Ipertrigliceridemia: un aggiornamento seconda parte

Data 19 gennaio 2020
Categoria metabolismo

Una recente review ha fatto il punto sulla gestione della ipertrigliceridemia.
In questa pillola se ne riassume la parte relativa alla terapia.

Trattamento

La review ribadisce l'importanza dell'intervento sui fattori favorenti la HTG (obesità e sindrome metabolica, inattività fisica, diete ipercaloriche e consumo di alcol).
I grassi saturi dovrebbero essere sostituiti da grassi mono o polinsaturi, che migliorano la sensibilità all'insulina.
È sconsigliato l'uso di farmaci ipertrigliceridemizzanti (corticosteroidi, tiazidi, beta-bloccanti non selettivi, estrogeni, tamoxifene, sequestranti degli acidi biliari, ciclofosfamide, antiretrovirali e antipsicotici di seconda generazione).
Condizioni come malattie renali e gravidanza (soprattutto nel III trimestre) possono causare ipertrigliceridemia secondaria.

I trattamenti farmacologici comprendono statine, ezetimibe, inibitori PCSK9, fibrati, acidi grassi omega-3.
L'abbassamento dei TG indotto da statine, ezetimibe, inibitori PCSK9 è modesto (5-15%).
Fibrati, acidi grassi omega-3 e niacina sono più efficaci (25–45%).
Anche se i farmaci che riducono le LDL hanno effetti moderati sui livelli di TG, riducono il rischio CV in pazienti con e senza HTG.
Pertanto, secondo gli autori della review, a seconda del livello di rischio, devono essere primariamente raggiunti obiettivi specifici di C-LDL.
Una volta raggiunto l'obiettivo per il C-LDL , è necessario valutare il C-non-HDL e il livello di TG, per stabilire se prevale il rischio CV o di pancreatite.
In caso di TG > 10 mmol/L ovvero > 885 mg/dl, la finalità primaria è la prevenzione della pancreatite acuta. E' quindi opportuno intensificare i cambiamenti dello stile di vita e soprattutto considerare l'assunzione di fibrati e omega-3 o trigliceridi a media catena, o rivolgersi a consulenza specialistica.
Non esistono peraltro studi affidabili sulla riduzione del rischio di pancreatite acuta con una terapia specifica per l'abbassamento dei TG.

In caso di trigliceridi < 885 mg/dl lo scopo primario è la riduzione del rischio CV mediante l'eventuale ulteriore abbassamento del C-LDL e soprattutto del C-non-HDL mediante fibrati o omega-3.
Sono in fase di valutazione nuove preparazioni di fibrati e omega-3, come il Pemafibrate, modulatore selettivo dei PPAR in grado di ridurre i livelli di TG del 35-45%. Altre possibili opzioni ancora in fase di studio sono trattamenti mirati a ridurre l'Apo-C-III, espressa a livello intestinale ed epatico, implicata nel metabolismo delle lipoproteine con effetti nettamente negativi, e trattamenti mirati a ridurre la angiopoietin-like protein 3 (ANGPTL3).

Inconclusione , la review prova a fare chiarezza su una tematica ancora non ben definita. Mancano infatti risultati significativi in termini di outcome clinici in caso di riduzione dei TG nei pazienti (la maggioranza) che assumono statine.
Si attribuisce importanza al C-non-HDL come parametro secondario ma nessuno trial lo ha utilizzato come come target terapeutico.

Gaia Lanforti e Giampaolo Collecchia

Bibliografia

1) Laufs U et al. Clinical review on triglycerides. European Heart Journal 2019; 0. 1-14
2) Brunner F et al. Application of non-HDL cholesterol for population-based cardiovascular risk stratification: results from the Multinational Cardiovascular Risk Consortium. Lancet 2019; 394: 2173–83

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 15/11/2026 alle ore 10:36 | Pagina 1 di 1