

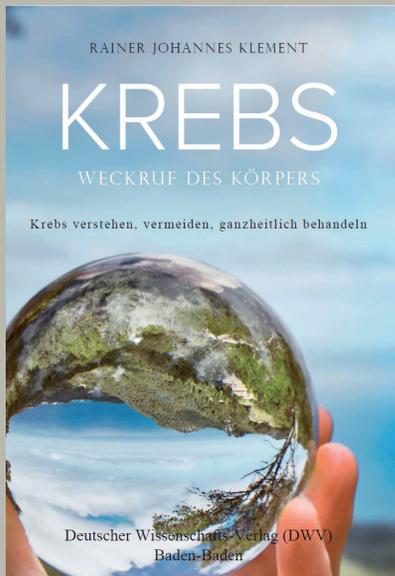
Langjährige Remission von Colitis ulcerosa durch eine carnivore Ernährung: Ein Fallbericht



PD Dr. Rainer J. Klement

Klinik für Strahlentherapie
MVZ Leopoldina Krankenhaus
Schweinfurt
Robert-Koch-Straße 10
97422 Schweinfurt
Tel.: +49 9721 720 2761

Email: rainer_klement@gmx.de
ORCID ID:
<https://orcid.org/0000-0003-1401-4270>



Das Buch "Krebs - Weckruf des Körpers" von Dr. Klement ist auch im NATURA Buchladen erhältlich!

Dieser Bericht schildert den Fall eines Patienten mit ulzerativer Pancolitis, der nach neun-einhalbjähriger medikamentöser Behandlung erst durch eine Ernährungsumstellung auf eine fleischbasierte (carnivore) Ernährung eine komplette Remission erfuhr, welche ohne weitere Medikamenteneinnahme seit über fünf Jahren anhält.

Einleitung

Colitis ulcerosa (CU) und Morbus Crohn sind die beiden häufigsten chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Sie gelten als multifaktorielle Autoimmunerkrankungen und werden meist bei jungen Erwachsenen zwischen 20 und 30 Jahren diagnostiziert. In Deutschland hat ihre Prävalenz seit den 1980er Jahren stark zugenommen und betraf im Jahr 2010 0,7 % der Bevölkerung [1]; dies entspricht dem globalen Trend [2].

Während beim Morbus Crohn alle Schichten der Darmwand im gesamten Magen-Darm-Trakt betroffen sein können, beschränkt sich die Entzündung bei CU auf die Schleimhautschicht (Mukosa und Submukosa) von Rektum und Dickdarm. Die häufigsten Symptome der CU sind blutiger Durchfall (>90%), oft begleitet von krampfartigen Schmerzen (>70%) und Stuhldrang (>70%); das häufigste extraintestinale Symptom ist Eisenmangelanämie [3]. Studien haben gezeigt, dass 5-20% der Patienten mit chronischer CU im Laufe ihrer Krankheit ein kolorektales Karzinom entwickeln [4].

Das höchste Risiko besteht für Patienten mit einer ulzerativen Pancolitis, bei der die Schleimhaut des gesamten Dickdarms entzündet ist. Anhaltende Entzündungen über lange Zeiträume werden aufgrund der damit verbundenen Produktion reaktiver Sauerstoffspezies und anderer freier Radikale als Hauptursache für die Entstehung von kolorektalen Karzinomen vermutet. Die Eindämmung der Entzündung gilt daher als die wichtigste Maßnahme zur Verringerung des Darmkrebsrisikos bei CU. Zu diesem Zweck werden je nach Ort des Befalls und Schwere der Erkrankung verschiedene Medikamente eingesetzt [3].

Die Behandlung der ersten Wahl bei leichter bis mittelschwerer CU ist Mesalazin (5-Aminosalicylsäure), entweder nur per rectum (bei Proktitis) oder per rectum kombiniert mit per os (bei linksseitiger oder ausgedehnter Kolitis). Führt Mesalazin nicht zu einer Remission der Krankheit, besteht die Zweitlinienbehandlung in der Gabe der Glukokortikoide Budesonid oder Prednisolon, wobei letzteres auch die Erstlinienbehandlung für schwere Formen der UD darstellt [3].

Komplizierte Fälle von UD, die nicht auf die herkömmliche Behandlung mit Mesalazin und/oder Glukokortikoiden ansprechen, werden mit monoklonalen Antikörpern wie den Tumornekrosefaktor (TNF)-Inhibitoren Inflixumab und Adalimumab behandelt [3].

