

DER ARZNEIMITTELBRIEF

Mesalazin (5-ASA) oder Budesonid zur Therapie des mäßig aktiven Schubes bei M. Crohn?

Systemisch wirkende Glukokortikoide sind beim akuten Schub des M. Crohn Medikamente der ersten Wahl. So kann durch eine Therapie mit Prednison in absteigender Dosierung (z.B. initial 60 mg/d, Reduktion über 7 Wochen auf 10 mg/d) in ca. 70% eine Remission erreicht werden. Gleichzeitig treten aber häufig (bei bis zu 70% der so behandelten Patienten) Nebenwirkungen auf. Verschiedene Studien belegen, daß auch durch eine hochdosierte Therapie mit 5-ASA-Präparaten (4 g/d) bei Patienten mit mäßig-aktivem M. Crohn eine Remission erreicht werden kann (1, 2). Seit einigen Jahren wird auch Budesonid zur Therapie des aktiven M. Crohn eingesetzt (3). Budesonid ist ein hochpotentes Steroid mit einer 15 bis 20mal höheren Rezeptoraffinität als Prednison. Nach intestinaler Absorption unterliegt Budesonid in der Leber einem hohen „First-pass-Effekt“, wodurch Abbauprodukte mit niedriger Rezeptoraffinität entstehen und weniger systemische Nebenwirkungen resultieren. In einer dänischen Studie von Thomsen, O.O., et al. wurde jetzt die remissionsinduzierende Wirkung von Budesonid und 5-ASA miteinander verglichen (4).

In die Studie wurden 182 Patienten mit mäßig aktivem M. Crohn – definiert durch einen Crohn s Disease Activity Index (CDAI) zwischen 200 und 400 Punkten – aufgenommen, die einen Befall des Ileums, der Ileozökaregion oder des Colon ascendens hatten. Entsprechend der Freisetzungskinetik der verwendeten Präparate von Budesonid und 5-ASA war in diesen Abschnitten des Intestinaltraktes mit den höchsten luminalen Wirkstoffkonzentrationen zu rechnen. Die Patienten wurden in zwei Gruppen randomisiert und 16 Wochen lang behandelt. Patienten der ersten Gruppe erhielten oral 9 mg Budesonid/d (Entocort), die der zweiten oral 4 g 5-ASA/d (Pentasa). 77 Patienten der Gruppe 1 (83%) und 50 Patienten der Gruppe 2 (56%) konnten 16 Wochen lang nach obigem Schema behandelt werden. Primärer Endpunkt war eine klinische Remission mit einem CDAI von 150 Punkten. Tabelle 1 gibt die Ergebnisse wieder. Bei Patienten mit relativ hoher Krankheitsaktivität (CDAI zwischen 300 und 400 Punkten) konnte durch Budesonid in nur 42% und durch 5-ASA in nur 11% eine Remission erreicht werden. Auch bei Patienten mit alleinigem Kolonbefall lagen die Remissionsraten niedriger als in der Gesamtgruppe (56% vs. 23%). Schwere Nebenwirkungen traten in der Gruppe der mit 5-ASA behandelten Patienten häufiger auf (abdominelle Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen). **Fazit:** Bei Patienten mit mäßig aktivem M. Crohn und Befall des Ileums, Colon ascendens oder beiden ist Budesonid wirksamer als 5-ASA. Bei Patienten mit hoher Krankheitsaktivität (definiert durch einen CDAI > 300 Punkten) und bei Patienten mit Befall der distalen Darmabschnitte (Kolon und Rektum) sind systemisch wirkende Steroide weiterhin Mittel der 1. Wahl (5).

Literatur

1. Singleton, J.W., et al.: Gastroenterology [1993, 104, 1293](#).
2. Groos, V., et al.: Z. Gastroenterologie [1995, 33, 581](#).

3. AMB 1994, **28**, 84.
4. Thomsen, O.O., et al.: N. Engl. J. Med. [1998, 339, 370](#).
5. [AMB1997, 31, 71a](#).

Tabelle 1
Wirksamkeit von Budesonid bzw. 5-ASA bei mäßig aktivem M. Crohn

Ergebnisse	Budesonid (n = 93)	5-ASA(n = 89)
Remission nach 8 Wochen	69%* (n = 86)	45%* (n = 62)
Remission nach 16 Wochen	64%§ (n = 77)	36%§ (n = 50)
Zunahme der Krankheitsaktivität und Abbruch der Studie	11%	30%

* = p = 0,001; § = p < 0,001