

Alopecia areata

Veiledende anbefalinger og klinisk praksis

Daniel de la Rosa-Carrillo

Spesialist i hud- og veneriske sykdommer, PhD

Volvat Medisinske Senter

Oslo

Inndeling

- Bakgrunn og mål
- AA diagnostisering
- Skåringsverktøy
- Behandlingsalternativer

Bakgrunn og mål

- Mest lokalbehandling, ekspektans
- Ingen tradisjon for systemisk behandling ved AA
- Ingen konsensus om systemisk behandling ved AA

Bakgrunn og mål

- PN og AD som presedens
- Norsk kilde til praktisk håndtering av AA
- Kort, konsis og oversiktlig
- Relevant til hverdags bruk
- Metodebok/kokebok

Veiledende anbefalinger for behandling av alopecia areata

1. UTVALGETS SAMMENSETNING

- **Kjersti Danielsen**, spesialist hud- og veneriske sykdommer, PhD, Volvat Tromsø, Universitetet i Tromsø
- **Inger Marie Skoie**, spesialist hud- og veneriske sykdommer, PhD, Hudavdelingen, Stavanger Universitetssjukehus
- **Katarina Zak Stangeland**, spesialist hud- og veneriske sykdommer, Aleris Stavanger
- **Daniel de la Rosa Carrillo**, spesialist hud- og veneriske sykdommer, PhD, Hudavdelingen, Volvat Medisinske Senter, Oslo (leder av utvalget)

Retningslinje for behandling af alopecia areata

DDS nedsat udvalg bestående af følgende:

Stine Simonsen, København Universitets Hospital - Herlev og Gentofte Hospital, Hellerup

Kirsten Rønholt Stausholm, Aarhus Universitetshospital, Aarhus

Kirstine Pallesen, Hudklinikken i Haderslev, Haderslev

Farnam Barati Sedeh, Sjællands Universitetshospital, Roskilde

Lone Skov, København Universitets Hospital - Herlev og Gentofte, Hellerup, (formand)

7. Behandlingsalgoritme

Behandling af AA afhænger af sværhedsgraden af sygdommen, sygdommens påvirkning af patientens livskvalitet, mulige behandlinger og potentielle bivirkninger. For patienter med begrænset sygdom ses spontan hårvækst hos helt op til 80% af patienterne, mens ved udbredt langvarig sygdom er spontanprognosen dårlig. For alle behandlinger gælder, at der er ingen kurativ effekt og det er vigtigt at omtale muligheden for hel eller delvis paryk og muligheden for tilskud hertil.

Lokal behandling:

Ved begrænset sygdom med behov og ønske om behandling kan vælges lokal behandling. Hvis man vælger lokal behandling, anbefales anvendelse af kortikosteroid/intralæsionel steroid eller kontakt immunterapi. Begge typer behandling bør gives under nøje overvågning af bivirkninger over for effekt.

For intralæsionel steroid anbefales typisk 2,5-5,0 mg/ml triamcinolonacetonid til ansigt og øjenbryn og 5-10 mg/ml til skalp. Det injiceres i øvre subcutis ca. 0,1 ml med 1 cm afstand og max. 10-20 mg pr behandling.

Evidensen for lokal kortikosteroid er mindre god, men typisk anvendes potent kortikosteroid (gruppe 3-4) i ca. 8-12 uger x 1 dagligt. Ved effekt trappes ned og ved manglende effekt seponeres behandlingen.

For lidt mere udbredt AA kan anvendes topikal immunterapi. I Danmark anvendes ofte diphenylcyclopropenon (DPCP), som er et kraftigt sensibiliserende kontaktallergen. Man starter med sensibilisering med 2% opløsning på skalp og anvender efterfølgende stigende koncentration af DPCP (fra 0.01%-1%) til man finder balance mellem acceptable gener (eksem, kløe) og hårvækst. Der behandles x 1 ugentlig i 3 uger til 10 måneder. Effekt bør kunne ses efter mindst 6 måneder.