Für Deutschland wurde errechnet, dass innerhalb der ersten 12 Monate nur 25 % der CU-Patienten auf die verordneten Medikamente anzusprechen, was zu häufigen Medikamentenwechseln und enormen wirtschaftlichen Kosten führt [5].

Ernährungsumstellungen werden in der Regel nicht als potenzielle Behandlungsoptionen bei CU betrachtet. Die jüngste Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für klinische Ernährung (ESPEN) erzielte einen starken Konsens (91%) zu der Aussage, dass es keine spezifische Diät gibt, die allgemein empfohlen werden kann, um die Remission bei Patienten mit aktiver Erkrankung zu fördern [6].

Eine von Marsh et al. durchgeführte systematische Übersichtsarbeit kam jedoch zu dem Schluss, dass Eliminationsdiäten für ambulante Patienten mit aktiver CU von Nutzen sein können [7].

Hier stelle ich den Fall eines Patienten mit Pancolitis ulcerosa vor, der durch die Umstellung auf eine fleischbasierte (carnivore) Eliminationsdiät eine langfristige (>5 Jahre) Remission erreicht hat, wodurch er seine Lebensqualität vollständig wiedererlangte und in der Lage war, als Hochleistungsausdauersportler internationale Wettkämpfe zu bestreiten.

Chronologischer Fallbericht

Mai 2009: Der damals 22-jährige Patient, ein kaukasischer Mann mit einem Gewicht von 81 kg und einer Körpergröße von 185 cm, litt seit 3-4 Monaten an blutigem Durchfall, dreimal täglichem Stuhlgang und starkem Meteorismus, jedoch ohne signifikanten Gewichtsverlust.

Eine Gastroskopie und Koloskopie ergaben Hinweise auf eine aktive Kolitis, die sich kontinuierlich vom Zökum bis zum Rektum erstreckte, so dass die Diagnose einer ulzerativen Pankolitis gestellt wurde. Dem Patienten wurden täglich 3g Mesalazin als Dauermedikament verschrieben.

Oktober 2010: Die Krankheitssymptome hatten sich weiter verschlechtert, so dass zusätzlich zu Mesalazin eine Glukokortikoidtherapie mit Prednisolon eingeleitet wurde (Zunahme der Stuhlfrequenz auf 3-4×/Tag, gelegentliche Blutbeimengungen, allgemeine Bauchschmerzen, Müdigkeit, Gewichtsverlust von 4 kg und Eisenmangelanämie). Zu diesem Zeitpunkt war das C-reaktive Protein (CRP) auf 9,7 mg/dl erhöht.

Dezember 2010: Fünf Wochen nach Beginn der Prednisolon-Therapie stellte sich der Patient erneut beim behandelnden Gastroenterologen vor und berichtete über eine deutliche Besserung seiner Symptome. Es wurde beschlossen, Prednisolon komplett auszuschleichen, worauf sich seine Symptome allerdings wieder verschlechterten.

Bis 2013 wurde täglich Mesalazin und 1-2×/Jahr Prednisolon als Stoßtherapie über 30-45 Tage verabreicht. Die Krankheitssymptome verschlimmerten sich jedoch regelmäßig, sobald Prednisolon abgesetzt wurde. Bei einer akuten Verschlechterung der Krankheit wurde Budesonid-Rektalschaum angewendet (ebenfalls 1-2×/Jahr), jedoch ohne subjektive Symptomverbesserung. Zudem entwickelte der Patient trotz gesunder Lebensweise mit viel Sport unter Prednisolongabe ein Cushing-Syndrom mit typischem Mondgesicht, Gesichtsrötung und erhöhtem Blutdruck (Abbildung 1).

Juli 2013: Der Patient begann eine 20-tägige Therapie mit dem Fluorchinolon-Antibiotikum Ciprofloxacin, nachdem ein Heilpraktiker eine bakterielle Dysbiose diagnostiziert hatte.



Foto: privat

Abbildung 1:
Der Patient unter
Prednisolon-Therapie.

