

Neue israelische Studie

Cannabis bei CED

Priv.-Doz. Dr. med. Winfried Häuser

Cannabis zeigte in Tiermodellen antientzündliche Eigenschaften. Der innovative Ansatz bei der im Folgenden vorgestellten israelischen Studie (Naftali et al., Clin Gastroenterol Hepatol. 2013) ist, dass die Patienten Joints mit einer standardisierten Menge von THC rauchten, während die Kontrollgruppe Joints aus Cannabispflanzen rauchten, denen THC entzogen war. THC oder Tetrahydrocannabinol, ein „Cannabinoid“, ist der hauptsächlich rauschbewirkende Bestandteil der Cannabispflanze. Die Autoren begründen den inhalativen Einsatz durch Rauchen von Cannabis damit, dass durch das Rauchen aktive freie Cannabinoide entstehen und so rascher wirksame THC-Spiegel im Blut entstehen als nach oraler Aufnahme.

Die Studie war zu klein (11 Patienten in der Cannabis Gruppe und 10 Patienten in der Placebogruppe), um einen statistisch signifikanten Unterschied in der Remissionsrate, dem Rückgang der aktiven Entzündung, nachzuweisen. In der Einzelfallbetrachtung sind die Ergebnisse trotzdem bemerkenswert: fünf von 11 Patienten in der Cannabis-Gruppe und 1 von 10 Patienten in der Placebogruppe erreichten eine Remission. Drei Patienten in der Cannabisgruppe konnten Kortison und zwei Patienten Opioide, die sie zur Schmerztherapie erhalten hatten, absetzen.

- a. Leider haben es die Autoren versäumt, Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Patienten vor und während der Studie zu machen. Die Arbeitsfähigkeit bzw. Fahrtauglichkeit von Patienten mit chronischen Schmerzen und zentral wirksamen Substanzen ist ein ungelöstes Thema in der Schmerztherapie.
- b. Fäkale Entzündungsmarker: Die Werte des unspezifischen Entzündungsanzeigers C-reaktives Protein (CRP) in beiden Gruppen waren nur gering erhöht und änderten sich weder unter Cannabis noch Placebo signifikant im Laufe der Studie.

Leitlinien empfehlen, dass bei der Wahl von Therapieoptionen neben dem potentiellen Nutzen und Schaden von Therapien auch Patientenvorlieben berücksichtigt werden sollten. Ich kann mir gut vorstellen, dass manche deutsche CED-Patienten „intuitiv“ Cannabis einer immunsuppressiven Therapie mit Azathioprin oder TNF-alpha-Blockern vorziehen. Möglicherweise gibt die Studie Anlass zum eigenständigen komplementären oder alternativen Gebrauch von frei verkäuflichem oder selbst angebautem Cannabis. Davor kann ich aktuell nur warnen, aus folgenden Gründen:

- a) Cannabis-Rauchen schädigt die Lunge.
- b) Cannabis kann Psychosen auslösen.

c) Kohortenstudien bei Patienten mit Fibromyalgiesyndrom (FMS), die Cannabis (eigenständig) zur Behandlung von Schmerzen einnehmen, weisen auf ein Missbrauchspotential von Cannabis hin.

Andererseits weisen die israelischen Autoren zu Recht darauf hin, dass auch etablierte Therapien wie Steroide im akuten Schub oder Immunsuppressiva in der Langzeittherapie relevante Risiken haben. Es ist daher zu hoffen, dass der Hersteller der Cannabispflanzen und/oder öffentliche Stiftungen die Mittel zur Verfügung stellen, die Wirksamkeit und Risiken von Cannabis im Vergleich zu etablierten Therapieverfahren (nicht zu Placebo) in der Therapie des akuten Schubes als auch in der Remissionserhaltung von CED zu untersuchen. ©



Literatur

Naftali T, Bar-Lev Schleider L, Dotan I, Lansky EP, Sklerovsky Benjaminov F, Konikoff FM. Cannabis induces a clinical response in patients with Crohn's disease: a prospective placebo-controlled study. Clin Gastroenterol Hepatol. 2013;11(10):1276-1280.



Priv.-Doz. Dr. med.

Winfried Häuser ist Leitender Arzt des Schwerpunktes Psychosomatik der Klinik Innere Medizin 1 (Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie, Infektionskrankheiten, Onkologie, Psychosomatik) des Klinikum Saarbrücken.
E-Mail: whaeuser@klinikum-saarbruecken.de