

Gianni Testino - Centro Alcológico Regionale, Regione Liguria - IRCCS AOU San Martino-Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova - World Health Organization Collaborative Centre for Health Promotion and Research on Alcohol and Alcohol related Health Problems

Ornella Ancarani - Centro Alcológico Regionale, Regione Liguria - IRCCS AOU San Martino-Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova - World Health Organization Collaborative Centre for Health Promotion and Research on Alcohol and Alcohol related Health Problems

Alessandro Sumberaz - Centro Alcológico Regionale, Regione Liguria - IRCCS AOU San Martino-Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova - World Health Organization Collaborative Centre for Health Promotion and Research on Alcohol and Alcohol related Health Problems

Valentino Patussi - Centro Alcológico Regionale Toscano - World Health Organization Collaborative Centre for Health Promotion and Research on Alcohol and Alcohol related Health Problems

Emanuele Scafato - Istituto Superiore di Sanità, Roma - World Health Organization Collaborative Centre for Health Promotion and Research on Alcohol and Alcohol related Health Problems

Per corrispondenza:

Prof. Gianni Testino, Centro Alcológico Regionale – Regione Liguria, UO Alcologia, Dipartimento di Medicina Interna e Specialistica, IRCCS AOU San Martino-IST, Padiglione 10, Piazzale R. Benzi 10, 16132 Genova
gianni.testino@hsanmartino.it

Alcol e Prevenzione della Cardiopatia Ischemica

Riassunto

Dosaggi moderati di alcol (10-25 gr/die) possono sfavorire l'insorgenza di patologia ischemica coronarica. Tale effetto protettivo sarebbe da mettere in relazione a qualsiasi tipo di bevanda alcolica. Recentemente l'Agencia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha affermato che esiste un rapporto causale fra "consumo di bevande alcoliche" e l'insorgenza di alcuni tipi di cancro nell'umano: cavità orale, faringe, laringe, esofago, intestino, fegato e mammella femminile. Peraltro, è stato dimostrato come l'azione cancerogena sia dose dipendente e come già a bassi dosaggi (circa 10 gr/die) vi possa essere un incremento del rischio per i tumori della cavità orale, faringe, laringe, esofago e mammella. Per tali ragioni è bene ricordare come sia maggiormente opportuno prevenire la cardiopatia ischemica attraverso indicazioni di buon senso: regime alimentare, movimento e riduzione del peso.

Parole Chiave: alcol, cancro, cardiopatia ischemica, prevenzione

Abstract

It is well known that light to moderate drinking (10-25 g/day) has a protective effect on ischaemic disease. This effect is found to be equal for people who just drink beer or who just drink wine. Recently the International Agency for Cancer Research (World Health Organization) stated that alcoholic beverages are carcinogenic for human (oral cavity, pharynx, larynx, oesophagus, colorectum, liver and female breast). There is a dose-response relationship between alcohol and cancer risk for men and women, with studies showing that the risk of cancer increases with increasing consumption of alcohol on a regular basis. Low levels of alcohol (10 g/day) are associated with increase in oral cavity, pharynx, larynx, oesophagus and female breast cancer risk.

Therefore, reduction in death from ischaemic heart disease can be more effectively obtained by being physically active and eating a healthier diet than by drinking a low dose of alcohol.

Key Words: Alcohol, Cancer, Ischaemic heart disease, Prevention

L'evidenza scientifica in questi anni ha rilevato come bassi dosaggi di alcol (il corrispondente di circa 10-25 gr di etanolo a seconda degli Autori) comporti una riduzione del rischio per l'insorgenza della patologia ischemica coronarica (1, 2, 3).

La correlazione con l'effetto protettivo è stato messo in relazione per diverso tempo alla presenza di resveratrolo e polifenoli contenuti nel vino rosso. Tali sostanze hanno un'azione antiossidante, anti-infiammatoria, anti-fibrotica e anticancerogena. Più recentemente è stato dimostrato come la quota di tali sostanze disponibile per l'assorbimento sia in quantità non sufficiente per gli effetti preventivi. In realtà l'effetto benefico è stato riscontrato per tutti i tipi di bevande alcoliche e, quindi, l'azione di prevenzione sarebbe da ricondurre all'etanolo stesso.