September 2013: Drei Wochen nach Beendigung der Ciprofloxacin-Therapie, als er in Vorbereitung auf eine Kontrollkoloskopie Abführmittel zu sich nahm, entwickelten sich starke Bauchschmerzen und der Patient wurde in die Notaufnahme eingewiesen. Eine Blutuntersuchung ergab eine Leukozytose (21,9/nl) und erhöhte Akutphasenproteine (CRP 28 mg/dl, Ferritin 470 ng/ml). Die Koloskopie zeigte Schleimhautrötung, Schwellung, Granularität, Kontaktblutung und Fibrinbelag. Der Patient wurde mit einer Dosiserhöhung von Mesalazin auf 4 mg/Tag, einer erneuten Prednisolon-Stoßtherapie in einer Dosierung von 1 mg/kg Körpergewicht und der Einleitung einer Immunsuppressionstherapie mit Azathioprin entlassen.

Juli 2014: Aufgrund weiterer Symptomverschlimmerung und belastender Nebenwirkungen wurde Azathioprin durch den TNF-Antikörper Infliximab ersetzt. Infliximab-Infusionen wurden in einer Dosis von 400 mg alle acht Wochen verabreicht. Dies führte zu einer vorübergehenden Remission der Krankheit, obwohl die Symptome 6-7 Wochen nach jeder Infusion wieder aufflammten.

Februar 2016: Bei einer Koloskopie wurden außer einer minimalen Rötung im distalen Rektum und winzigen Narben im Colon sigmoideum keine Pathologien in der Darmschleimhaut festgestellt, so dass eine Fortsetzung der Behandlung mit Infliximab empfohlen wurde.

Januar 2018: Eine erneute Koloskopie ergab ebenfalls keine Pathologien. Gegen ärztlichen Rat entschied der Patient, Infliximab abzusetzen, da er langfristige Nebenwirkungen befürchtete. Mesalazin wurde weiterhin eingenommen, jedoch blieben subjektive Symptome bestehen. Er versuchte es mit oralem Budesonid (Cortiment), setzte aber auch dieses Medikament im September 2018 ab, da keine weiteren Verbesserungen eintraten.

Dezember 2018: Der Patient begann mit einer carnivoren Diät unter Ausschluss aller pflanzlichen Lebensmittel. Die Diät bestand aus 1-2 Mahlzeiten pro Tag mit Fleisch, Eiern, laktosefreien Käsesorten, Fisch und anderen Meeresfrüchten. Nach fünf Tagen betrug der CRP-Wert 0,04 mg/dl. Nach vier Wochen waren alle subjektiven Symptome verschwunden; der Patient setzte Mesalazin ab. Es ist erwähnenswert, dass der Patient von 2018 bis 2020 dem Profikader von Spartan Race, dem weltweit größten Veranstalter von Hindernisrennen, angehörte.

Juni 2019: 18 Monate nach dem Absetzen der immunsuppressiven Therapie mit Infliximab und sechs Monaten nach dem Beginn der carnivoren Ernährung waren alle für CU typischen Entzündungsmarker wie CRP (0,1mg/dl) und Leukozyten (5,6/nl) im Normalbereich. Lediglich Cholesterin (228mg/dl) und Bilirubin (1,61mg/dl) waren leicht erhöht.

Juli 2021: Eine Koloskopie bestätigte, dass der Patient ohne Einnahme von Medikamenten in vollständiger Remission war. Der Patient verlegte seinen sportlichen Fokus von Hindernisrennen auf HYROX Events (8 x 1000m Laufen, dazwischen funktionelle Workouts).

Juni 2022: Das Blutbild zeigte unauffällige Entzündungsparameter (Leukozyten 7,3/nl, CRP 0,1mg/dl, Ferritin 175 ng/ml).

August 2024: Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Artikels berichtet der Patient über subjektive Beschwerdefreiheit. Die Ernährung wurde inzwischen aufgelockert und beinhaltet nun auch Honig und gut verträgliches Obst und Gemüse (Beeren, Bananen, Mango, Wassermelone, Gurken, Oliven und Avocados; ca. 100-200g Kohlenhydrate/Tag).

Außerhalb der Wettkampfphase ernährt sich der Patient teilweise aber immer noch strikt carnivor. Eine Vitamin- und Mineralstoffsupplementation erfolgt durch die tägliche Einnahme von Rinderknochenbrühe, gefriergetrockneten Rinderinnereien in Kapselform sowie 300mg Magnesiumglycinat. Das Körpergewicht beträgt je nach Trainingsphase 85-92kg bei einem Körperfettanteil <10% (Abbildung 2).



Abbildung 2: Der Patient im Juni 2024. Foto privat.

