



Integrazione dietetica e nutraceutica nei pazienti con dislipidemia

D.ssa L. Pisciotta

In quali pazienti andrebbe utilizzato Berberol K?

Il paziente Berberol K è quello nel quale non è ancora stata indicata la statina, quindi pazienti a rischio basso o moderato dove l'LDL non superi stabilmente il valore di 190 mg/dL. Quindi è indicato nei pazienti che presentano ipercolesterolemia che deve essere normalizzata nonostante il rischio non alto. Quando partiamo da un valore di colesterolo 160-180 e, facendo un'analisi alimentare, vediamo che il nostro paziente non mangia poi così male, secondo me è indicato associare allo stile di vita regolare anche un nutraceutico. Aspettandoci dalla dieta una riduzione di circa il 10% del colesterolo, sicuramente l'associazione di **Berberol K** può dare un aiuto ulteriore. Un altro paziente al quale è indicato Berberol K sicuramente è quello che rifiuta il trattamento con la statina, e io solitamente lo somministro perché è sicuramente uno dei nutraceutici più efficaci.

In base alla sua esperienza, ha visto effetti collaterali nell'utilizzo di 10 mg di Monacolina K? Ci sono e sono paragonabili a quelli ottenuti con statine come la lovastatina?

Le statine sono ben tollerate nel 95% della popolazione e spesso può essere che tante intolleranze siano più che altro rifiuti all'utilizzo, il cosiddetto effetto nocebo. Quindi quando io do un nutraceutico con 10 mg di Monacolina K in realtà spesso non vedo effetti collaterali da nocebo, mentre se il paziente ha una storia d'intolleranza alla statina dove mi rendo conto che il problema è reale, allora francamente preferisco evitare di dare il nutraceutico con 10 mg di Monacolina K. Se devo partire da zero, in un paziente naive, parto sempre con Berberol K e, quando torna il paziente, il più delle volte sta bene ed è contento, e nella maggior parte dei casi non ha quell'effetto nocebo che purtroppo oggi caratterizza il trattamento con statine. In ogni caso controllo sempre i parametri di sicurezza, quindi le transaminasi e le cpk, se il paziente lamenta mialgie, come da linee guida per le statine. Comunque, pazienti che vengono da una storia di intolleranza alle statine diciamo di tipo più psicologico che reale, accettano molto di più il nutraceutico.

Può chiarire l'azione dei nutraceutici sui livelli di HDL?

I livelli di HDL in realtà si spostano di poco con i nutraceutici. Quando vediamo un aumento di questi, spesso è dovuto ad una riduzione dei trigliceridi che si accompagna ad un rialzo dell'HDL per motivi metabolici. Un effetto diretto significativo sulle HDL non ce l'hanno in realtà né i nutraceutici né le statine, mentre forse l'unico farmaco che agisce un po' in questa direzione è il fibrato, che comunque ha un'azione sempre prevalente sui trigliceridi.

Parlando di add-on alla terapia farmacologica, Berberol K può essere associato alla statina? E all'Ezetimibe o al fenofibrato quando il paziente non è a target?

Secondo me non ha senso associare Berberol K alla statina, ma può avere senso associare **BERBEROL**, che è composto da berberina, silimarina, ma senza Monacolina K. Quindi se vogliamo provare a potenziare l'effetto della statina ha senso evitare di aggiungere ulteriori inibitori di HMG-CoA-reduttasi. Berberol K invece si associa molto bene all'Ezetimibe, fanno una bellissima tripla inibizione, mentre per l'associazione con il fibrato ci vuole cautela, in quanto

l'associazione statina-fibrato è abbastanza pericolosa per la possibilità di rhabdomiolisi. Diciamo che bisogna avere quindi cautela ai parametri di sicurezza per l'associazione Monacolina K e fibrato, valutando la possibile sintomatologia del paziente e i parametri di sicurezza. Soprattutto raccomando l'utilizzo nel caso di fenofibrato e basta, non di Gemfibrozil che è pericolosissimo con le statine e qualunque integratore contenente Monacolina K, anche quelli a più basso dosaggio.

Se ci sono dislipidemie nel bambino, è consigliabile l'uso di un nutraceutico o si devono seguire altre strade?

Ci sono studi e dati sull'utilizzo dei nutraceutici nei bambini. In realtà s'inizia prima con le fibre nei bambini che non hanno ipercolesterolemie famigliari genetiche, mentre laddove vi sono bambini con problematiche congenite, dove sarebbe indicato anche un trattamento con statine, ecco che molti pediatri hanno utilizzato Monacolina K con ottimi risultati e probabilmente una maggiore accettabilità anche soprattutto da parte della famiglia. Direi comunque di non trattare con Monacolina K i bambini che hanno una colesterolemia modesta e laddove non è stata fatta una diagnosi sulla famiglia, non perché sia pericoloso il suo utilizzo, ma per buona pratica clinica.

