

## **Nutraceutici in associazione: una nuova opzione terapeutica nel trattamento dell'ipercolesterolemia**

Roberto Volpe, CNR di Roma

Nel nostro Paese, come nelle altre nazioni industrializzate, le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nella popolazione generale con un risvolto economico sempre meno sostenibile per il Servizio Sanitario Nazionale. Pertanto, l'identificazione dei fattori che condizionano il rischio cardiovascolare, contribuendo in varia misura a determinarne l'entità, rappresenta un importante compito del medico sia di Medicina Generale che dello specialista dell'area cardiovascolare.

Numerosi studi osservazionali hanno messo in evidenza anche la pericolosità rappresentata dalla presenza di alterazioni della colesterolemia considerate "borderline" (colesterolemia totale compresa tra i 200 e i 239 mg/dL) (1,2) e, a tal riguardo, i dati dell'Istituto Superiore di Sanità indicano che oltre il 30% degli italiani adulti presenta una ipercolesterolemia "borderline" (3).

Al pari delle altre alterazioni metaboliche, anche per l'ipercolesterolemia le correzioni dello stile di vita (1,8) rappresentano sempre un primo fondamentale intervento terapeutico. Quando ciò non risulta sufficiente, in quei pazienti considerati ad alto rischio cardiovascolare in quanto in prevenzione secondaria oppure perché diabetici o con ipercolesterolemia severa, è necessario ricorrere alle statine, farmaci capaci di ridurre l'incidenza di tali eventi di oltre il 30%. Tale beneficio si ottiene però solo in caso che la prolungata riduzione dei parametri metabolici si protragga per anni. In altri termini, la terapia deve essere cronico-continuativa. Pertanto, prima di intraprendere una terapia che duri tutta la vita, in quei pazienti che, in prevenzione primaria, presentino valori lipidici considerati borderline, è preferibile valutare l'opzione nutraceutica. Tale strategia, tra l'altro, è quella suggerita da autorevoli Enti internazionali che si occupano di prevenzione cardiovascolare, come il NCEP-ATP III (National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III) (1) o la Nutrition Foundation of Italy (4), e ha il pregio di attuare una seria prevenzione anche in quei soggetti che, avendo un rischio cardiovascolare non ancora elevato, vengono o non trattati o trattati ma in modo inadeguato. A tal proposito, inoltre, i dati emersi dallo studio CHECK (Cholesterol and Health: Education, Control and Knowledge), indicano che oltre il 50% della popolazione italiana che presenta livelli alterati di colesterolo rientra nell'area del trattamento non farmacologico (5).

Questo ultimo può risultare molto efficace, come dimostra l'impiego in monoterapia o in associazione di quei nutraceutici le cui proprietà cardioprotettive sono state evidenziate in molteplici studi sperimentali e clinici, come le fibre, i fitosteroli, le proteine della soia, il riso rosso fermentato, i policosanoli (4,6,7). Il razionale della possibile associazione nasce dall'azione sinergica dei vari componenti. Infatti, se fibre e fitosteroli agiscono riducendo l'assorbimento intestinale del colesterolo, proteine della soia, riso rosso fermentato (contenente mevinolina, una

statina naturale al dosaggio di soli 3 mg) e policosanoli agiscono inibendo la sintesi epatica del colesterolo. Pertanto, quando l'approccio nutraceutico, risulti non solo "naturale", ma anche valido, efficace, ben tollerato e sicuro, può rappresentare una valida strategia per ridurre il rischio cardiovascolare in quei pazienti a rischio non elevato, notoriamente non (adeguatamente) seguiti, in quanto un intervento farmacologico potrebbe apparire prematuro e/o eccessivo. Invece, i dati del "Progetto Cuore" ci suggeriscono che, se interveniamo solo sulle persone ad alto rischio, riduciamo effettivamente il rischio in questa fascia di popolazione, ma non la stragrande maggioranza degli eventi che si verifica nel resto della popolazione: gli uomini e le donne con un rischio uguale o superiore al 20% generano, rispettivamente, solo il 25% e il 4% degli eventi, mentre quelli con un rischio inferiore al 20% generano, rispettivamente il 75% e il 96% degli eventi (3). In altri termini, un basso rischio a cui è esposta tutta la popolazione produce in termini assoluti un danno maggiore di quello derivato da un rischio elevato al quale è esposto solo un piccolo gruppo di persone. Il razionale di un intervento nutraceutico efficace è proprio quello di ridurre il livello del fattore di rischio evidenziato, con l'obiettivo finale di una sostanziale effetto preventivo sulla popolazione a rischio moderato o basso.

1) National Cholesterol Expert Panel (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third report of the National Cholesterol Expert Panel (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Final Reports. *Circulation* 2002;106:3143-421.

2) The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Follow-up Report on the Diagnosis of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2003;26:3160-3167.

3) Giampaoli S, Palmieri L, Chiodini P, et al: La carta italiana del rischio cardiovascolare globale. *It Heart J Suppl* 2004;5:177-185.

4) Poli A, Marangoni F, Paoletti R et al: Nutrition Foundation of Italy. Non-pharmacological control of plasma cholesterol levels. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2008;18:S1-S16.

5) Poli A, Tragni E, Casula M, et al: How many patients need statin treatment in a low-cardiovascular-risk country? Low-density lipoprotein-cholesterol target and distance from target distribution in an Italian cohort. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2010 Sep 28. Epub ahead of print

6) De Nitto S, Gaddi AV, Ghirlanda G, et al: Proteine della soia: effetti metabolici e ruolo nella prevenzione cardiovascolare. Pacini Ed, 2010.

7) Stefanutti C, Mazza F, Vivenzio V, et al: Combined treatment with Dif1Stat and diet reduce plasma lipid indicators of moderate hypercholesterolemia more effectively than diet alone: a randomized trial in parallel groups. *Lipids* 2009;44:1141-1148.