Diskussion

Dieser Fall zeigt, dass die Umstellung auf eine carnivore Ernährung, bei der pflanzliche Lebensmittel weitestgehend eliminiert werden, zu einer langanhaltenden Remission der Beschwerden bei einem jungen Patienten mit ulzerativer Pancolitis geführt hat. Meinem Wissen nach ist dies damit der zweite publizierte Fall, der das Potential einer carnivoren Ernährung für die Behandlung von Autoimmunerkrankungen belegt. Yar et al. berichteten über eine Frau mit genitaler Akne inversa (Hidradenitis suppurativa) und chronischer Candida vulvovaginitis, die durch die Umstellung auf eine rein fleischbasierte, kohlenhydratfreie Ernährung eine langfristige Remission aller Symptome ohne Medikamente erzielen konnte [8].

Die moderne carnivore Ernährung beinhaltet neben Fleisch und Organen auch tierische Fette, Eier, Milchprodukte, Meeres-tiere und manchmal Honig. Eine Befragung von über 2000 langfristigen (mehrere Monate bis Jahre) Anwendern einer carnivoren Ernährung hat gezeigt, dass die Mehrheit diese Ernährungsform aufgrund von allergischen oder Autoimmunerkrankungen aufgenommen hatte; von den 369 Befragten mit Autoimmunerkrankung konnten 53% ihre Symptome verbessern, 36% komplett loswerden und 11% erfuhren keine Veränderungen [9].

Eine andere Befragung von 170 Konsumenten einer carnivoren Ernährung fand insbesondere auch Verbesserungen von Verdauungsbeschwerden und Reizdarmsymptomatik [10].

Dem hier vorgestellten Patienten gelang es nicht, seine CU langfristig mittels Medikamenten zu kontrollieren. Begleitend zu den verschriebenen Medikamenten experimentierte der Patient auch häufig auf eigene Faust mit alternativen Therapieformen; anfänglich mit Homöopathie, Nosodentherapie (über mehrere Jahre), veganer Ernährung von Mitte bis Ende 2016 und Akupunktur über einen Zeitraum von ca. 1,5 Jahren. Doch erst durch die Umstellung auf eine strikte carnivore Ernährung, die später aufgelockert werden konnte, folgte eine nun länger als fünf Jahre anhaltende Remission, die dem Patienten die Ausübung von Hochleistungssport erlaubt,

Meine Hypothese ist, dass die carnivore Ernährung unter dem Einfluss von heutigen Umwelttoxinen eine ursächliche Behandlung der CU (sowie anderer Autoimmunerkrankungen) darstellt, weil sie die Grundlagen der autoimmun-bedingten Entzündungen beseitigt:

Der Ketonkörper β -Hydroxybutyrat, welcher bei weitgehender Elimination von Kohlenhydraten vermehrt von der Leber produziert wird, hat entzündungshemmende Eigenschaften [11]; in Ratten verbesserten β -Hydroxybutyrat oder eine ketogene Diät die Symptome von CU durch anti-oxidative und anti-entzündliche Mechanismen [12].

Im Gegensatz dazu können Gluten und pflanzliche Lektine den Darm durchlässig machen und Autoimmunerkrankungen fördern [13,14].

In der gemeinsamen Evolution von Pflanzen und Tieren entwickelten Erstere chemische Giftstoffe, um nicht gefressen zu werden, was bei ihren Fressfeinden wiederum die Entwicklung von Enzymen zur Entgiftung dieser pflanzlichen Toxine förderte [15].

Entgiftungsenzyme sind relativ unspezifisch, d.h. dieselben Enzyme, die sich zwecks der Entgiftung pflanzlicher Chemikalien entwickelt hatten, helfen uns heute auch bei der Entgiftung anthropogener Toxine. Bei einer im Verhältnis zur Entgiftungsfähigkeit der Zellen zu hohen Giftbelastung durch Umweltgifte und/oder Medikamente könnte es demnach sein, dass der Verzehr pflanzlicher Nahrung das Entgiftungssystem überlastet und Krankheitssymptome auftreten.

Randomisiert kontrollierte Studien belegen den Nutzen der Reduktion fermentierbarer Oligosaccharide, Disaccharide, Monosaccharide und Polyole (FODMAPs) bei Personen mit CU [16].

Eine carnivore Ernährung enthält hohe Mengen von für das Immunsystem und die Entgiftung bedeutsamen Mikronährstoffen wie z.B. B-Vitamine, Carnosin, Cholin, langkettige ω -3 Fettsäuren, Taurin, Zink und Vitamin A.