Systemisk behandling:

6. Behandlinger og evidens

Lokal behandling				
Intervention	Kvalitet af evidens*	Effekt**	Fordele ved behandling	Ulemper ved behandling
Lokal kortikosteroid	B	+	Velkendt, nogen behandlingseffekt	Kræver potent steroid og risiko for atrofi
Intralæsionel kortikosteroid	B	++	God til lokaliserede læsioner	Risiko for atrofi
Calcineurin hæmmere	B	÷	Velkendt	Meget beskeden/ingen effekt
Kontakt immunterapi (DPCP/DNCB)	B	++	Ingen systemiske eller blivende bivirkninger	Besværlig. Kræver sensibilisering og mange besøg. Risiko for udbredt eksem
Minoxidil	B	+	Nogen effekt af langtidsbehandling ved små læsioner	Risiko for hovedpine, udslæt, kløe og hypotension
Latanoprost øjendråber	B	+	Velegnet til lokaliserede læsioner, eks skalp.	Risiko for kløe og brændende fornemmelse i huden

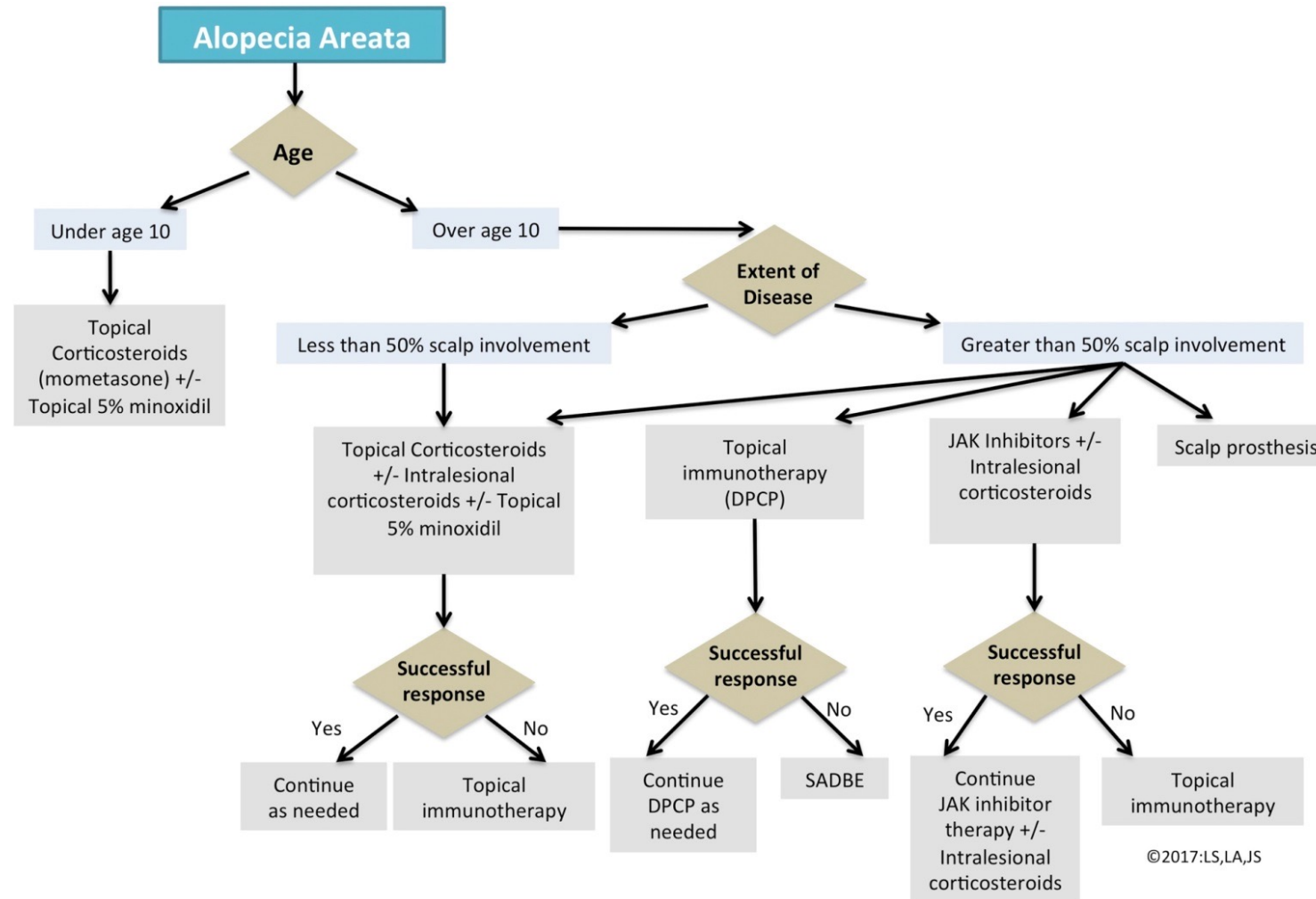
CONTINUING MEDICAL EDUCATION

Alopecia areata



Disease characteristics, clinical evaluation, and new perspectives on pathogenesis

Lauren C. Strazzulla, BA,^a Eddy Hsi Chun Wang, PhD,^b Lorena Avila, MD,^a Kristen Lo Sicco, MD,^a
Nooshin Brinster, MD,^a Angela M. Christiano, PhD,^b and Jerry Shapiro, MD^a
New York, New York



