

Curcumin bei Colitis ulcerosa?

Die aktualisierte AWMF*-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Colitis ulcerosa weist gegen Ende auch auf komplementär- bzw. alternativmedizinische Therapieansätze hin. Dabei wird der sekundäre Pflanzenstoff Curcumin unter Bezugnahme auf eine doppelblinde, randomisierte, placebokontrollierte Multicenter-Studie (1) zur remissionserhaltenden Behandlung komplementär zu 5-ASA empfohlen (Empfehlung 10.15 auf S. 97; Evidenzgrad B, Konsensusstärke: Konsens).

Die in Japan durchgeführte Studie wurde bereits 2006 publiziert. Sie umfasste 89 Patienten mit stummer Colitis ulcerosa, die als Rezidivprophylaxe zusätzlich zur Medikation mit Sulfasalazin oder Mesalamin 2 x täglich 1g Curcumin erhielten (über 6 Monate). Zu Beginn der Therapie, dann alle zwei Monate, am Ende des Versuchszeitraums von 6 Monaten und 6 Monate nach Beendigung der Curcumin-Placebogabe wurden der klinische Aktivitätsindex (CAI) und der endoskopische Index erhoben.

Von 43 Patienten, die Curcumin erhielten, hatten 2 innerhalb der Therapiezeit einen Rückfall gegenüber 8 von 39 Patienten aus der Placebogruppe. (7 Patienten fielen aus den Ergebnissen, da sie sich nicht an das Therapieschema gehalten hatten.) Sowohl CAI als auch EI in der Curcumingruppe verbesserten sich signifikant. Im Nachbeobachtungszeitraum erlitten 8 weitere Patienten aus der Curcumingruppe und weitere 6 Patienten aus der Placebogruppe Rückfälle.

Curcumin scheint daher eine vielversprechende und sichere Möglichkeit zu sein, Krankheitsschübe bei Patienten mit stummer CU zu vermeiden.

In einem Kommentar zur Studie (2) von Prof. Devlin (Universität Calgary, Kanada) wird diese Studie sehr begrüßt, da die antiinflammatorischen Eigenschaften von Curcumin und seine Fähigkeit, die Aktivierung von NF- κ B zu unterdrücken, bekannt sind und NF- κ B nachweislich ein Schlüsselement in der inflammatorischen Kaskade von CED ist. Gefragt wird, ob Curcumin aufgrund dieser Untersuchungsergebnisse zu den Behandlungsoptionen gehören sollte. Dafür spricht, dass sich auch der EI bei der Curcu-

mingruppe signifikant verbessert hat. Dafür spricht auch die Tatsache, dass nach Absetzen des Curcumins die Rückfallquote wieder zunahm. Devlin führt drei Punkte an, die bei der Entscheidung bedacht werden sollten, solange es keine klinischen Studien über die Auswirkung von Langzeiteinnahme von Curcumin gibt:

1. Patienten mit immunmodulierender Therapie waren ausgeschlossen, was möglich scheint, dass die Patientenkohorte nur leichtere Erkrankungsformen umfasste.
2. Curcumin wurde als Erhaltungstherapie bei vorliegender Remission eingesetzt, nicht als Induktionstherapie.
3. Curcumin wurde in Verbindung mit Aminosalicylaten verwendet, möglicherweise gab es da einen speziellen synergistischen Effekt. Es gibt bisher keine adäquaten klinischen Untersuchungen mit Curcumin-Monotherapie. Für Devlin ergibt sich aus dieser Studie, dass Curcumin als adjuvante Gabe bei einer steroid- oder 5-ASA-induzierten Remission eine Rolle spielen kann.

Da viele Patienten komplementäre oder alternative Therapieansätze für sicherer halten, sollte ihnen auf jeden Fall klar gemacht werden, dass jede dabei eingesetzte Substanz, die eine biologisch nachweisbare Wirkung entfaltet, als Arzneimittel zu gelten hat und sich allenfalls auch als toxisch erweisen könnte. Curcumin scheint nach heutigem Wissensstand bei Kurzzeit-Anwendung sicher zu sein. Es gebe aber auch pflanzliche Medikamente, die wegen unerwünschter Wirkung nicht für Langzeit-Einnahme geeignet sind. Dazu gebe es derzeit noch keine vergleichbar seriösen Untersuchungen.

(1) Hanai H, Iida T, Takeuchi K, et al. Curcumin maintenance therapy for ulcerative colitis: randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006 Dec;4(12):1502-6. Epub 2006 Nov 13.

(2) Devlin SM. Curry for the Cure? *Inflamm Bowel Dis* 2007 Dec;12:1576-7

* *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)*

Hinweise von PreventNetwork:

Die unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) erstellte Leitlinie finden Sie unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/021-009.html>.

(Der Kommentar kann bei PreventNetwork angefordert werden.)

Die Resorption von Curcumin ist wesentlich höher, wenn es in einen Phosphatidylkomplex eingebunden ist. Solche Kapselpräparate gibt es von internationalen Herstellern (z.B. Meriva von Thorne Research).