



In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen DGFF (Lipid-Liga) e.V.
Vorsitzender: Prof. Dr. med. Oliver Weingärtner, Jena

Chronische Pankreatitis bei Hypertriglyzeridämie

Ein seltener Fall

Mustafa Mohamad Nasif, Nephrocare Betzdorf GmbH

Die Hypertriglyzeridämie (HTG) ist eine häufige Stoffwechselstörung, die mit verschiedenen Erkrankungen, wie Diabetes mellitus, metabolischem Syndrom, Adipositas, sowie mit Lebensstilfaktoren, wie Alkoholmissbrauch, assoziiert ist [1]. HTG kann zu akuten oder chronischen Komplikationen führen, wie kardiovaskulären Erkrankungen und Pankreatitiden [2]. Die Pankreatitis ist eine entzündliche Erkrankung der Bauchspeicheldrüse, die akut oder chronisch verlaufen kann. Die chronische Pankreatitis (CP) ist gekennzeichnet durch eine fortschreitende Fibrose und Atrophie des Pankreasgewebes, die zu exokriner und endokriner Insuffizienz führen kann. Die häufigsten Ursachen für chronische Pankreatitiden sind Alkoholabusus, Gallensteine, genetische Faktoren und Autoimmunerkrankungen. Die Hypertriglyzeridämie ist eine seltene, aber relevante Ursache für eine Pankreatitis. Es gibt keinen genauen Schwellenwert, doch die Wahrscheinlichkeit für eine Pankreatitis steigt mit ansteigenden Triglyzeriden (meist bei sehr hohen Triglyzeriden von >1.000 mg/dl bzw. 11,4 mmol/l).

Fallbeschreibung und Anamnese

Hier präsentieren wir den Fall eines 65-jährigen dialysepflichtigen Patienten, der an einer schweren Hypertriglyzeridämie leidet, die zu einer chronischen Pankreatitis geführt hat. Der Patient hatte keine symptomatische Pankreatitis. Bei rezidivierenden Lipaseerhöhungen und HTG wurde die chronische Pankreatitis im Jahr 2018 mittels Endosonografie bestätigt. Der Patient ist adipös (BMI 37 kg/m²) und leidet an mehreren Begleiterkrankungen, darunter ein Typ-2-Diabetes

mellitus, der seit 2013 bekannt ist und seit 2015 insulinpflichtig ist, eine arterielle Hypertonie und eine koronare 2-Gefäßerkrankung, die seit 2015 bekannt ist und mit mehreren perkutanen transluminalen koronaren Angioplastien behandelt wurde – zuletzt im Jahr 2021. Die Dialysepflichtigkeit des Patienten resultierte aus einer IgA-Nephropathie. Anamnestisch gab es keinen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Beginn des Diabetes und der chronischen Pankreatitis.

Der Patient verneint Alkoholkonsum; er betreibt aufgrund einer Kniearthrose keinen Sport. Trotz der wiederholt empfohlener Diätumstellung auf kohlenhydratarmer Kost und regelmäßigen Ernährungsberatungen konnte der Patient seine Gewohnheiten kaum ändern und das Gewicht nicht reduzieren.

Die Triglyzeride bewegten sich in den letzten Jahren zwischen 350 und 700 mg/dl. Die Lipase lag zwischen 90 und 1200 U/l und der Patient war asymptomatisch. Der Diabetes mellitus ist bei dem Patienten mit einem HbA1c von 6,6% unter Insulintherapie gut eingestellt. Das Lipidprofil zeigte ein Gesamtcholesterin von 186 mg/dl und ein typischerweise niedriges HDL-C von 22 mg/dl. Das LDL lag bei 90 mg/dl.

Therapie bei Dialysepflichtigkeit

Aufgrund der Dialysepflichtigkeit ist die Behandlung mit einem Fibrat kontraindiziert. Auch wenn die Rolle der Statine bei Dialysepatienten umstritten war, haben wir den Patienten mit Rosuvastatin 20 mg in Kombination mit Ezetimib behandelt [3]. LDL-Cholesterin ist hierunter auf 57 mg/dl gesunken. Zur Senkung der Triglyzeride wurde der Patient

mit hochdosierten Omega-3-Fettsäuren (4 g/Tag) behandelt. Dies hat zuletzt zur Senkung der Triglyzeride auf 252 mg/dl geführt; trotzdem blieb die Lipase mit 752 U/l asymptomatisch erhöht.