© 2017:LS,LA,JS

Received: 7 October 2023 | Accepted: 27 November 2023

DOI: 10.1111/jdv.19768

REVIEW ARTICLE



European expert consensus statement on the systemic treatment of alopecia areata

L. Rudnicka¹  | M. Arenbergerova²  | R. Grimalt³  | D. Ioannides⁴  |
A. C. Katoulis⁵  | E. Lazaridou⁵  | M. Olszewska¹  | Y. S. Ovcharenko⁶  |
B. M. Piraccini^{7,8}  | A. Prohic⁹  | A. Rakowska¹  | P. Reygagne¹⁰  | M. A. Richard¹¹  |
R. O. Soares¹² | M. Starace^{7,8}  | S. Vañó-Galvan¹³  | A. Waskiel-Burnat¹ 

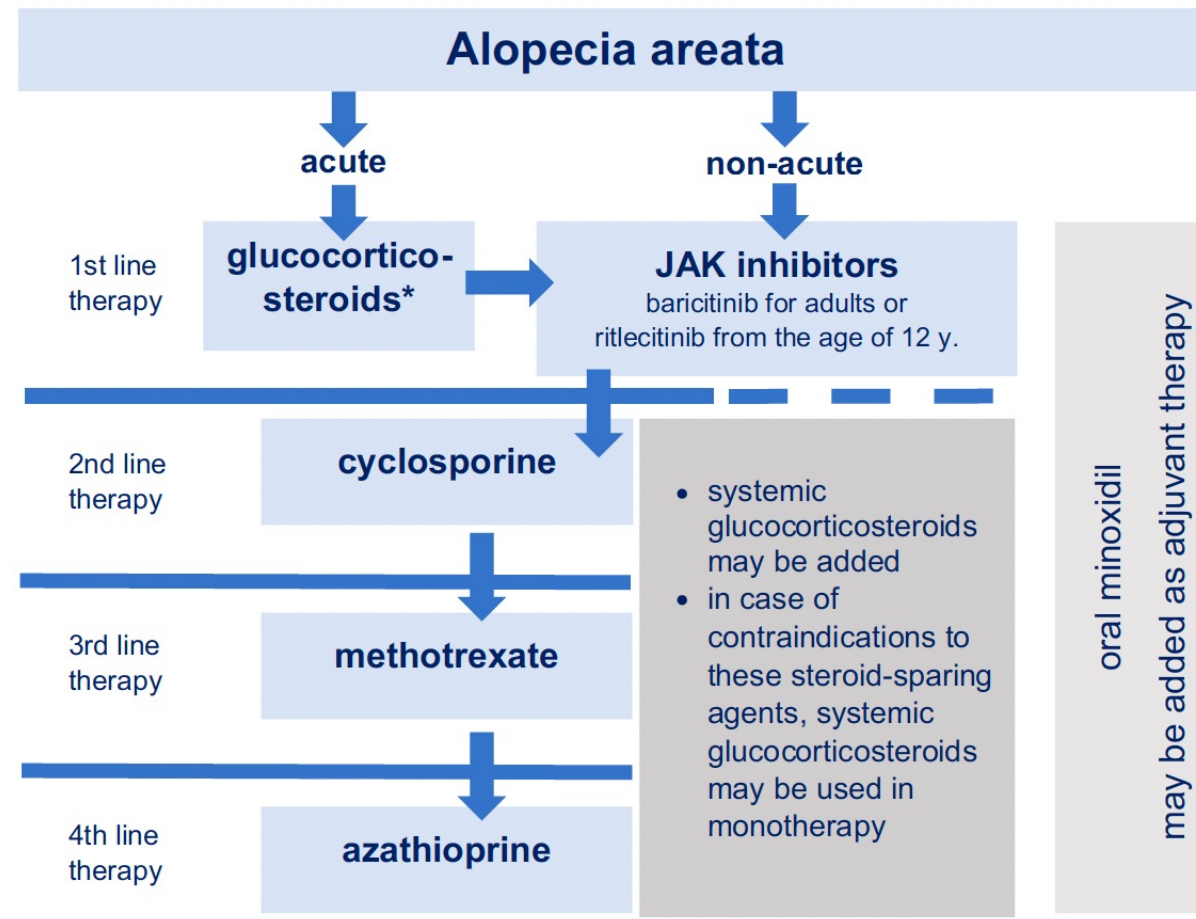


FIGURE 1 A suggested therapeutic algorithm for the systemic treatment of alopecia areata.