Il consumo di una "moderata" quantità di alcol aumenta la quota di HDL, riduce le LDL, riduce l'aggregabilità piastrinica, riduce l'attività di coagulazione, favorisce la vasodilatazione, sfavorisce la cascata di eventi che conducono all'aterosclerosi, riduce la vasculopatia diabetica, esercita un effetto protettivo nei confronti del danno tissutale da ischemia-riperfusion (1).

Sebbene la relazione tra bassi livelli di consumo di alcol e la riduzione del rischio di cardiopatia coronarica risulti da molti studi, non la si riscontra nella totalità delle ricerche. Inoltre, l'azione protettiva riguarderebbe solo la popolazione oltre i 35 anni (4).

Nonostante alcune limitazioni metodologiche e nonostante la non univocità dei risultati, ad oggi possiamo affermare che una quota rilevante di lavori scientifici è a favore di un effetto protettivo di alcol (circa 10 grammi/die) nei confronti della patologia ischemica coronarica.

È evidente che tale ragionamento trova un razionale quando la nostra azione è rivolta a prevenire i danni di un organo, una valutazione maggiormente "internistica" invece ci conduce alla conclusione che in realtà nel rapporto costo beneficio il rischio minimo di mortalità è pari a zero grammi al di sotto dei 34 anni sia per i maschi che per le femmine, intorno ai 5 grammi/ die per gli uomini di mezza età e meno di 10 grammi/ die oltre i 65 anni. Per le donne, invece, è prossimo a 0 grammi/die per un'età inferiore di 65 anni e meno di 5 grammi/die oltre i 65 anni (4, 5).

È ben noto come gli stessi dosaggi accettati o addirittura consigliati favoriscono parallelamente sessanta patologie differenti ed in particolare nel settore cardiologico l'ipertensione arteriosa e le aritmie in modo dose dipendente, con un incremento del rischio già con modiche quantità (4).

Recentemente, inoltre, l'International Agency for Cancer Research (IARC) - Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha concluso come il "consumo di bevande alcoliche", l'etanolo e l'acetaldeide abbiano un rapporto causale con l'insorgenza del cancro nell'umano (Gruppo 1 - IARC) (6, 7, 8).

Ricordiamo che in questo gruppo sono presenti sostanze come l'asbesto, le radiazioni, il fumo di sigaretta ecc.

In particolare sono favoriti questi tipi di tumore: cavità orale, faringe, laringe, esofago, intestino, fegato, pancreas e mammella. Nell'alcol dipendente l'insorgenza di cancro aumenta in tutti i distretti dell'organismo. Tali affermazioni sono state riportate nella Monografia 56 del 2010 e successivamente riaffermate con maggior forza nella Monografia 100 E del 2012 (6, 7). Inoltre, sempre l'OMS chiede alla classe medica di essere maggiormente efficace nel contrastare il consumo di bevande alcoliche e si raccomanda di non utilizzare più la parola abuso, ma consumo. Non esiste eticamente un dosaggio moderato di una sostanza tossica e cancerogena.

È stato dimostrato come in Europa (Danimarca, Germania, Grecia, Italia, Spagna e Gran Bretagna) possa essere attribuito al consumo di alcol il 10% dei casi di tumore nei maschi ed il 3% nelle femmine. In entrambi i sessi la frazione attribuibile è più alta per i tumori del tratto aereo-digestivo superiore (44% nei maschi, 25% nelle femmine), seguiti dalle neoplasie del fegato (33% nei maschi, 18% nelle femmine), del colon-retto (17% nei maschi, 4% nelle femmine) e della mammella (5-6%). La percentuale cresce se il dosaggio quotidiano supera i 24 gr/die per l'uomo e i 12 gr/die per la donna: 10% dei cancri colon-retto, 27% dei cancri epatici e 38% dei cancri del tratto aereo-digestivo superiore (8, 9).

Per alcuni tipi di tumore il rischio relativo aumenta in modo significativo già a dosaggi inferiori ai 10 gr/ die (cavità orale, faringe, esofago, mammella). L'alcol, quindi, è una sostanza tossica e cancerogena che non coinvolge solo gli alcol dipendenti, ma anche i cosiddetti bevitori moderati o sociali (10, 11, 12, 13).

