwendet werden (1). Wenn ein Patient von der topischen Minoxidilmonotherapie zur systemischen Finasteridmonotherapie wechseln will, empfiehlt die S3-Guideline zur Vermeidung von Haarausfall während 3 bis 6 Monaten eine Kombinationstherapie, bevor Minoxidil abgesetzt wird (1). Was die von Männern geäußerten Befürchtungen betrifft, dass zwischen Finasterid und Infertilität ein Zusammenhang bestehen könnte, fand die Referentin nur 5 Fallberichte. Zwischen Brustkrebs und Finasterid findet sich in der Literatur keine Assoziation, sagte Prof. Blume-Peytavi.

Dutasterid reduziert als Hemmstoff der beiden 5-alpha-Reduktasentypen I und II den DHT-Serumspiegel um 90 Prozent. Dutasterid ist bisher nicht zur Alopezietherapie registriert. In Studien war die Dosierung von 2,5 mg Dutasterid täglich bei Alopezie am wirksamsten. Es

Guidelines von S1 bis S3

Es gibt 3 Typen evidenzbasierter Guidelines:

- Die S1-Guideline enthält Empfehlungen eines informellen Konsensus einer Expertengruppe.
- Die S2-Guideline enthält Empfehlungen, die durch einen formellen Konsensusprozess erarbeitet wurden.
- Die S3-Guideline wird in einem formellen, systematischen Konsensusprozess, der auf einer systematischen Literaturrecherche mit Beurteilung der Evidenzstufen beruht, erarbeitet.

handelt sich aber dabei um das Fünffache der bei Prostatahyperplasie üblicherweise verwendeten Dosis. Erforderlich sind jetzt kontrollierte Studien, die 0,5 mg Dutasterid täglich mit 1 mg Finasterid täglich vergleichen.

Prostaglandinanaloge als Haarwuchsmittel der Zukunft?

Systemische oder topische Hormontherapien werden bei Männern mit androgenetischer Alopezie nicht empfohlen (1). Orale Östrogene oder Androgenrezeptorantagonisten sind ungeeignet (1). Die topische Anwendung des Östrogens Alfatradiol ist nicht genügend dokumentiert (1). Weil die topische Anwendung des Antiandrogens Fluridil aufgrund einer plazebokontrollierten Studie unwirksam ist, sollte sie nicht in Betracht gezogen werden (1). Abgeraten wird auch von der topischen Verwendung des Östrogenrezeptorantagonisten Fulvestrant, die sich in einer kontrollierten Studie als unwirksam erwiesen hat (1).

Prostaglandinanaloge wie Latanoprost oder Bimatoprost eröffnen einen neuen, interessanten Behandlungsweg für die androgenetische Alopezie, berichtete Prof. Blume-Peytavi. Latanoprost ist nur als Augentropfen erhältlich und wird zur Senkung des erhöhten Augeninnendrucks verwendet. «Sagen Sie Ihren Patienten keinesfalls, dass sie die Augentropfen zur Alopezie-

therapie verwenden können, denn das würde sie ein Vermögen kosten», warnte die Referentin. Bei der Glaukombehandlung fiel auf, dass die Augenwimpern oft dunkler, dicker, länger und zahlreicher werden. Latanoprost wird auch zur Behandlung der Wimpernalopezie verwendet. Weil bisher aber keine Daten zur Wirkung auf das Kopfhhaarwachstum verfügbar waren, führte Prof. Blume-Peytavi bei 16 jungen Männern mit leichter androgenetischer Alopezie (Hamilton II–III) eine randomisierte, doppelblinde, plazebokontrollierte Pilotstudie durch (2). Latanoprost 0,1 Prozent beziehungsweise Plazebo wurden während 24 Wochen täglich auf zwei Minizonen der Kopfhaut aufgetragen. Im Vergleich zur Plazebozone und zur Ausgangssituation konnte in der aktiv behandelten Zone eine signifikante Zunahme der Haardichte festgestellt werden (2). Latanoprost könnte also nützlich sein zur Stimulation der Haarfollikelaktivität und zur Behandlung von Haarausfall, so die Referentin.

Die Haartransplantation kann heute als evidenzbasierte Behandlungsmethode bezeichnet werden, so die Referentin. Dieses mikrochirurgische Verfahren kommt bei Männern mit ausreichend Spenderhaar in Betracht (1). Eine Körper-Dysmorphie-Störung oder unrealistische Erwartungen gelten als Kontraindikationen für dieses Verfahren der ästhetischen Chirurgie. Um das klinische Resultat zu verbessern, wird empfohlen, die FUT (follicular unit transplantation) mit einer Finasteridtherapie (1 mg täglich) zu kombinieren. ●

Alfred Lienhard

Redaktioneller Bericht ohne Sponsoring

Referenzen:

1. Blumeyer A et al. Evidence-based (S3) guideline for the treatment of androgenetic alopecia in women and men. JDDG (Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft) 2011; 9 (Issue Supplement S6): S1-S57. Internet: www.euroderm.org (European Dermatology Forum).
2. Blume-Peytavi U et al. A randomized double-blind placebo-controlled pilot study to assess the efficacy of a 24-week topical treatment by latanoprost 0,1% on hair growth and pigmentation in healthy volunteers with androgenetic alopecia. J Am Acad Dermatol 2011 (Aug 27, Epub ahead of print).