Berberol K può essere un aiuto nelle donne che utilizzano contraccettivi orali e che spesso hanno un innalzamento dei livelli di colesterolo?

Queste sono situazioni un po' particolari, in quanto spesso si alzano i lipidi di persone già predisposte e quindi non a tutte le donne, tra l'altro con alcuni contraccettivi sì e con altri no. Quindi lì dovrebbe lavorare un po' il ginecologo proprio sulla scelta del contraccettivo usato. Io ho visto che in quei casi in cui il colesterolo parte normale e dopo aver somministrato il contraccettivo aumenta, e sono sempre soggetti che hanno comunque una familiarità per ipercolesterolemia, a volte basta davvero cambiare pillola per risolvere il problema. Comunque anche l'utilizzo di Berberol K non ha nessuna controindicazione con i contraccettivi.

Spesso si fa l'associazione del nutraceutico con cicli di terapia, ma in questo caso, essendo Berberol K molto vicino a quella che è una statina, si può avere un effetto rebound alla sospensione oppure i cicli di terapia vanno bene?

Io al paziente dico sempre che se il suo colesterolo alto è cronico si risponde con terapia cronica, perché altrimenti ogni volta che lo sospendiamo magari non abbiamo proprio un rebound inteso come un aumento superiore al valore iniziale, ma sicuramente i livelli piano piano tornano ad alzarsi considerevolmente. Il colesterolo, se ha predisposizione genetica, tende a raggiungere i valori iniziali, ragion per cui anche la terapia con il nutraceutico va mantenuta nel tempo per mantenere il target.

Ha esperienza sulla dieta a basso contenuto di carboidrati? È utile nei pazienti con dislipidemie?

Se la dislipidemia è secondaria ad una situazione di sindrome metabolica e quindi c'è magari un sovrappeso da trattare, e questo sovrappeso è refrattario magari alle diete equilibrate, allora un periodo di dieta low-carb non è poi così dannoso nel breve termine, se ci permette di ottenere un calo ponderale tale per cui a lungo termine noi otteniamo un beneficio anche sui lipidi. Qui quindi parlo di dislipidemia secondaria a sindrome metabolica. Nei casi in cui la dislipidemia è su base genetica invece un regime chetogenico può anche essere peggiorativo e

non portare poi nessun beneficio a lungo termine, quindi starei un po' più attenta soprattutto alla "filosofia low-carb", cioè quelle persone che iniziano e portano avanti una dieta molto sbilanciata verso proteine e grassi. Soprattutto nei pazienti con trigliceridi molto alti, l'inizio poi di una dieta chetogenica risulterebbe dannosa per un ulteriore innalzamento appunto dei trigliceridi. Quindi dieta low-carb sì per un breve periodo, no per il lungo periodo.

Nel caso di trigliceridi con valori oltre la norma come unico parametro alterato, che cosa possiamo consigliare?

Dipende dai livelli, in quanto "oltre la norma" vuol dire sopra i 150 mg/dL, ma tante volte se ci troviamo in una fascia sotto il valore di 500 mg/dL si punta soprattutto sulla dieta, che funziona benissimo, mentre laddove questi valori non dipendano dagli eccessi dietetici ma da qualche polimorfismo genetico che può predisporre, allora in tal caso si va dagli omega 3 ai fibrati se c'è solo il valore dei trigliceridi elevato. Se c'è invece anche il colesterolo elevato, allora anche le statine possono avere un'attività sui livelli di trigliceridemia fino a 500 mg/dL. Quando invece i trigliceridi arrivano a valori anche sopra i 1000 mg/dL, oltre che sistemare la dieta, in quei casi bisogna agire con i fibrati e se c'è anche pancreatite bisogna correre all'ospedale.

C'è un modo per identificare i pazienti high- o low-responder alle statine, oltre che con l'utilizzo di un metodo chimico?

Da una statina sappiamo cosa ci possiamo aspettare, in quanto mediamente in percentuale ogni statina ha la sua potenza. Se una persona risponde meno, dobbiamo pensare subito che quella persona possa essere un iperassorbitore di colesterolo e allora potrebbe rispondere molto bene ad esempio all'Ezetimibe. Quando invece il paziente non risponde bene sia all'utilizzo della statina che dell'Ezetimibe, allora quello potrebbe essere il caso dell'iperattivazione del PCSK9 e quel paziente potrebbe rispondere benissimo all'inibizione di questo fattore, cosa che avviene ad esempio con l'utilizzo di **BERBEROL** e **Berberol K**.