Achtung bei hohen Triglyzeriden

Dieser Fallbericht illustriert einen seltenen, aber wichtigen Zusammenhang zwischen Hypertriglyzeridämie und chronischer Pankreatitis bei einem Dialysepatienten. Die genaue Pathogenese der Hypertriglyzeridämie-induzierten chronischen Pankreatitis ist nicht vollständig geklärt. Es wird angenommen, dass hohe Triglyzeride zu einer erhöhten Freisetzung von freien Fettsäuren im Pankreas führen, die eine lokale Entzündung, Nekrose und Fibrose auslösen. Die Hypertriglyzeridämie-induzierte chronische Pankreatitis ist oft schwer zu diagnostizieren, da sie klinisch und radiologisch anderen Formen der chronischen Pankreatitis ähneln kann. Die wichtigsten diagnostischen Kriterien sind sehr hohe Triglyzeridspiegel in Verbindung mit einer Pankreasentzündung und das Fehlen anderer Ursachen für eine chronische Pankreatitis.

Zweigleisig behandeln

Die Behandlung der Hypertriglyzeridämie-induzierten chronischen Pankreatitis basiert zum einen auf der Senkung der Triglyzeride und zum anderen auf der Linderung der Pankreatitissymptome. Die Senkung der Triglyzeride kann durch Lebensstiländerungen wie Alkoholabstinenz, fett- und kohlenhydratreduzierte Diät (Essen und Trinken), Gewichtsreduktion, Blutzuckerkontrolle und körperliche Aktivität erreicht werden. Zusätzlich können lipidsenkende

Medikamente (Fibrate, Omega-3-Fettsäuren) eingesetzt werden. Bei dem sehr seltenen Familiären Chylomikronämie-Syndrom sollte der Einsatz von Volanosensoren evaluiert werden. Die Therapie der akuten Pankreatitis ist unabhängig von der Genese. Die Symptome bei einer akuten Pankreatitis können mit Analgetika, Antibiotika, Pankreasenzymen und ggf. endoskopischen oder chirurgischen Eingriffen behandelt werden. Die Prognose der Hypertriglyzeridämie-induzierten Pankreatitis hängt vom Schweregrad der Pankreasveränderungen und der Wirksamkeit der lipidsenkenden Therapie ab. Einige Studien haben gezeigt, dass eine frühzeitige und aggressive Senkung der Triglyzeride, z.B. durch eine Plasmapherese, zu einer raschen Verbesserung der Hypertriglyzeridämie-induzierten akuten Pankreatitis führt, wobei noch keine randomi-

sierte kontrollierte Studie dies bestätigt hat [4].

Fazit für die Praxis

Bei Pankreatitiden sollte differenzialdiagnostisch immer an eine HTG gedacht werden. Patienten mit hohen Triglyzeriden sollten über die Gefahr einer Pankreatitis, auslösende Faktoren und die entsprechenden Symptome aufgeklärt werden, damit sie sich ggf. umgehend in einer Notaufnahme vorstellen und die Diagnostik und Akuttherapie erfolgen kann. Die Therapie der HTG kann sich schwierig gestalten, da sie sehr davon abhängt, wie gut die Betroffenen die maßgeblichen Optimierungen der Lebensstilfaktoren (Essen, Trinken und Bewegung) dauerhaft umsetzen. Daher ist die langfristige Begleitung mit wiederholten Beratungen im Sinne eines Coachings essenziell.

Literatur

1. Müller M, Heim Classen M, Kamber N. CME: Hypertriglyzeridämie [CME: Hypertriglyzeridämie]. Praxis (Bern 1994). 2023 Jun;112(7-8):367-372.
2. de Pretis N et al. Hypertriglyceridemic pancreatitis: Epidemiology, pathophysiology and clinical management. United European Gastroenterol J. 2018 Jun;6(5):649-655.
3. Sun L et al. Meta-analysis of statin therapy in maintenance dialysis patients. Ren Fail. 2015 Aug;37(7):1149-56.
4. Galán Carrillo I et al. Double filtration plasmapheresis in the treatment of pancreatitis due to severe hypertriglyceridemia. J Clin Lipidol. 2015 Sep-Oct;9(5):698-702.



Mustafa Mohamad Nasif
Nephrocare Betzdorf
GmbH
Im Höfergarten 1
57518 Betzdorf
mustafa.mohamad-
nasif@nephrocare.com