

## LE STATINE RIDUCONO L'ATTENZIONE ALLA DIETA?

Responsabile Editoriale  
**Vincenzo Toscano**

La malattia aterosclerotica cardiovascolare rappresenta la principale causa di mortalità e morbilità. Tutte le principali società scientifiche sottolineano la necessità di trattare i principali fattori di rischio, in primo luogo il colesterolo LDL, che deve essere ridotto con la modifica dello stile di vita e i farmaci ipolipemizzanti, principalmente le statine. Mentre è unanime il consenso sul loro utilizzo in prevenzione secondaria, non altrettanto lo è in prevenzione primaria, così come il *target* terapeutico da perseguire, sia in prevenzione primaria che secondaria. Comunque, l'utilizzo delle statine è sempre più diffuso, sia per motivi strettamente culturali, che per il loro basso costo (sono ora in gran parte generici), nonostante l'alta frequenza di effetti collaterali che porta alla sospensione o all'assunzione discontinua.

**Sia modifiche della dieta che l'utilizzo delle statine riducono il colesterolo.** Per quanto riguarda la dieta, l'introito calorico nella popolazione adulta americana è aumentato progressivamente tra 1970 e 1990 e ha raggiunto un *plateau* tra 1999 e il 2000, mentre l'apporto di grassi si è ridotto tra 1970 e 1990 ed è rimasto stabile nel periodo successivo 1999-2000. Per quanto riguarda le statine, dal 2000 a oggi il loro utilizzo si è affermato in tutte le linee guida (1-3) grazie alla loro efficacia e sicurezza, ma non stati condotti studi che abbiano analizzato il rapporto tra introito calorico e utilizzo o meno di statine.

Un recente articolo (4) ha **confrontato introito calorico e apporto di grassi** in un gruppo di 27.886 soggetti di età > 20 anni dello studio *National Health and Nutrition Examination Survey* dal 1999 al 2010 e li ha suddivisi in **utilizzatori (U) e non utilizzatori (NU) in base all'utilizzo di terapia con statine**. Gli autori hanno calcolato l'introito calorico e il consumo di grassi tra U e NU, hanno esaminato se l'andamento nel tempo variava tra i 2 gruppi e hanno confrontato anche le variazioni di BMI tra i due gruppi.

Nel periodo di osservazione gli U:

- sono più che raddoppiati (dal 7.5% al 16.5%);
- sono in prevalenza più anziani, maschi, bianchi, meno istruiti;
- presentano una maggiore prevalenza di diabete e maggiore BMI.

La **riduzione del colesterolo totale**, come era da aspettarsi, è stata **maggiore tra gli U** (da 201.9 a 178.1 mg/dL vs 203.6 a 199.6 mg/dL). Il confronto temporale tra i due periodi di osservazione ha mostrato **un incremento dell'apporto calorico del 9.6%** (IC95% 1.8-18.1; P = 0.02) solo **negli U**. Un trend simile negli U si è osservato anche per quanto riguarda **l'apporto dei grassi**, con un **incremento del 14.4%** (IC95% 3.8-26.1; P = 0.007). Questa differenza dell'andamento nel tempo tra U e NU non era giustificata né dalla diagnosi di iperlipemia o meno tra i NU, né da una maggiore prevalenza di diabete tra gli U. Calcolando che un eccesso di calorie di 9000 Kcal comporta un incremento di 1 kg, è stato ipotizzato che un eccesso di 192 Kcal/die tra gli U comporti un incremento di peso di 3-5 Kg nell'arco di un decennio.

**In conclusione**, questo studio deve farci riflettere sulla **progressiva estensione dell'utilizzo delle statine**, come viene suggerito dalle ultime linee guida AHA/ACC del 2013. **L'efficacia della terapia con statine** può generare, sia nel medico che nel paziente, **una ridotta attenzione nei confronti della modifica dello stile di vita e sulla dieta** in particolare. **L'incremento di peso**, determinato dall'eccesso calorico, può favorire **l'incidenza di obesità e di diabete e vanificare ampiamente la riduzione del colesterolo LDL**. Tutto questo deve fare riflettere tutti i clinici nella loro pratica quotidiana.

### Bibliografia

1. Perk J, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2012, 33: 1635-1701.
2. Stone NJ, et al. 2013 ACC/AHA guidelines on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014, 63: 2889-934.
3. International Atherosclerosis Society. An International Atherosclerosis Society position paper: global recommendations for the management of dyslipidemia. *J Clin Lipidol* 2014, 8: 29-60.
4. Sugiyama T, et al. Different time trends of caloric fat intake between statin users and nonusers among US adults. Gluttony in the time of statins? *JAMA Intern Med* 2014, 174: 1038-45.
5. Branchi A. Trattamento farmacologico delle dislipidemie. [Endowiki](#).



**Maurizio Nizzoli** ([m.nizzoli@ausl fo.it](mailto:m.nizzoli@ausl fo.it))  
UO Endocrinologia e Malattie Metaboliche, Dipartimento di Medicina Specialistica,  
Ospedale GB Morgagni, Forlì

A cura di:  
**Renato Cozzi**