

Behandeling van alopecia areata bij kinderen



Pauline Smit & Suzanne Pasmans



Alles over huidandoeningen

Voor kinderen, tieners, volwassenen en betrokken professionals



Symptomen check

Zoek eenvoudig met symptomen check

Zoek op A | B | C

Het complete ABC

Thema's

Bekijk al onze thema's

Voor professionals

Richtlijnen en hulpmiddelen

Huidhuis

Het Huidhuis is een online platform met uitgebreide informatie over huidandoeningen en allergieën. Huidhuis biedt tools voor een snelle herkenning en tevens behandelmogelijkheden, waaronder transmurale behandelplannen. Informatie en zelfmanagement voor patiënten en protocollen en behandelmethodes voor professionals. Huidhuis is daarmee een platform voor kinderen, tieners, volwassenen en betrokken professionals.

Europees medisch paspoort



Met het Europees Medisch Paspoort heb je je medische gegevens altijd bij de hand. [Lees meer...](#)

Behandelplannen

Voor optimale behandeling ontwikkelen wij de behandelplannen tussen jou of jouw kind en de betrokken zorgverleners

[Lees meer..](#)

Het Onderzoekshuis

Een digitale omgeving, gericht op het ondersteunen van (medisch) wetenschappelijk onderzoek

[Lees meer...](#)

Wat doet Huidhuis



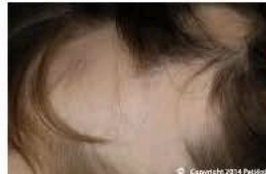
Terug

Symptomen Check

Zoek op A | B | C

Zoek op groep

Alopecia areata (AA)



Voorkeursleeftijd:

Geen

Valt onder:

[Immunodermatosen](#)

[Haarziekten](#)

Wat is alopecia areata?

Alopecia areata (AA) is een huidaanandoening waarbij plotseling kale plekken ontstaan in behaarde gebieden. Meestal is dit op het behaarde hoofd, maar het kan op elk ander behaard gebied van het lichaam ontstaan. De kans op het krijgen van alopecia wordt geschat op 1,5%. Het wordt zowel bij mannen als bij vrouwen gezien en het kan op elke leeftijd beginnen.

Ontstaan

Alopecia areata is een auto-immuunziekte. Dat wil zeggen dat het afweersysteem van het lichaam uit balans is en zich richt tegen de eigen onderdelen van het lichaam, in dit geval de haarwortels. Erfelijkheid speelt mogelijk ook een rol en stress kan een uitlokkende factor zijn.

Symptomen

De aandoening kenmerkt zich door ronde of ovale kale plekken, met de haarzakjes (waar haren uit groeien) nog zichtbaar. Aan de rand van de plekken zitten vaak korte haartjes, ook wel uitrooptekenharen genoemd, omdat ze naar het uiteinde toe breder worden. Bij een klein deel van de kinderen ontstaat kaalheid van de hele hoofdhuid. Dit wordt alopecia totalis genoemd. Kinderen met AA kunnen ook afwijkingen aan de nagels hebben.

Behandeling

Wanneer er één of een paar kale plekken zijn herstelt de haargroei zich zonder behandeling vaak weer binnen zes maanden tot twee jaar. Er is wel een kans dat de alopecia terug komt. Om het herstel van de haargroei te bespoedigen, kan behandeling met bijvoorbeeld corticosteroiden of licht worden overwogen.

Wat kan ik zelf?

Bij ernstige alopecia kan een pruik of een haarstukje gebruikt worden. De rol en de invloed van voeding en vitaminepreparaten op de ontwikkeling van deze

Zelfmanagement

- NVDV: alopecia areata
- Thuisarts: ik heb haaruitval
- De Nederlandse Haarstichting

Patiëntenvereniging

- Alopecia Vereniging

Voor professionals

Richtlijn

- JGZ: alopecia areata
- NHG: alopecia

Protocol

- UMCU-WKZ: alopecia areata

Extra informatie

- BAD: guideline management alopecia
- African skin diseases: donkere huid
- AA Update
- AA Treatment



Stelling

Er zijn allerlei behandelingen omschreven, maar nog niet wetenschappelijk bewezen.

