



Für Menschen mit extrem hohen Triglyceridwerten,
wie beispielsweise mit **Familiärem Chylomikronämie-Syndrom (FCS)**

SETZEN SIE TIEFERE ZIELE

Das **Senken der Triglyceride** auf das in den ESC/EAS-Leitlinien genannte Niveau von **≤ 10 mmol/l (880 mg/dl)** verringert das Risiko einer akuten Pankreatitis¹

Keine echte Patientin

Irrtümer verstehen hilft, Verzögerungen bei der Diagnose und Überweisung zu vermeiden²

Eine verzögerte Diagnose und Überweisung von Menschen mit FCS kann das Risiko schwerwiegender Komplikationen wie einer akuten Pankreatitis erhöhen.² Dieser Leitfaden soll Ihnen helfen, Anzeichen von FCS früher zu erkennen

Mythos 1 Extrem hohe Triglyceridwerte werden durch die Ernährung/Lebensweise verursacht

FAKT: FCS ist eine seltene Erkrankung, bei der die Triglyceridwerte trotz Änderungen des Lebensstils (z. B. sehr fettarme Ernährung und Verzicht auf Alkohol) und konventioneller Maßnahmen zur Senkung der Triglyceridwerte (z. B. Fibrate, Statine und Omega-3-Fettsäuren) extrem hoch bleiben können^{3,4}

Wenn die Triglyceridwerte einer Person trotz konventioneller triglyceridsenkender Maßnahmen und Lebensstiländerungen erhöht bleiben, sollte eine zugrunde liegende Ursache wie FCS in Betracht gezogen werden^{3,4}

Mythos 2 FCS ist zu selten, als dass ich jemals damit in Berührung käme

FAKT: Obwohl selten, wird FCS oft nicht ausreichend erkannt oder falsch diagnostiziert^{2,5}

Zu den häufigsten Anzeichen und Symptomen von FCS gehören:⁶

- Akute Pankreatitis
- Starke Unterleibsschmerzen
- Eruptive Xanthome
- Lipaemia retinalis
- Hepatosplenomegalie
- Müdigkeit

Wenn eine Person anhaltend hohe Triglyceridwerte aufweist oder akute Pankreatitis-Episoden ohne bekannte Ursache erleidet, sollte FCS in Betracht gezogen werden^{2,6}

Kennen Sie die Anzeichen. Diagnostizieren Sie FCS frühzeitig

Mythos 3 FCS ist eine genetische Erkrankung, die nur durch Gentests bestätigt werden kann

FAKT: FCS kann sowohl klinisch als auch genetisch diagnostiziert werden. Menschen mit extrem hohen Triglyceridwerten können ähnliche klinische Merkmale wie FCS aufweisen, ohne dass eine eindeutige genetische Ursache vorliegt⁷

Zu den Faktoren, die FCS klinisch charakterisieren können, gehören:⁷⁻⁹

- Anhaltende Triglyceridwerte über 10 mmol/l (880 mg/dl)
- Vorgeschichte einer akuten Pankreatitis
- Wiederholte Krankenhausaufenthalte wegen starker Unterleibsschmerzen ohne andere erklärbare Ursache
- Vorgeschichte einer Pankreatitis im Kindesalter
- Familiäre Vorbelastung mit Hypertriglyceridämie-bedingter akuter Pankreatitis

Denken Sie über die genetische Bestätigung hinaus – berücksichtigen Sie klinische Kriterien, um FCS frühzeitig zu diagnostizieren⁷

Mythos 4 FCS äußert sich nur durch körperliche Anzeichen

FAKT: Menschen mit FCS können auch kognitive Symptome aufweisen, wie z. B.:^{6,10,11}

- Konzentrationsschwierigkeiten
- Denkblockaden
- Beeinträchtigt Urteilsvermögen
- Vergesslichkeit

Wenn Sie kognitive Symptome bei Menschen mit extrem hohen Triglyceridwerten feststellen, sollten Sie FCS in Betracht ziehen und eine fachärztliche Untersuchung veranlassen^{6,12}



➤ TRIGLYCERIDE

Verstehen Sie die Dringlichkeit einer frühzeitigen FCS-Diagnose und Überweisung auf **Niedrigeretriglyceride.de**

Keine echte Patientin

Mythos

5

Konventionelle Ansätze zur Senkung der Triglyceridwerte sind wirksame Behandlungsoptionen für Menschen mit FCS

FAKT: Bei Menschen mit FCS fehlt die Lipoproteinlipase (LPL) oder sie ist nicht funktionsfähig. Daher haben konventionelle Ansätze zur Senkung der Triglyceridwerte nur eine begrenzte Wirksamkeit, da sie durch die Steigerung der LPL-Aktivität wirken^{5,13}



