

AANPAK VAN HYPERTRICHOSE EN HIRSUTISME

Zowel bij hypertrichose als bij hirsutisme gaat het om overmatige haarontwikkeling, maar ze verschillen in etiologie en klinisch beeld. Voor beide aandoeningen dient men te denken aan een medicamenteuze oorzaak, en bij hirsutisme is het belangrijk een endocrinologische aandoening op te sporen. Indien de oorzaak niet kan behandeld worden of een oorzakelijke behandeling ontoereikend is, kan lokale behandeling geprobeerd worden. Bij hirsutisme kan, bij falen van de lokale behandeling, een medicamenteuze behandeling overwogen worden: cyproteronacetaat, gewoonlijk in combinatie met ethinylestradiol, en spironolacton worden dan als eerste keuze voorgesteld.

Hypertrichose en hirsutisme zijn aandoeningen waarbij er een overmatige haarontwikkeling is. Het is belangrijk de twee te onderscheiden gezien de verschillen in klinisch beeld, oorzaak en aanpak.

- **Hypertrichose** betreft een overmatige haarontwikkeling ter hoogte van niet-androgene huidzones (meestal onder vorm van donshaartjes), en kan zowel bij mannen als vrouwen optreden. Hypertrichose is meestal erfelijk bepaald, maar kan ook veroorzaakt worden door geneesmiddelen: in dit verband wordt vooral gedacht aan ciclosporine, fenytoïne en minoxidil en, in mindere mate, corticosteroiden, diazoxide, penicillamine en psoralenen. Na stoppen van het verantwoordelijke geneesmiddel verdwijnt de hypertrichose in het algemeen na 3 tot 12 maand. Hypertrichose wordt niet veroorzaakt door een overmaat aan androgenen, maar kan er wel door worden verergerd.
- **Hirsutisme** betreft een overmatige haarontwikkeling bij de vrouw ter hoogte van de androgene huidzones, dus zones waar zich normaal gezien enkel bij de man haar ontwikkelt zoals bovenlip, kin, borst, dijen; vaak is er ook acne of seborroe. De prevalentie wordt op 5 à 15% geschat. De belangrijkste oorzaken van hirsutisme zijn polykystisch-ovariumsyndroom (geassocieerd met menstruatiestoornissen en vaak ook overgewicht en acne), en geneesmiddelen (vooral androgenen en progestagenen met androgene eigenschappen). Zeldzame oorzaken zijn bv. een viriliserende tumor, luteoom, Cushing-syndroom, acromegalie, congenitale bijnierhyperplasie, bijniercortexcarcinoom. Er bestaat ook “idiopathisch” hirsutisme (zonder hypersecretie van androgenen, bv. bij vrouwen afkomstig uit het Middellandse-Zeegebied). Hoewel bepaling van androgenen in het plasma (o.a. testosteron) niet systematisch aangewezen is, kan dit in sommige gevallen wel aangewezen zijn, bv. bij ernstige en progressieve vormen van hirsutisme.

In verband met door geneesmiddelen-geïnduceerde problemen, is er niet altijd unanimititeit of het gaat over hypertrichose of over hirsutisme.

Aanpak

In de eerste plaats dient getracht te worden de oorzaak van de hypertrichose of het hirsutisme te behandelen. Indien dit niet mogelijk is of een oorzakelijke behandeling ontoereikend is, kunnen eerst lokale behandelingen worden geprobeerd en nadien, bij falen of onvoldoende doeltreffendheid ervan, eventueel een systemische behandeling.

Lokale behandeling

Lokale behandelingen zijn: scheren, epilatie, ontharing met crèmes op basis van thioglycolaten of mercaptan, ontkleuring met crèmes of oplossingen op basis van zuurstofwater of ammoniak; meer gespecialiseerde technieken zijn elektrolyse- en laserbehandeling. Er is weinig evidentie waarop men zich kan steunen om de doeltreffendheid van de verschillende methoden te vergelijken. De kostprijs (vooral hoog voor elektrolyse- en laserbehandeling), het risico van ongewenste effecten (bv. dermatitis en allergische reacties bij ontharings- of ontkleuringsproducten) en de tijd alvorens het haar opnieuw begint te groeien (kort na scheren en chemische ontharing), zijn dan ook de belangrijkste factoren die de keuze zullen bepalen.

