



Perché ginecologi e oncologi dovrebbero preoccuparsi del colesterolo?

Dott. M. Cazzaniga

Perché il colesterolo, in questo caso il 27-idrossi-colesterolo, può indurre resistenza al tamoxifene?

Questo perché il colesterolo funziona in modo competitivo con il tamoxifene. Il tamoxifene è un farmaco che riduce il rischio oncologico perché si lega al recettore estrogenico ma non è in grado di attivarlo, quindi in pratica è un po' come se fosse una toppa dove entra una chiave ma non riesce ad aprire la porta. Questo è il meccanismo che di solito noi utilizziamo con un farmaco come il tamoxifene. È ovvio che più composti abbiamo in grado di legarsi al recettore estrogenico, quindi gli estrogeni veri e il 27-idrossi-colesterolo, che è un estrogeno falso ma che è capace di legarsi al recettore e di attivarlo, più il tamoxifene che diamo troverà buona parte dei recettori occupati e non troverà il posto da andare ad occupare per diminuire questa accensione estrogenica, e in definitiva questo si traduce in una tamoxifen-resistenza, perché diamo il tamoxifene alla paziente che risulta resistente ad esso semplicemente perché questo non trova modo di esprimersi e di lavorare. Questo diventa fondamentale in oncologia perché se noi abbiamo una paziente in trattamento con tamoxifene e non gli abbassiamo il colesterolo, rischiamo di diminuire l'efficacia del tamoxifene stesso. Così rischiamo, per altri motivi, di diminuire anche l'efficacia degli inibitori dell'aromatasi, in quanto le aromatasi trasformano il colesterolo in ormoni nel nostro organismo e quindi avere inibitori delle aromatasi significa cercare di diminuire la quota ormonale nel nostro organismo. Se noi contemporaneamente a questo teniamo il colesterolo alto, aumentiamo la quota ormonale e quindi teniamo accesa la fiammella che stimola il recettore e il tumore o la cellula in via di trasformazione.

In una donna con ipercolesterolemia, che statina possiamo utilizzare? Quando invece consigliare un nutraceutico come Berberol o Berberol K?

Dipende dalla quantità di colesterolo con cui abbiamo a che fare. Io mando le pazienti con ipercolesterolemia molto alta dallo specialista in quanto hanno dei fattori di rischio cardiovascolare importanti che devono essere trattati con ipocolesterolemizzanti come le statine. Quello che è importante è la valutazione invece delle pazienti che hanno livelli di colesterolo lieve o moderato. Queste donne rischiano cose importanti. In questo caso, credo sia più utile iniziare, sia per quanto riguarda gli effetti collaterali che per la più facile gestione di chi come noi non utilizza farmaci ipocolesterolemizzanti tutti i giorni, con composti come **BERBEROL** o Berberol K che sono gestibili e più facili da controllare, utilizzando poi altri tipi di prodotti quando non riusciamo magari ad ottenere il risultato sperato. Questi composti, tra l'altro, si possono anche dare in add on ai farmaci in quanto esistono studi autorevolissimi che indicano come l'associazione statina a basso dosaggio con Berberol porti ad una sinergia rispetto ad un trattamento con sola statina. Secondo me bisogna all'inizio sempre utilizzare un trattamento meno invasivo possibile e, visti i dati in letteratura, probabilmente efficace come i farmaci più invasivi, stando pronti a modularlo o cambiarlo se abbiamo una non-risposta.

In caso colesterolo borderline, un po' più spinto sui trigliceridi, è meglio consigliare Berberol o Berberol K? Oppure associare con un farmaco diretto sui trigliceridi?

Berberol e Berberol K vanno benissimo, direi che l'assunzione di questi prodotti potrebbe essere vincente in questo senso, ma ci sono studi che dimostrano anche come l'associazione con un farmaco, ad esempio i fibrati, per l'abbassamento dei trigliceridi sia ottimo.

È sufficiente 1 compressa di Berberol K per un'ipercolesterolemia lieve o moderata oppure si può associare 1 compressa di Berberol K ad 1 di Berberol in caso di colesterolemia leggermente più alta?

Il dosaggio standard per Berberol K è di 1 compressa al giorno, poi si può eventualmente potenziare nel caso ce ne fosse la necessità associando Berberol, assolutamente sì. Però all'inizio di solito si usa 1 compressa al giorno di Berberol K o 2 compresse al giorno di Berberol.

In caso di donna con ipercolesterolemia, questo fenomeno può interferire anche con i sintomi della menopausa o con l'osteoporosi?

Sui sintomi della menopausa sì, in quanto è abbastanza correlata ad un disordine metabolico di tipo un po' generalizzato e quindi sicuramente influenza un po' i sintomi della menopausa, mentre onestamente non conosco dati che legano l'osteoporosi all'ipercolesterolemia.

In caso di un paziente con ipercolesterolemia e iperglicemia, cosa è meglio consigliare?

Meglio **BERBEROL** perché è attivo su entrambi i pathway grazie alla berberina. In Berberol K c'è in più la monacolina K, statina usata solo per il colesterolo. Se la paziente ha sia iperglicemia che insulino resistenza, ed ha anche un'ipercolesterolemia di un certo tipo, magari tendente all'alto, è utile associare ad 1 compressa di Berberol anche 1 compressa di Berberol K.

Qual è il tempo di terapia con Berberol o Berberol K?

Ovviamente i trattamenti per il colesterolo, come per le statine, sono cronici e determinati dal risultato. Quindi si parte e non si sa poi per quanto tempo dovremmo somministrarlo alle nostre pazienti. Il fatto comunque che siano dei composti facilmente gestibili e trattabili, dà anche l'opportunità di "giocare" un po' con il trattamento, quindi di dare una tempistica di trattamento iniziale almeno di 3-6 mesi, per vedere come vanno i parametri metabolici, in quanto se vanno bene si può tentare una sospensione o una diminuzione del dosaggio, oppure se non vanno bene cercare di aumentare il dosaggio, quindi regolarci a seconda delle risposte.

Dopo quanto tempo ci aspettarci dei risultati clinici dati da Berberol o Berberol K?

Solitamente dopo 3 mesi di terapia possiamo già vedere un risultato e secondo me è prescrivibile un esame di controllo dell'ipercolesterolemia. Anche negli studi, i risultati di diminuzione con Berberol K ad esempio erano a 8 settimane, quindi secondo me a 3 mesi non ci sono dubbi di poter vedere un'efficacia di questo tipo.

La monacolina K nell'estrazione può contenere diverse sostanze non proprio sicure. Quella contenuta in Berberol K ha controindicazioni nella donna con tumore?

Non ha nessuna controindicazione e può essere usata tranquillamente. In **Berberol K** è contenuto MonaKoPure, brevetto che ha eliminato tutte le sostanze tossiche, come la citrinina, o poco interessanti farmacologicamente e possiamo utilizzarlo su tutti i pazienti.