Zusammenfassend zeigt dieser Fallbericht das Potential einer carnivoren Eliminationsdiät bei CU. Weitere Studien sollten diesen Ansatz bei Autoimmun-erkrankungen untersuchen.

Interessenskonflikte

RJK ernährt sich selbst fleischbetont und kooperiert mit www.carnivoro.eu, einem Anbieter von Nahrungsergänzungsmitteln für die carnivore Diät.

Literaturverzeichnis

- [1] Hein et al. *Scand J Gastroenterol* 2014; 49: 1325–1335. doi:10.3109/00365521.2014.962605
- [2] Wei et al. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2021; 15: 275–289. doi:10.1080/17474124.2021.1840976
- [3] Kucharzik et al. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 564–573. doi:10.3238/arztebl.2020.0564
- [4] Rogler G. *Cancer Lett* 2014; 345: 235–241. doi:10.1016/j.canlet.2013.07.032
- [5] Bokemeyer et al. *Inflamm Bowel Dis* 2022; 28: 1647–1657. doi:10.1093/ibd/izab330
- [6] Bischoff et al. *Clin Nutr* 2023; 42: 352–379. doi:10.1016/j.clnu.2022.12.004
- [7] Marsh et al. *Clin Nutr* 2022; 41: 298–306. doi:10.1016/j.clnu.2021.12.007
- [8] Yar et al. *Cureus* 2022; 14: e30510. doi:10.7759/cureus.30510
- [9] Lennerz et al. *Curr Dev Nutr* 2021; 5: nzab133. doi:10.1093/cdn/nzab133
- [10] Protogerou et al. *Behav Sci (Basel)* 2021; 11: 161. doi:10.3390/bs11120161
- [11] Youm et al. *Nat Med* 2015; 21: 263–269. doi:10.1038/nm.3804
- [12] Abdelhady et al. *Front Pharmacol* 2023; 14: 1239025. doi:10.3389/fphar.2023.1239025
- [13] Cordain et al. *Br J Nutr* 2000; 83: 207–217. doi:10.1017/S000711450000
- [14] Gong et al. *J Immunol* 2017; 198: 2082–2092. doi:10.4049/jimmunol.1600145
- [15] Bock KW. *Biochem Pharmacol* 2016; 99: 11–17. doi:10.1016/j.bcp.2015.10.001
- [16] Zhan et al. *Clin Nutr* 2018; 37: 123–129. doi:10.1016/j.CLNU.2017.05.019

Natura

Heft 29/August 2024/Auflage: 1000 Stück

Herausgeber

Natura Verlag • Natura[®] ISSN 2364-4125

Gertrud Leisten-Busch und Dr. Michael B. Leisten (V.i.S.d.P.)

Laub 12 · D-97357 Prichsenstadt

Telefon 09383/90 360 10 und 09383/ 90 36 00

info@natura-akademie.de

www.natura-akademie.de, www.natura-studienzentrum.de

www.natura-welt.de, www.dr-leisten.de

Redaktion

Gertrud Leisten-Busch und Dr. Michael B. Leisten

Gestaltung

werkstatt der ideen - jochen schug

www.werkstatt-der-ideen.de

Bildmaterial/Fotos

fotolia, wikimedia, Adobe Stock/Sebastian Kaulitzki,

Jerry Friedman/wikimedia, Beton Studio/stock.adobe.com

Jonas Schug, Alwina Stöcker, pixabay, pexels

Foto Titelseite: by adobe istock

Anzeigen

Gertrud Leisten-Busch

Bezugsbedingungen

Einzelbezug € 7,95 inkl. MwSt.

Beiträge

Prof. Dr. Ulrich Bartmann, Sascha Edelmann

Avana Eder, Dr. rer. nat. Iris Eisenmann-Tappe,

Dr. Rainer Johannes Klement, Dr. Michael B. Leisten

Prof. Dr. Udo Stern, Alwina Stöcker

Hinweis

Diese Zeitschrift wurde sorgfältig erarbeitet. Dennoch erfolgen alle Angaben ohne Gewähr. Weder Redaktion noch Verlag können für eventuelle Nachteile oder Schäden, die aus der Anwendung der in den einzelnen Artikeln vorgestellten Informationen resultieren, eine Haftung übernehmen. Wir möchten in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass Arzneien und Therapiepläne jeweils individuell auf den betreffenden Patienten abgestimmt und damit nicht übertragbar sind.