De vraag is nu: Moeten we wel behandelen als de behandeling niet bewezen is...?



Alopecia areata (AA)

- Haarfollikel intact en behoudt potentie tot hergroei
- Echter, geen genezende behandeling en geen universeel bewezen therapie voor hergroei en remissie
- Onduidelijk of behandeling het lange termijn beloop beïnvloedt
- Effect interventie moeilijk vast te stellen door optreden spontane hergroei en onderzoekspopulatie (milde-ernstige vormen)



Behandelingen: geen behandeling

- Legitieme optie voor veel patienten!
- Spontane hergroei tot 80% bij patienten met gelimiteerde patchy haarverlies van korte duur (< 1 jaar), echter wel vaak terugval
- Hergroei kan niet verwacht worden binnen 3 maanden na ontwikkeling individuele patch



Behandelingen: cosmetische aanpak

- uitgebreide AA wensen een pruik of haarstuk



Behandeling volwassenen

Huidige beschreven behandelingen bij volwassenen:

- topicale en intralesionale corticosteroiden
- systemische immunosuppressiva, bijv PUVA, corticosteroiden, ciclosporine, MTX
- topicale immunotherapie: diphencyprone (DPCP), korte-contact therapie met ditranol
- minoxidil lotion
- fumaarzuur (1 artikel in PubMed)
- (biologicals)
- Case-studies andere behandelingen

*Venten et al. Eur J Med Res 2006; 31
UpToDate*



Behandeling kinderen

- Bij kinderen minder therapeutische opties door verdraagzaamheid van de behandeling en potentiële bijwerkingen
 - Intralesionale glucocorticosteroiden niet goed toepasbaar bij jonge kinderen, zelfs met topicale anesthetica
 - PUVA niet wenselijk i.v.m. associatie met cutane maligniteiten
 - Langdurige systemische glucocorticoiden niet wenselijk i.v.m. systemische bijwerkingen:
 - Groeiretardatie
 - Verminderde botdichtheid
 - Bijnierschors suppressie



PICO

P kinderen met AA

I behandeling

C andere/geen behandeling

O hergroei van haar



Cochrane review (2008): Interventions for alopecia areata

- Seventeen trials were included with a total of 540 participants. Each trial included from 6 to 85 participants and they assessed a range of interventions that included **topical and oral corticosteroids, topical ciclosporin, photodynamic therapy and topical minoxidil**. Overall, **none of the interventions showed significant treatment benefit in terms of hair growth when compared with placebo**. We did not find any studies where the participants self-assessed their hair growth or quality of life. **None of the studies were restricted to children alone, and only 3 included children**.
- Few treatments for alopecia areata have been well evaluated in randomised trials. We found **no RCTs on the use of diphencyprone, dinitrochlorobenzene, intralesional corticosteroids or dithranol** although they are commonly used for the treatment of alopecia areata. Similarly although topical steroids and minoxidil are widely prescribed and appear to be safe, there is no convincing evidence that they are beneficial in the long-term. Most trials have been reported poorly and are so small that any important clinical benefits are inconclusive. **There is a desperate need for large well conducted studies that evaluate long-term effects of therapies on quality of life**.



- En hierna???



UpToDate: augustus 2015

UpToDate®

Languages | Help

Welcome, Erasmus University Medical Center Rotter | Log in

alopecia areata All Topics Contents

Patient Info | What's New | PCUs | Calculators | Drug Interactions

alopecia areata Find Patient Print Email

Management of alopecia areata

Topic Outline

SUMMARY & RECOMMENDATIONS

INTRODUCTION

FIRST-LINE THERAPIES

Management of alopecia areata

Author

Andrew G Messenger, MD, FRCP

Section Editors

Robert P Dellavalle, MD, PhD, MSPH
Maria Hordinsky, MD

Deputy Editor

Abena O Ofori, MD

CONSIDERATIONS FOR THE TREATMENT OF CHILDREN — Due to concerns about treatment tolerability and potential side-effects, therapeutic options for children are more limited than for adults [116]. Although intralesional glucocorticoids are often used as initial treatment for adults with alopecia areata, this form of therapy may be difficult for young children to tolerate, even with the use of topical anesthetics [117].

