

Journal für

Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel

Kardiovaskuläre Endokrinologie • Adipositas • Endokrine Onkologie • Andrologie • Schilddrüse • Neuroendokrinologie • Pädiatrische Endokrinologie • Diabetes • Mineralstoffwechsel & Knochen • Nebenniere • Gynäkologische Endokrinologie

Kurzfassung der Endocrine Society Clinical Practice Guidelines: Evaluation and Treatment of Hypertriglyceridemia

Föger B

Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel - Austrian

Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2013; 6 (4), 37-38



Homepage:

www.kup.at/klinendokrinologie

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ der



Österreichischen Gesellschaft für
Endokrinologie und Stoffwechsel

Member of the



Indexed in EMBASE/Scopus

Austrian Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism
Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

Kurzfassung der Endocrine Society Clinical Practice Guidelines: Evaluation and Treatment of Hypertriglyceridemia

B. Föger

Abteilung für Innere Medizin, LKH Bregenz

■ Einleitung

Während unangreifbare Evidenz für die Senkung von erhöhtem LDL-Cholesterin als entscheidende Grundlage der kardiovaskulären Primär- und Sekundärprävention vorliegt, wurde die Rolle erhöhter Triglyzerid- (TG-) Werte lange Zeit kontrovers diskutiert. Pathophysiologisch gesehen determinieren erhöhte TG-Werte im Nüchtern- bzw. postprandialen Zustand sowohl die LDL-Partikeldistribution (also z. B. den Anteil „kleiner dichter LDL“) als auch die HDL-Partikelverteilung und -konzentration. Auch wenn im Tiermodell unzweifelhafte Atheroprotektion durch manche Modi der HDL-Anhebung erzielt werden konnte, sind doch gerade die rezenteren Interventionsstudien beim Menschen leider sehr enttäuschend verlaufen. Der untenstehende Konsensus betont dementsprechend die sorgfältige ätiologische Charakterisierung der Hypertriglyzeridämie und deren Beeinflussung durch Lebensstilmaßnahmen; diagnostische oder therapeutische Paradigmenwechsel sucht man naturgemäß vergebens.

Ein nordamerikanisch-europäisches Expertengremium befasst sich auf 30 Seiten (191 Referenzen) mit Definition und Klassifizierung, Pathophysiologie sowie klinischem Management des Krankheitszeichens „Hypertriglyzeridämie“. Nach dem GRADE-System erfolgt eine Abstufung einerseits nach der Stärke der jeweiligen Empfehlung (1: starke bzw. 2: schwache Empfehlung) und andererseits nach der Qualität der dieser Empfehlung zugrunde liegenden Daten (4 Stufen von niedriger bis hoher Qualität, + bis ++++).

■ Diagnose und Definition

Eine schwere Hypertriglyzeridämie (TG 1000–1999 mg/dl) und sehr schwere Hypertriglyzeridämie (TG > 2000 mg/dl) erhöhen das Risiko für Pankreatitis, während eine milde (TG 150–199 mg/dl) oder moderate Hypertriglyzeridämie (TG 200–999 mg/dl) einen kardiovaskulären Risikofaktor darstellen kann. Analog zu den Empfehlungen des „National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III“ (NCEP ATP III) sollten Erwachsene zumindest alle 5 Jahre eine Lipid-Screening-Untersuchung unter Einchluss einer Triglyzeridbestimmung erhalten.

Die Diagnose der Hypertriglyzeridämie sollte anhand einer Triglyzeridbestimmung im Nüchternplasma erfolgen und nicht aufgrund einer Analyse von „Non-fasting“-Triglyzeriden.

Analysen der Lipoprotein-Partikelheterogenität (d. h. Größenbestimmung von LDL- und/oder HDL-Partikeln) haben derzeit keinen Platz in der Routineversorgung. Die Bestimmung von Apolipoprotein B (apo B) und Lipoprotein(a) (Lp[a]) kann hilfreich sein, während die Bestimmung anderer Apolipoprotein-Spiegel (z. B. apoA-I) wenig klinischen Wert hat.

