



## Terapie "naturali" per l'iperlipemia

**Data** 25 luglio 2006  
**Categoria** metabolismo

Derivati vegetali possono ridurre l'iperlipemia ma mancano studi a lungo termine su end-point clinici.

L'obiettivo degli autori di questa meta-analisi era paragonare gli effetti di steroli vegetali, stanoli e policosanoli sul colesterolo LDL.

Gli studi presi in considerazione dovevano prevedere l'uso di steroli vegetali o stanoli ad una dose di almeno 2 g/die e di policosanoli ad una dose di almeno 5 mg/die; la durata del trattamento doveva essere di 4 o più settimane.

Molti dei partecipanti (> 18 anni), negli studi considerati, avevano un'ipercolesterolemia anche se in altri il colesterolo era normale; in alcuni vi era diabete, ipertensione, aterosclerosi, cardiopatia ischemica, storia di infarto o anomalie dei test epatici.

Sono stati considerati solo RCT in doppio cieco verso placebo pubblicati dal gennaio 1967 al giugno 2003: in totale 52 studi per 4.367 partecipanti.

Per quanto riguarda gli steroli vegetali e gli stanoli vs placebo si ebbe una riduzione del colesterolo LDL dell'11% dei valori basali vs il 2,3% del placebo ( $P < 0,0001$ ); il trattamento ridusse anche il rapporto LDL/HDL ma non si ebbe nessun effetto sui trigliceridi.

Per quanto riguarda i policosanoli vs placebo si notò una riduzione del colesterolo LDL del 23,7% rispetto allo 0,1% del placebo ( $P < 0,0001$ ); il trattamento ridusse anche il rapporto LDL/HDL, aumentò il colesterolo HDL e ridusse in qualche misura i trigliceridi.

Nel paragone tra steroli vegetali e stanoli vs policosanoli si evidenziarono risultati migliori con quest'ultimi: riduzione del 14% del colesterolo LDL, del 9,1% del colesterolo totale, del 22,1% del rapporto LDL/HDL e del 10,9% dei trigliceridi, con un aumento del colesterolo HDL del 12,4%.

La tollerabilità fu buona con entrambi i trattamenti tanto che la percentuale di drop-out fu insignificante in tutti i gruppi (0% nel gruppo steroli vegetali e stanoli vs 0,15% del placebo, e 0,86% del gruppo policosanoli vs 4,81% del gruppo placebo).

Gli effetti avversi principali furono a carico del tratto gastroenterico e, per i policosanoli, del sistema nervoso centrale.

Gli autori concludono che steroli vegetali, stanoli e policosanoli sono ben tollerati e che i policosanoli sono più efficaci nel migliorare il profilo lipidico.

Fonte:

Chen J T et al. Meta-analysis of natural therapies for hyperlipidemia: plant sterols and stanols versus policosanols. *Pharmacotherapy*, 2005;25(2):171-183.

### Commento di Renato Rossi

Questi dati vanno interpretati con cautela perché il paragone tra steroli vegetali e stanoli vs policosanoli è stato di tipo indiretto; inoltre molti degli studi effettuati sui policosanoli provengono dallo stesso gruppo di studio cubano; infine non sono stati presi in considerazione studi non pubblicati, il che potrebbe aver portato a sovrastimare l'effetto delle "terapie naturali".

Del tutto recentemente è stato pubblicato uno studio in cui i policosanoli derivati dalla canna da zucchero, a dosaggi che variavano da 10 a 80 mg/die, non sono risultati migliori del placebo nel ridurre il livello dei lipidi plasmatici in pazienti con ipercolesterolemia o dislipidemia mista.

Ma ancor più importante è il fatto che questi studi, tutti con casistica e durata limitate, hanno preso in considerazione solo end-point surrogati (il quadro lipidico). Sono necessari quindi studi ulteriori che da una parte paragonino direttamente tra loro steroli vegetali, stanoli e policosanoli e dall'altra che prendano in considerazione outcomes clinici hard con casistica e follow-up adeguati.

Esistono quindi ancora molte zone grigie e mancano dati "robusti" per poter affermare che queste sostanze hanno un reale impatto clinico nel trattamento delle iperlipemie.

Quali conclusioni si possono trarre? Queste "terapie naturali" potrebbero essere prese in considerazione per pazienti che non tollerano oppure hanno controindicazioni assolute alla terapia farmacologica oppure per quelli ad alto rischio cardiovascolare, in aggiunta ai farmaci tradizionali, quando questi, pur correttamente usati, non riescono a portare il colesterolo LDL ai valori target.

Bibliografia

1. JAMA. 2006 May 17; 295:2262-2269.