Thus, topical therapies are the primary therapeutic modality in this age group, with potent topical glucocorticoids as the first-line treatment [15,116,118]. Topical [minoxidil](#) and topical immunotherapy are additional options for the treatment of children. [Anthralin](#) may also be used, but the significant irritation reaction can limit its use in children.

As with adults, the use of oral glucocorticoids for extensive and progressive alopecia areata may induce hair regrowth, but patients often relapse upon the cessation of therapy [119]. The use of long-term systemic glucocorticoids is generally not recommended due to concern for systemic side effects including growth retardation, loss of bone density, and adrenal suppression [116]. (See "[Major side effects of systemic glucocorticoids](#)".)

Studies of psoralen plus ultraviolet A (PUVA) therapy in children with alopecia areata have had variable results [118]. PUVA is not favored for the use in children due to its association with cutaneous malignancies. (See "[Psoralen plus ultraviolet A \(PUVA\) photochemotherapy](#)", section on 'Skin cancer'.)

The psychological effects of hair loss are often of concern in children, and particularly adolescents, with alopecia areata. Adolescents suffering from alopecia areata have increased rates of psychiatric symptoms [120,121]. Counseling and support services may be indicated. (See "[Counseling](#)" below.)

A referral to Locks of Love, a non-profit organization that provides hair prostheses for children younger than 18 years, may benefit patients with alopecia totalis or alopecia universalis (www.locksoflove.org).

- Anthralin
- Photochemotherapy
- SYSTEMIC THERAPIES
- Oral glucocorticoids
- Sulfasalazine
- Methotrexate
- Cyclosporine
- Biologic agents
- OTHER THERAPIES

[alopecia areata](#).)

FIRST-LINE THERAPIES — Based upon the relative safety and the available, although limited, evidence for the efficacy of these agents, intralesional or topical corticosteroids are the initial treatment for most patients with patchy alopecia areata [1]. Topical immunotherapy can be used as first-line treatment for patients with extensive disease (greater than 50 percent scalp hair loss).

Intralesional corticosteroids — We suggest intralesional corticosteroids as the preferred therapy for adults with isolated patches of hair loss who desire treatment.

Efficacy — There are no randomized trials of intralesional corticosteroids for alopecia areata. One study reported regrowth of tufts of hair at 33 of 34 sites injected with [triamcinolone](#) hexacetonide in 11 patients and at 16 of 25 sites injected with triamcinolone acetonide in 17 patients [3]. Another study reported complete regrowth of hair after four months in 40 of 62 patients (63 percent) treated with monthly injections of triamcinolone acetonide [4].

Topic Feedback



PubMed search > 2008

- Slechts 5 RCTs voor de behandeling van AA, waarvan 1 specifiek gericht op behandeling bij kinderen



Overige klinische studies



Discussie

- Weinig klinische studies bij kinderen, slechts 1 RCT
- Studies moeilijk te vergelijken; uitgebreidheid, eerdere therapieën, duur, follow-up
- Misschien ook niet goed mogelijk?
Poweranalyse:



Advies behandeling bij kinderen

1. Topicale glucocorticoïden
2. Minoxidil (hoewel geen studies bij kinderen)
3. DPCP (ditranol geen studies bij kinderen)
4. Fumaarzuur?
5. Pulse therapie glucocorticoïden?

En.....



Psychologische hulp

- Aandacht voor psychologische effecten van haarverlies bij kinderen en met name adolescenten.
- Adolescenten met AA hebben vaak meer psychiatrische symptomen.
- Advisering en ondersteuning zo nodig (psycholoog, patientenvereniging)

Liakopoulou M et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36
Ghanizadeh A. et al. Int J Dermatol 2008; 47



Advies behandeling bij kinderen na stemming zaal

1. Topicale glucocorticoïden
2. Verder geen studies bij kinderen.
Dit goed met ouders bespreken.
Dus alleen op uitdrukkelijk verzoek behandelen met:
 1. Fumaarzuur?
 2. Pulse therapie glucocorticoïden?
3. Psychologische begeleiding kind en ouders



Dank voor uw aandacht!



s.pasmans@erasmusmc.nl