Wenn die Triglyceridwerte trotz konventioneller Maßnahmen zur Senkung der Triglyceridwerte über 10 mmol/l (880 mg/dl) bleiben, sollte FCS vermutet und eine Überweisung zur fachärztlichen Untersuchung erfolgen, da in der EU mittlerweile gezielte Therapien für Erwachsene mit genetisch bestätigter FCS zugelassen sind^{3,7,14,15}

Mythos

6

Solange eine akute Pankreatitis verhindert wird, sind hohe Triglyceridwerte kein großes Problem

FAKT: Die Senkung der Triglyceridwerte ist von zentraler Bedeutung für die Verringerung des Risikos einer akuten Pankreatitis bei Menschen mit FCS.¹⁶ Je tiefer wir die Triglyceridwerte senken können, desto mehr kann das Risiko einer akuten Pankreatitis gesenkt werden¹⁷



Versuchen Sie, die Triglyceride zu senken, um das Risiko einer akuten Pankreatitis zu verringern.¹⁷ Überweisen Sie Menschen mit FCS frühzeitig an einen Spezialisten

Mythos

7

Eine Diät allein kann das Risiko einer akuten Pankreatitis verringern

FAKT: Eine extrem fettarme Ernährung (z. B. <15–20 g/Tag) ist zwar für die Behandlung von FCS unerlässlich, reicht jedoch möglicherweise nicht aus, um das Risiko einer akuten Pankreatitis bei allen Menschen mit FCS zu senken. Die Kontrolle der Triglyceridwerte mit dieser Diät kann darüber hinaus die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen^{5,18}



Eine Diät allein reicht möglicherweise nicht aus, um das Risiko zu mindern – eine frühzeitige Überweisung ermöglicht es Menschen mit FCS, ganzheitliche Unterstützung durch ein spezialisiertes Expertenteam in Anspruch zu nehmen^{2,5}

Mythos

8

Eine prozentuale Senkung der Triglyceridwerte reicht aus, um das Risiko einer akuten Pankreatitis deutlich zu verringern

FAKT: Die Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) und der Europäischen Gesellschaft für Atherosklerose (EAS) legen nahe, dass Triglyceridwerte ≤ 10 mmol/l (880 mg/dl) das Risiko einer akuten Pankreatitis verringern¹



Menschen können auch dann eine akute Pankreatitis entwickeln, wenn ihre Triglyceridwerte bei 5–10 mmol/l (440–880 mg/dl) liegen¹

Das primäre Ziel der FCS-Therapie ist die Prävention einer akuten Pankreatitis – überweisen Sie Menschen mit FCS frühzeitig, um ihr Risiko zu senken^{1,6,19}

EAS, Europäische Gesellschaft für Atherosklerose; ESC, Europäische Gesellschaft für Kardiologie; EU, Europäische Union; FCS, Familiäres Chylomikronämie-Syndrom; LPL, Lipoproteinlipase; TG, Triglycerid.

1. Mach F, Baigent C, et al. *Eur Heart J*. 2020;41(1):111–88. 2. Falko JM. *Endocr Pract*. 2018;24(8):756–63. 3. Goldberg RB, Chait A, et al. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2020;11:593931. 4. Paragh G, Németh Á, et al. *Lipids Health Dis*. 2022;21:21. 5. Stroes E, Moulin P, et al. *Atheroscler Suppl*. 2017;23:1–7. 6. Davidson M, Stevenson M, et al. *J Clin Lipidol*. 2018;12(4):898–907. 7. Larouche M, Watts GF, et al. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2025;32(2):75–88. 8. Javed F, Hegele RA, et al. *J Clin Lipidol*. 2025;19(3):382–403. 9. Moulin P, Dufour R, et al. *Atherosclerosis*. 2018;275:265–72. 10. Regmi M, Rehman A. *Familial hyperchylomicronemia syndrome*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. [Updated 2023 Aug 8; cited 2026 Mar 9]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551655/>. 11. Baass A, Paquette M, et al. *J Intern Med*. 2020 Apr;287(4):340–48. 12. Santos RD, Lorenzatti A, et al. *J Clin Lipidol*. 2021;15(5):620–4. 13. Gouni-Berthold I. *J Endocr Soc*. 2020;4(2):bvz035. 14. Spagnuolo CM, Hegele RA. *Expert Rev Endocrinol Metab*. 2024;19(4):299–306. 15. European Commission. Community register document H1969 [Internet]. Brussels: European Commission; [cited 2025 Aug 8]. Available from: <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1969.htm>. 16. Shamsudeen I, Hegele RA. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2022;15(4):395–405. 17. Sanchez RJ, Ge W, et al. *Lipids Health Dis*. 2021;20(1):72. 18. Williams L, Rhodes KS, et al. *J Clin Lipidol*. 2018;12(4):908–19. 19. Izar MC, Fonseca FA. *Curr Atheroscler Rep*. 2025;27(1):51.