Diagnostisering

- Anamnese
- Klinikk med hair-pull test
- Trikoskopi

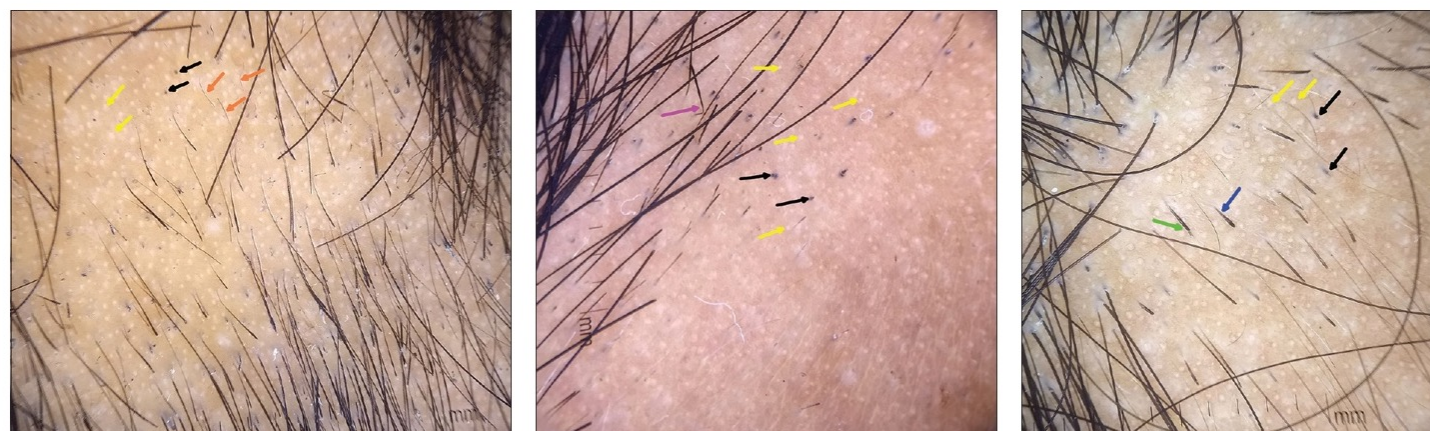
1. *Finner et al, Dermatol Ther, 2011*
2. *Tosti et al, J Am Acad Dermatol, 2008*
3. *Fernández-Crehuet, J Am Acad Dermatol, 2016*

Diagnostisering

Aktiv AA	Inaktiv AA	Gjenvekst
Sorte prikker (Black dots)	Gule prikker (Yellow dots)	Rette gjenveksthår
Utropstegn hår	Vellushår/Dunhår	Vellushår/Dunhår
Brukne/ødelagte hår	Tomme follikelåpninger	Pigtail hår
Tapering hår		
Pseudomoniletrix		

- Trikoskopi

Tabell 1: Trikoskopiske tegn og betydning ved AA



Figur 1: Trikoskopiske tegn ved AA: Gule prikker (gult), sorte prikker (sort), vellushår (oransje), tapering hår (rosa), brukne hår (grønn), utropstegn hår (blå) (17)

1. Finner et al, *Dermatol Ther*, 2011
2. Tosti et al, *J Am Acad Dermatol*, 2008
3. Fernández-Crehuet, *J Am Acad Dermatol*, 2016

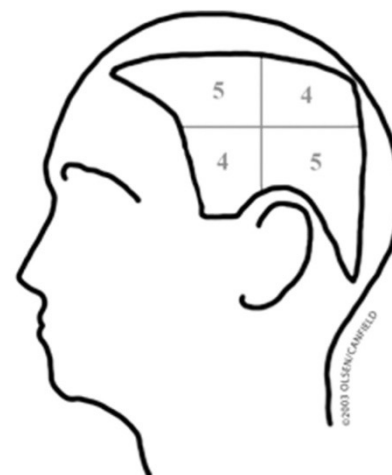
Diagnostisering

- Anamnese
- Klinikk med hair-pull test
- Trikoskopi
- Blodprøver: Thyroideastatus og vitamin D kan vurderes
- Hudbiopsi: Dersom ikke karakteristisk anamnese, klinikk eller trikoskopi