Per tali ragioni sarebbe bene non utilizzare l'etanolo come una sostanza preventiva o come un farmaco. Non ne esistono i presupposti scientifici.

L'OMS suggerisce che sarebbe conveniente ridurre i decessi per ischemia coronarica attraverso indicazioni di buon senso: regime alimentare equilibrato e personalizzato, riduzione del sale, movimento fisico, riduzione del peso (14).

Quindi, l'unico comportamento corretto da parte dei professionisti della salute è quello di non incentivare il

consumo di bevande alcoliche e di informare i pazienti che l'alcol anche a bassi dosaggi favorisce il cancro.

Non è opportuno consigliare o accettare il consumo di modiche quantità di alcol per la eventuale prevenzione di una patologia, quando contemporaneamente ne favoriamo molte altre.

Ricordiamo, inoltre, che dopo l'azione legale del gruppo di Avvocati Conte e Giacomini di Genova, il Parlamento Europeo ha considerato ricevibile la proposta di inserire sulle etichette l'informazione che l'alcol (vino, birra o superalcolici) favorisce il cancro. Alla luce di questa valutazione e in relazione alla schiacciante evidenza scientifica sul rapporto alcol e cancro è bene ricordare come sia inopportuno consigliare modiche quantità di alcol, sia per motivi di ordine etico sia per possibili ripercussioni in futuro di ordine medico legale.

È opportuno precisare come non vi potrà mai essere una modalità di studio adeguata a dare una risposta definitiva sugli effetti protettivi di quantità moderate di alcol poiché sarebbe necessario ricorrere ad uno studio caso-controllo e alla misurazione diretta dei consumi alcolici (in tutti gli studi sempre auto-dichiarati), alla registrazione puntuale nel corso degli anni degli stessi e alla valutazione, nel lungo periodo, delle variabili di esito.

È necessario, quindi, in una prospettiva di salute pubblica, applicare il principio di cautela o di precauzione e segnalare il possibile rischio incrementato di insorgenza di neoplasie.

È ampiamente condiviso che la comunicazione del rischio su una probabilità di insorgenza di cancro derivante da un comportamento evitabile e prevenibile non può essere considerata irrilevante per l'impatto sanitario e sociale sull'individuo e sulla collettività (15, 16).

Bibliografia

1. Krenz M, Korthuis RJ. Moderate ethanol ingestion and cardiovascular protection: from epidemiologic associations to cellular mechanisms. *J Molecular Cell Cardiol* 2012; 52: 93-104
2. Di Minno MND, Franchini M, Russolillo A et al. Alcohol dosing and the heart: updating clinical evidence. *Seminars in Thrombosis and Hemostasis* 2011; 37: 875-84
3. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ et al. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2011; 342: d671
4. Scafato E, Gandin C (a cura di). L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Istituto Superiore di Sanità. Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problemi Alcol-Correlati, Roma 2010
5. White IR, Altmann DR, Nanchahal K et al. Alcohol consumption and mortality: modeling risks for men and women at different ages. *BMJ* 2002; 325: 191-98
6. IARC. Alcohol Consumption and ethyl carbamate. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum* 96, 1-1428 (2010)
7. IARC. A review of human carcinogens. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*; 100 E, 377 (2012)
8. Testino G, Ancarani O, Scafato E. Bevande alcoliche e cancro: uso, abuso o consumo? *Recenti Prog Med* 2011; 102: 399-406
9. Schutze M, Boeing H, Pischon T et al. Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ* 2011; 342: d1584
10. Testino G, Borro P, Ancarani O, Sumberaz A. Human carcinogenesis and alcohol in hepato-gastroenterology. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2012; 16: 512-8
11. Chen WY, Rosner B, Hankinson SE et al. Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. *JAMA* 2011; 306: 1884-90
12. Allen NE, Beral V, Casabonne D et al. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101: 296-305
13. Bagnardi V, Rota M, Botteri E et al. Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. *Ann Oncol* 2013; 24: 301-8
14. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2012
15. Scafato E. Alcol e cancro. www.epicentro.iss.it
16. Nelson DE, Jarman DW, Rehm J et al. Alcohol-attributable deaths and years of potential life lost in the United States. *Am J Public Health* 2013; doi: 10.2105/AJPH.2012.301199