Recent is voor de behandeling van hirsutisme in het aangezicht, een crème op basis van eflornithine (een inhibitor van een enzym dat betrokken is bij de aanmaak van de haarschacht in de haarfollikel) geregistreerd op Europees niveau, maar het is niet gecommmercialiseerd in België (situatie op 1 juli 2006). Het gunstig effect verdwijnt na stoppen van de behandeling, en de ongewenste effecten in de klinische studies betroffen vooral acne, pseudofolliculitis en erytheem.

Systemische behandeling

De geneesmiddelen die hierna worden geciteerd, hebben gezien hun werkingsmechanisme (tegengaan van de productie van androgenen of van de werking ervan ter hoogte van de haarfollikels) enkel een effect bij hirsutisme, niet bij hypertrichose.

In enkele studies is voor sommige geneesmiddelen een gunstig effect gezien, maar deze studies zijn kleinschalig, en zeer zelden placebo-gecontroleerd. De behandeling moet daarenboven gedurende minstens 6 maand worden gegeven alvorens een effect wordt gezien, en het effect verdwijnt na stoppen van de behandeling. Op basis van de beschikbare evidentie en de risico's kunnen, wanneer lokale behandelingen falen, enkel cyproteronacetaat (gewoonlijk in combinatie met ethynylestradiol) en spironolacton worden aanbevolen. Ook voor deze geneesmiddelen dient rekening gehouden te worden met de ongewenste effecten.

- Voor spironolacton vooral hyperkaliëmie, hyponatriëmie, pijn of spanning in de borsten, menstruatiestoornissen, gastro-intestinale stoornissen.
- Voor cyproteron vooral hepatitis (zeldzaam bij de doses gebruikt bij hirsutisme), trombo-embolie, pijn of spanning in de borsten, galactorree, men-

struatiestoornissen, waterretentie en anemie; cyproteron is teratogeen (feminisatie van de mannelijke vrucht).

Nota

- De combinatie van cyproteronacetaat (2 mg) + ethinylestradiol (0,035 mg) wordt cyclisch (21 dagen, met een interval van 7 dagen) gebruikt bij milde vormen van hirsutisme. Bij ernstige vormen wordt aan deze combinatie gedurende de eerste 10 dagen van de cyclus cyproteronacetaat toegevoegd in een dosis tot 50 mg per dag.
- Voor spironolacton zijn bij sommige proefdieren, in hoge doses, feminisatieverschijnselen bij de mannelijke vrucht gezien; gegevens bij de mens in dat verband ontbreken.
- Enkel voor de specialiteiten op basis van cyproteronacetaat + ethinylestradiol en voor één specialiteit op basis van cyproteronacetaat alleen (Androcur® 10 mg en 50 mg) wordt hirsutisme als indicatie in de bijsluiter vermeld (situatie op 1 juli 2006).

Naar

Anoniem. Pilosité excessive chez les femmes. Différencier hypertrichose et hirsutisme. *La Revue Prescrire* 2006;26:116-22

Carmina E. A risk-benefit assessment of pharmacological therapies for hirsutism. *Drug Safety* 2001;24:267-76

Rosenfield R.L. Hirsutism. *New Engl J Med* 2005;353:2578-88

The Cochrane Database of Systematic Reviews.

- Cyproterone acetate for hirsutism. Abstract via www.cochrane.org/reviews/en/ab001125.html
- Spironolactone versus placebo or in combination with steroids for hirsutism and/or acne. Abstract via www.cochrane.org/reviews/en/ab000194.html

Goed om weten

COMPLICATIES NA INSPUITEN VAN DE PERMANENTE RIMPELVULLER DERMALIVE EN SOORTGELIJKE PRODUCTEN

[Reeds verschenen als Goed om weten-bericht op onze website op 18/8/2006]

De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu vestigt de aandacht op mogelijke complicaties type granuloom, na inspuiten van de permanente rimpelvuller Dermalive en andere soortgelijke producten. Meer informatie is te vinden op de website van het directoraat-generaal Geneesmiddelen (via www.health.fgov.be, klik “Geneesmiddelen”, bericht van 10/08/2006). Artsen en apothekers kunnen vermoede ongewenste effecten met deze producten melden via een gele fiche of via het e-mailadres meddev@health.fgov.be