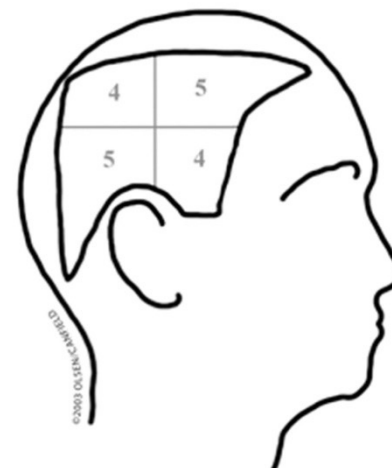
Skåringsverktøy

SALT score:
Severity of **A**lopecia **T**ool

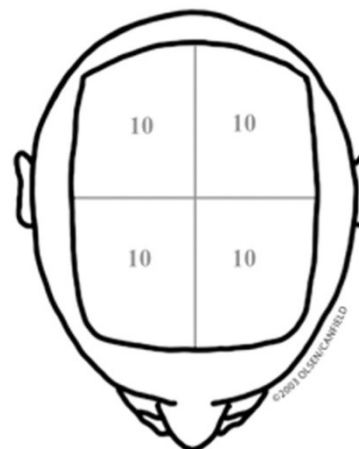
<https://dermatopics.dk/salt-score/>



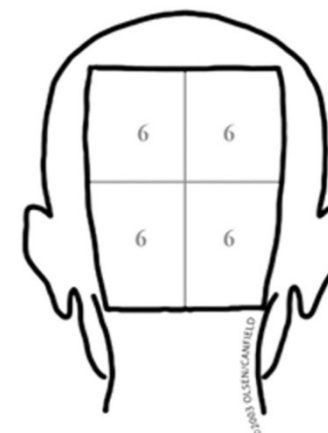
LEFT SIDE: 18%



RIGHT SIDE: 18%



TOP: 40%



BACK: 24%

TABLE 2 Alopecia Areata Scale (AAS).

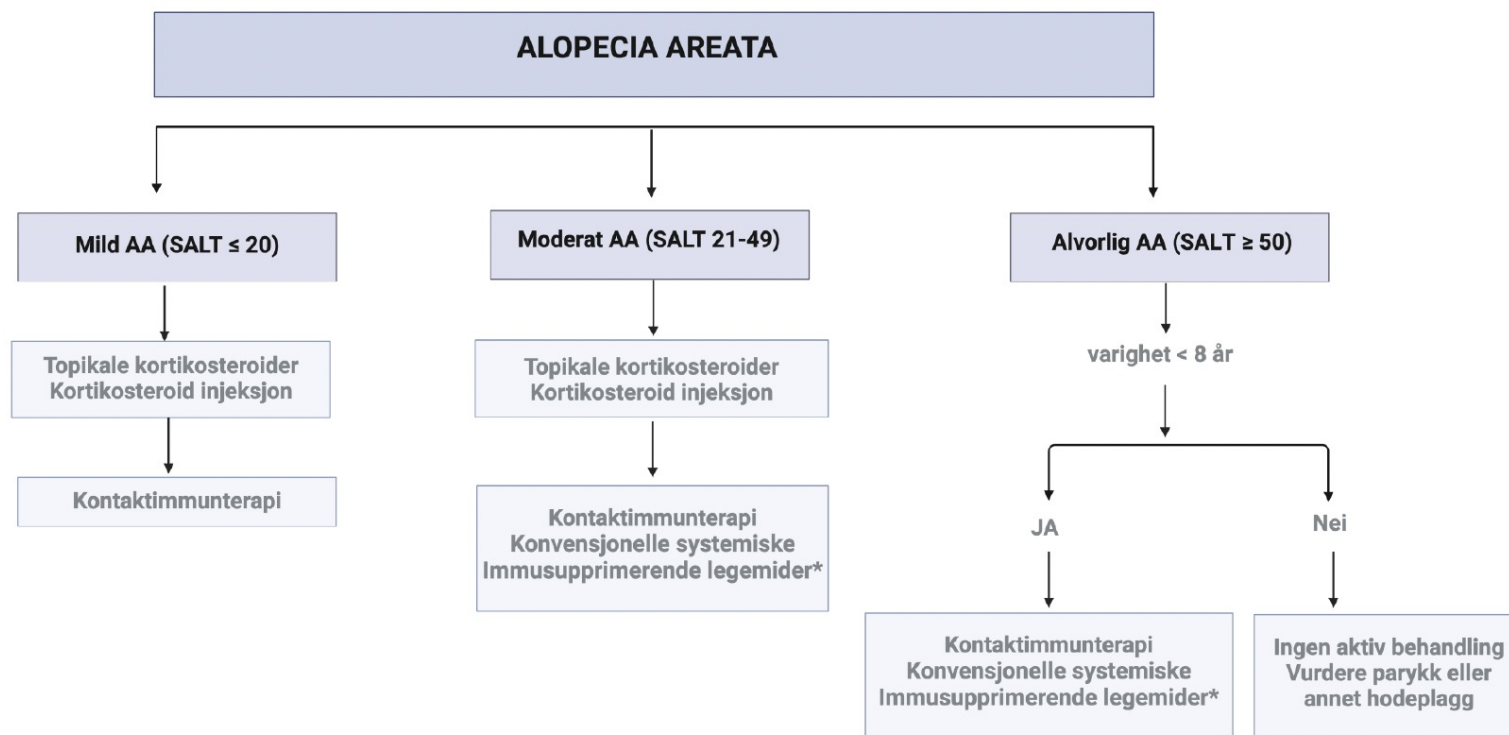
	Scalp hair loss	SALT score
1	Mild	≤ 20
2	Moderate	21–49
3	Severe	≥ 50
If mild or moderate, increase AA severity rating by one level if one or more of the following additional criteria is present:		
Additional criteria:		
• noticeable involvement of eyebrows or eyelashes, • inadequate response after at least 6 months of treatment, • diffuse (multifocal) positive pull test consistent with rapidly progressive alopecia areata, • negative impact on psychosocial functioning resulting from alopecia areata.		