■ Ursachen erhöhter Triglyzeride: primär und sekundär

Bei allen Patienten mit erhöhten Triglyzeriden im Nüchternplasma (auch wenn nur mild; also > 150 mg/dl) sollten endokrine Erkrankungen oder Medikamente als mögliche Auslöser gesucht und, wenn möglich, korrigiert werden. Das Management der Hypertriglyzeridämie sollte sich also auf die Korrektur dieser sekundären Ursachen konzentrieren.

Alle Patienten mit primärer Hypertriglyzeridämie sollten auf weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren, wie zentrale Adipositas, Hypertonie, Glukosepathologien und Fettleber, untersucht werden.

Bei allen Patienten mit primärer Hypertriglyzeridämie sollte eine Familienanamnese bezüglich Dyslipidämie und kardiovaskulären Erkrankungen erhoben werden, um genetische Ursachen und das zukünftige kardiovaskuläre Risiko abschätzen zu können.

■ Behandlung der Hypertriglyzeridämie

Die initiale Behandlung milder bis moderater Hypertriglyzeridämie sollte primär eine Lebensstiländerung anstreben. Sinnvolle Maßnahmen sind hier eine Ernährungsberatung, Anleitung zu mehr körperlicher Aktivität und ein umfassendes Programm zur Gewichtskontrolle bei übergewichtigen oder adipösen Patienten.

Für schwere und sehr schwere Hypertriglyzeridämie (> 1000 mg/dl) empfiehlt sich die Kombination einer Reduktion von Nahrungsfetten und raffinierten

Empfehlung

2++

Empfehlung

1++

1++

1++

Empfehlung

1++

Empfehlung

1++

1+++

1++++

	Empfehlung
Kohlenhydraten mit einer medikamentösen Therapie zur Reduktion des Pankreatitisrisikos.	
Für Patienten mit moderater Hypertriglyzeridämie (TG 200–999 mg/dl) sollte das Behandlungsziel ein Nicht-HDL-Cholesterin (NHDLC) analog ATP III sein.	1++
Patienten mit einem relevanten Risiko einer TG-induzierten Pankreatitis sollten als medikamentöse Erstlinienbehandlung ein Fibrat erhalten.	1+++
Drei Medikamentenklassen (Fibrate, Niacin, Omega-3-Fettsäuren) allein oder in Kombination mit Statinen sind mögliche Behandlungsoptionen bei Patienten mit moderater bis schwerer Hypertriglyzeridämie.	2++
Statine sollten für schwere oder sehr schwere Hypertriglyzeridämie nicht als Monotherapie verwendet werden. Allerdings sind Statine bei moderater Hypertriglyzeridämie hilfreich, wenn seitens des absoluten kardiovaskulären Risikos angezeigt.	1++

■ Relevanz für die Praxis

Etwas gewöhnungsbedürftig für die vorliegende Leitlinie ist, dass pathophysiologisch eng mit TG zusammenhängende Aspekte des Lipidstoffwechsels, wie LDL und HDL, nicht integrativ abgehandelt werden, sondern dass hierfür jeweils auf den mittlerweile doch in die Jahre gekommenen Vollbeitrag des NCEP ATP-III (2002) verwiesen wird.

Die 3 wesentlichen Botschaften des Manuskriptes sind:

1. Die Identifizierung der Ursache der Hypertriglyzeridämie, welche häufig ja nur ein Krankheitszeichen darstellt, wird stark in den Vordergrund gerückt.
2. Für die Atheroskleroseprävention und -therapie sind LDL-C und Non-HDL-C die wesentlichen Ziele. Lebensstilmodifikation und Statine sind hier die am besten dokumentierten Behandlungsprinzipien.
3. Triglyzeride > 1000 mg/dl können eine Pankreatitis auslösen, wie angeborene Stoffwechselstörungen (z. B. LPL-Defizienz) anschaulich belegen. Bei erworbener schwerer Hypertriglyzeridämie sind Ernährungsmaßnahmen und Fibrate die wirksamsten Behandlungsprinzipien.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Doz. Dr. med. Bernhard Föger
 Abteilung für Innere Medizin
 Landeskrankenhaus Bregenz
 A-6900 Bregenz, Carl-Pedenz-Straße 2
 E-Mail: Bernhard.Foeger@lkhb.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)