

Alopecia diffusa bei Frauen

Wirkstoffkombination regt Haarwachstum an

— Frauen sind von Haarausfall zwar seltener betroffen als Männer, dafür ist der Leidensdruck meistens hoch. Deshalb ist es wichtig, diese Patientinnen ernst zu nehmen, mit ihnen über mögliche Ursachen des Haarausfalls zu sprechen und Behandlungsoptionen aufzuzeigen, betonte Prof. Dr. Ralph M. Trüeb, Zürich.

Warum fallen die Haare aus?

Zur Abklärung des diffusen Haarausfalls gehören neben der sorgfältigen Anamnese die Inspektion der Kopfhaut und des Haarausfallmusters, ein Haarzugtest mit Untersuchung der Haarwurzeln, die Dermatoskopie und ggf. weiterführende Laboruntersuchungen. Beim akuten Telogeneffluvium tritt der Haarausfall etwa drei Monate nach dem auslösenden Ereignis auf (z. B. schwere fieberhafte Erkrankung, Geburt, hoher Blutverlust, Crash-Diäten oder schwere emotionale Belastung) und ist innerhalb von sechs Monaten selbstlimitierend. Beim chronischen Telogeneffluvium dauert der Haarausfall länger als sechs Monate. Ur-



© photos.com plus

Akuter diffuser Haarausfall: Bei der Suche nach dem Auslöser muss drei Monate zurückgeblickt werden.

sache kann eine systemische Störung sein, z. B. Eisenmangel, Schilddrüsenerkrankung, systemischer Lupus erythematoses, Syphilis, HIV oder Medikamente.

Lässt sich eine Ursache finden, sollte diese – wenn machbar – behandelt werden. Daneben gibt es auch die Möglichkeit der Supplementierung, erläuterte Trüeb. In einer doppelblinden placebo-

kontrollierten Studie mit 30 Frauen mit einem Telogeneffluvium stieg unter der dreimal täglichen Einnahme eines Kombinationspräparates aus Cystin, Thiamin-nitrat, Calciumpantothenat und Medizinalhefe (Pantovigar®) nach sechs Monaten die Anagenhaar-Rate von durchschnittlich 73% auf 81% und lag wieder im Normbereich. „Interessant ist, dass die Wirkung unabhängig von Ferritinspiegeln $> 10 \mu\text{g/l}$ und unabhängig vom Patientinnenalter war“, so Trüeb.

Die wichtigsten Differenzialdiagnosen des Telogeneffluvioms sind die androgenetische Alopezie (Lichtung vor allem im Mittelscheitelbereich) und das psychogene Pseudoeffluvium. Bei der leichten androgenetischen Alopezie kann der Haarausfall z. B. durch eine örtliche Behandlung mit Alfatradiol (Pantostin®) stabilisiert werden.

■ Ute Kempf

Quelle: Seminar, Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie, München, 28. Juli 2010 (Veranstalter: Merz Pharmaceuticals)

Gliptin statt Sulfonylharnstoff

„Weniger riskante Alternative“

— Der DPP-4-Hemmer Sitagliptin schneidet bei Wirksamkeit und Verträglichkeit im Vergleich zu einem Sulfonylharnstoff auch im Langzeitverlauf gut ab. Das hat eine 2-Jahres-Studie ergeben, die beim US-Diabeteskongress präsentiert wurde.

Die Studie mit 1172 Typ-2-Diabetikern war zunächst dafür konzipiert, anhand des HbA_{1c} die Langzeiteffizienz von Sitagliptin (z. B. Januvia®, als Fixkombination mit Metformin z. B. Janumet®) zu prüfen. Dafür erhielten die mit mindestens 1500 mg Metformin unzureichend eingestellten Patienten randomisiert zusätzlich 100 mg/d Sitagliptin oder den Sulfonylharnstoff (SU) Glipizid in einer Dosis von 5–20 mg/d. Nach 104 Wochen war die HbA_{1c} -Absenkung vom Ausgangswert (in

beiden Gruppen im Mittel 7,5%) mit beiden Präparaten ähnlich (Gliptin $-0,54$ vs. SU $-0,51\%$ -Punkte). Nachdem der HbA_{1c} nach 24 Wochen seinen Tiefpunkt erreicht hatte, stieg er zwar im Rahmen des üblichen Fortschreitens der Diabeteserkrankung mit beiden Medikationen wieder etwas an. Der Anstieg fiel mit dem Gliptin jedoch geringer aus (16% vs. 21%/Jahr).

Vorteile auch im Langzeitverlauf

Von Hypoglykämien berichteten mit dem Gliptin 5%, mit dem SU 33% der Patienten. Die Gewichtsentwicklung mit dem Gliptin war mit $-1,6$ kg vs. $+0,7$ kg ebenfalls positiv. Belastungstests dokumentierten zudem eine stabile Betazellfunktion mit

Sitagliptin, die mit dem SU im Untersuchungszeitraum nachgelassen hatte.

Prof. Michael Nauck aus Bad Lauterberg betonte, dass SU ein nicht zu unterschätzendes Gefahrenpotenzial haben. Dies äußere sich in Form von vermehrten Hypoglykämien. Zudem gebe es Hinweise, dass SU die kardiale Funktion beeinträchtigen könnten. Für DPP-4-Hemmer sei ein entgegengesetzter Effekt erkennbar. Nauck: „Warum also sollte ich Wirkstoffe wie Sulfonylharnstoffe mit derartigen Nachteilen verordnen, wenn es eine auch langfristig gleich wirksame, aber weniger riskante Alternative gibt?“

■ Sarah Pampel

Quelle: Symposium, ADA-Jahrestagung, Orlando, 28.6.2010 (Veranstalter: MSD)