1. Rudnicka et al, *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2023
2. King et al, *J Am Acad Dermatol* 2022

Behandlingsalternativer

- Ingen helbredende behandling
- Individuelt tilpasset behandling
- Må den behandles?

Behandlingsalgoritme



Mild AA (SALT<20)

Topikale steroider:

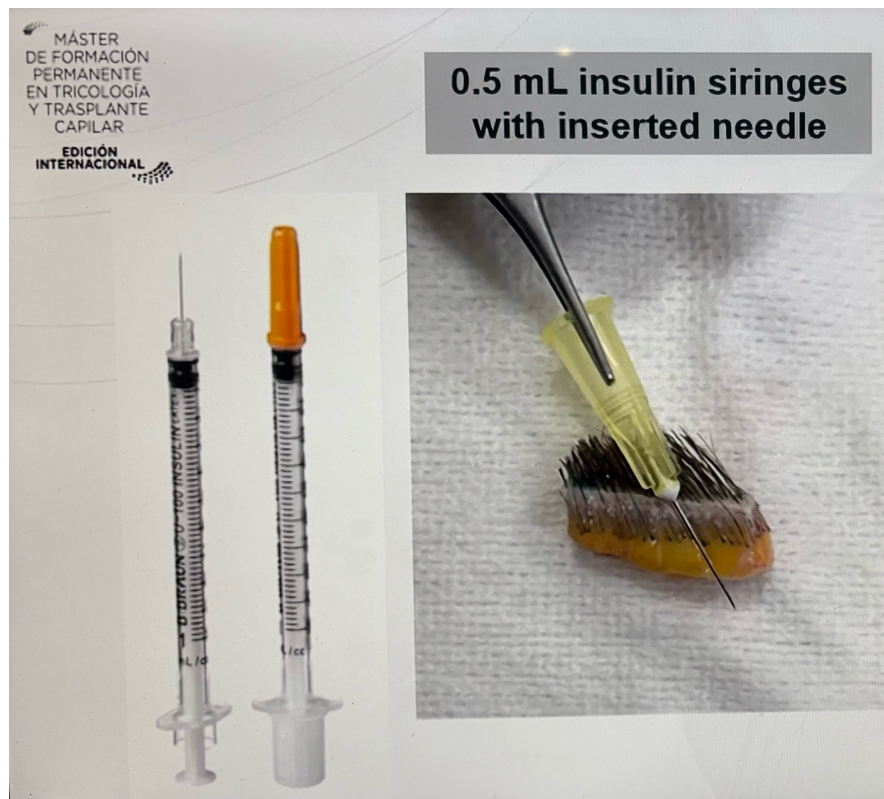
- Barn/sprøyteskrek
- <10 år: Gruppe III
- >10 år: Gruppe IV
- daglig i 6 uker, så 6 ukers pause, så ny syklus

Kortikosteroid injeksjon:

Triamcinolon acetonid:

- <40% hårtap
- Hver 6.-8. uke
- Hodebunn: 5-10mg/ml
- Øyebryn/skjegg: 2,5-5mg/ml
- Maks 40mg per gang
- Monoterapi (<50%)/Tilleggsbehandling (>50%)

Kortikosteroid injeksjon



Kontaktimmunterapi:

- Difencypron (DPCP) 0,01%, 0,03%, 0,005%
- Sensibiliseres med 2%
- 60% respons
- Bedre respons ved kombinasjon med dithranol (anthralin) eller imiquimod

Difencypron (DPCP)



Minoksidil lokalt:

Minoxidil 5% liniment

- Vasodilaterende middel
- Stimulerer anagenfasen
- Effektiv som monoterapi ved én-få AA flekker
- Best som tilleggsbehandling

Moderat AA (SALT 21-49)

Perorale kortikosteroider:

- Effektiv
- Rask residiv
- Prednisolon 0,5-0,75mg/kg daglig, med nedtrapping i løpet av 6-12 uker
- Dexametason 0,1mg/kg 2 påfølgende dager i uken i 3 mnd
- Evt Calcigran Forte og Omeprazol

1. Cranwell et al, *Australas J Dermatol*, 2019

2. Vañó et al, *J Am Acad Dermatol*, 2016

Konvensjonelle systemiske immunsupprimerende legemidler

- **Cyklosporin¹**: 3-5mg/kg/dag
- **Methotrexate²**: 15-25mg/uke
- **Azatioprin³**: 0,5-1mg/kg/dag, gradvis opptrapping til 2-3mg/kg/dag
- **Minoxidil^{4,5}**: som supplement, ♀1mg, ♂5mg vesp

1. Gupta et al, J Am Acad Dermatol, 1990

2. Joly P, J Am Acad Dermatol, 2006

3. Strazzulla et al, J Am Acad Dermatol, 2018

4. Talty et al, JAAD Case Rep, 2022

5. Wambier et al, J Am Acad Dermatol, 2021

Alvorlig AA (SALT>50)

<8 års sykehistorie:

- Samme behandling som ved moderat AA

>8 års sykehistorie:

- Parykk
- Tatovering
- Falske øyevipper

JAK-hemmere

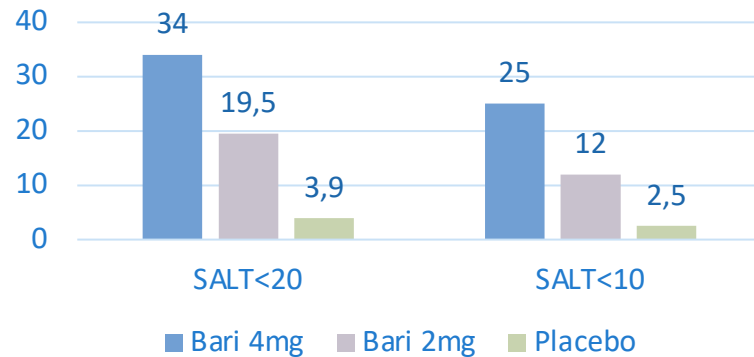
Baricitinib: Fra 18 års alder

Ritlecitinib: Fra 12 års alder

- Ved alvorlig AA
- Utbrudd > 6 mnd
- Ingen gjenvekst med annen systemisk behandling
- Effekten vurderes etter 9 mnd
- Minst 2-års behandling

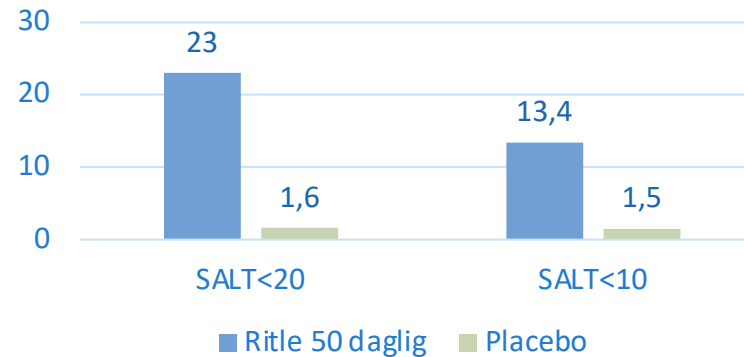
Effektivitet JAKi AA i kliniske studier

BARICITINIB VS PLACEBO 36 UKER



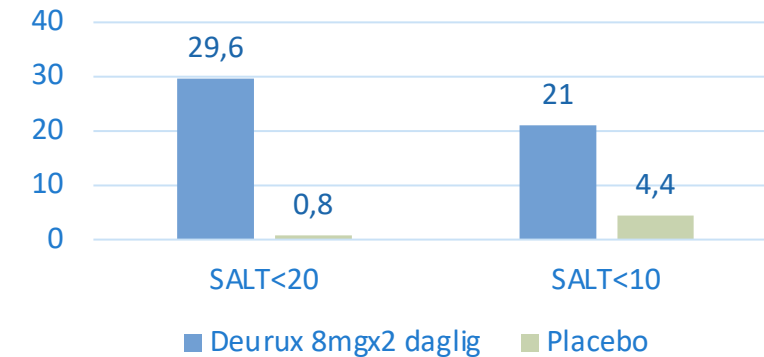
Antall pas: 1200
Mean SALT baseline: 86
Pas med AU: 45%

RITLECITINIB VS PLACEBO 24 UKER



Antall pas: 260
Mean SALT baseline: 90.4
Pas med AU: 46%

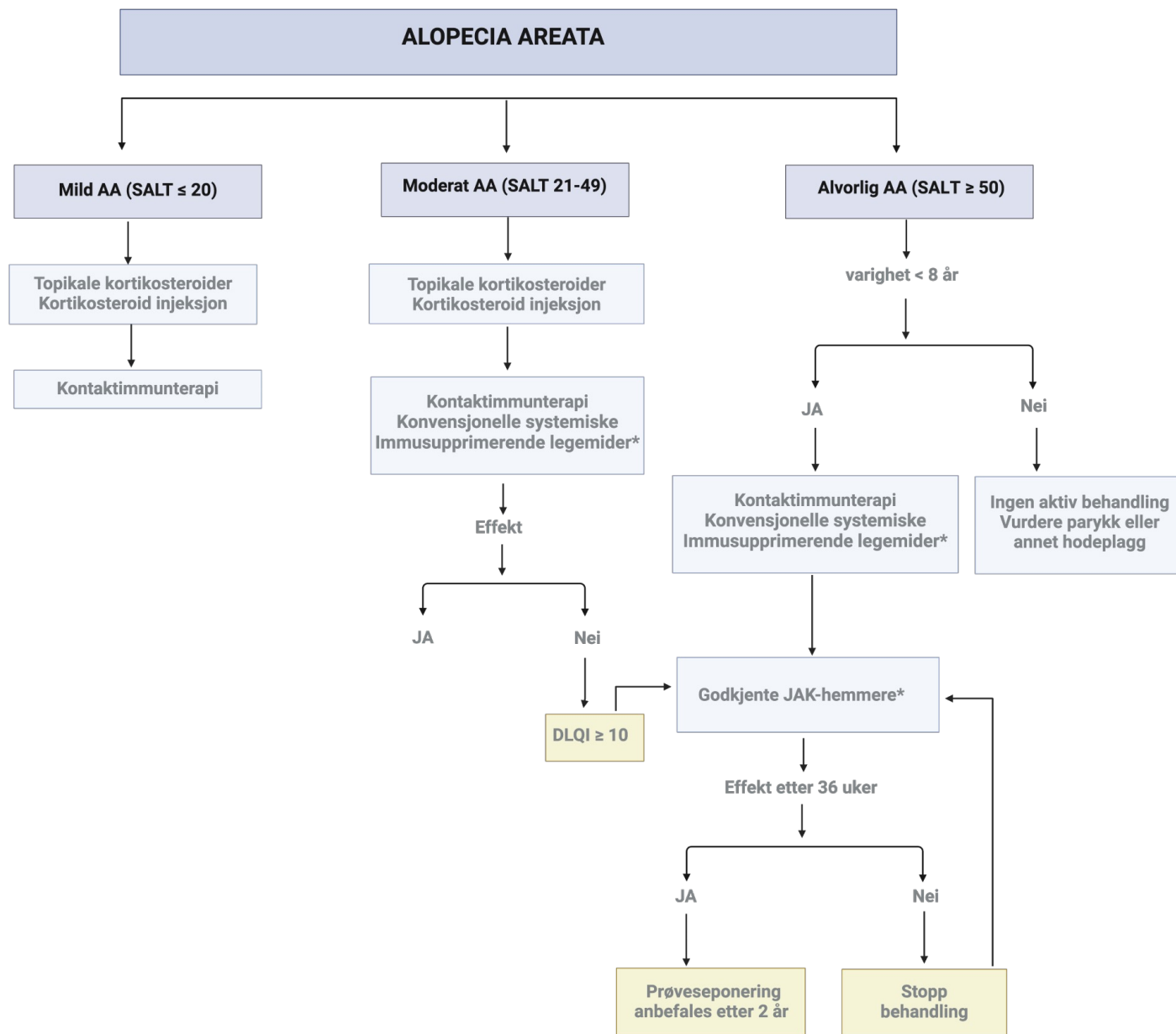
DEURUXOLITINIB 8MGX2 DAGLIG VS PLACEBO 24 UKER



Antall pas: 706
Mean SALT baseline: 85
Pas med AU: 55%

JAK-hemmere

- Baseline blodprøver inkludert HBV, HCV, HIV og IGRA test
- Vaksiner: COVID, influensa, pneumokokk, herpes zosterx2
- Blodprøver x1 i mnd i 3 mnd, deretter hver 3. måned



Minoxidil po kan vurderes