

Alcol, prevenzione cardiovascolare e cancro

Gianni Testino^{1,2}, Silvia Leone^{1,2}, Valentino Patussi^{2,3}, Emanuele Scafato^{2,4}

E-mail: gianni.testino@hsanmartino.it

Alcohol, cardiovascular prevention and cancer.

Summary. It is well known that light to moderate drinking (10-25 g/day) has a protective effect on ischaemic heart disease. This effect seems independent of the type of alcoholic beverage. Recently, the International Agency for Research on Cancer (World Health Organization) stated that alcoholic beverages are carcinogenic for human (oral cavity, pharynx, larynx, oesophagus, colorectum, liver and breast). There is a dose-response relationship between alcohol and cancer in that the risk of cancer increases proportionally with alcohol consumption. Low doses of alcohol (10 g/day) are associated with an increased risk for oral cavity, pharynx, larynx, oesophagus and breast cancer. Therefore, a physically active lifestyle and a healthy diet are more effective in preventing ischaemic heart disease than a low level of alcohol consumption.

Le recenti acquisizioni scientifiche ci impongono di rivedere alcune posizioni mediche nei confronti delle bevande alcoliche. L'evidenza scientifica in questi anni ha riscontrato come bassi dosaggi di etanolo (10-25 g/die) possano comportare una riduzione del rischio di insorgenza della patologia ischemica coronarica¹⁻³. 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, antinfiammatoria, antifibrotica 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 preventivi⁴. 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 high density lipoprotein (HDL), riduce le low density lipoprotein (LDL), l'aggregabilità piastrinica e l'attività di coagulazione, favorisce la vasodilatazione, sfavorisce la cascata di eventi che conducono all'aterosclerosi, riduce la gravità di vasculopatia diabetica, esercita un effetto protettivo nei confronti del danno tissutale da ischemia-riperfusion¹. Sebbene questa 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 anni⁵. In ogni modo, nonostante alcuni limitazioni metodologiche e nonostante la non univocità dei risultati, a oggi possiamo affermare che una quota rilevante di lavori scientifici è a favore di un effetto protettivo di alcol (circa 10 g/die) nei confronti della patologia ischemica coronarica.

In realtà la valutazione costo-beneficio ci indica come il rischio minimo di mortalità è pari a 0 g/die al di sotto dei 34 anni sia per i maschi sia per le femmine, intorno ai 5 g/die per gli uomini di mezza età e meno di 10 g/die per quelli oltre i 65 anni. Per le donne, invece, è prossimo a 0 g/die per un'età inferiore di 65 anni e meno di 5 g/die oltre i 65 anni^{5,6}. È noto come gli stessi dosaggi accettati, o addirittura consigliati, favoriscano parallelamente 60 patologie differenti e in particolare, nel settore cardiologico, l'ipertensione arteriosa e le aritmie in modo dose-dipendente, con un incremento del rischio sin da modiche quantità⁵.

Recentemente, inoltre, l'International Agency for Research on Cancer (IARC) - Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha concluso che il consumo di bevande alcoliche, l'etanolo e l'acetaldeide hanno un rapporto causale con l'insorgenza del cancro nell'uomo (Gruppo 1 - IARC)⁷⁻⁹. Ricordiamo che in questo gruppo di cancerogeni sono presenti sostanze come l'asbesto, le radiazioni, il fumo di sigaretta, ecc. In particolare, l'alcol favorisce questi tipi di tumore: cavità orale, faringe, laringe, esofago, intestino, fegato, pancreas e mammella. Nell'alcolodipendente l'insorgenza di cancro aumenta in tutti i distretti dell'organismo. Tali affermazioni sono state riportate nella Monografia IARC 56 del 2010 e successivamente riaffermate con maggior forza nella Monografia 100 E del 2012^{7,8}. Inoltre, l'OMS chiede alla classe medica di essere maggiormente efficiente nel contrastare il consumo di bevande alcoliche e raccomandando di non utilizzare più la parola "abuso", sostituendola con il termine "consumo". Non può essere eticamente giustificato il dosaggio moderato di una sostanza tossica e cancerogena.

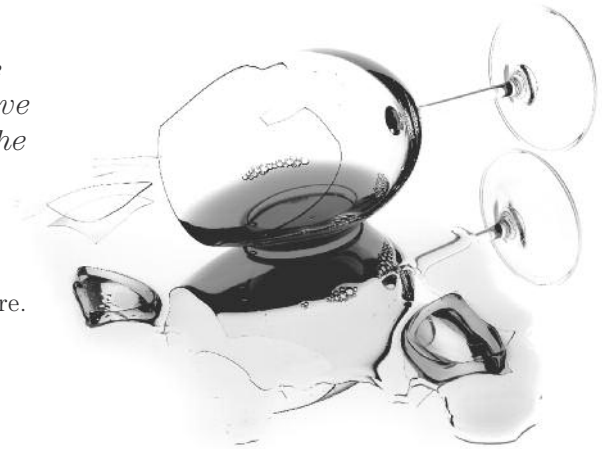
È stato, infatti, dimostrato che in Europa (Danimarca, Germania, Grecia, Italia, Spagna e Gran Bretagna) può essere attribuito al consumo di alcol il 10% dei casi di tumore nei maschi e il 3% nelle femmine. In entrambi i generi la frazione attribuibile è più alta per i tumori del tratto aereo-digestivo superiore (44% nei maschi, 25% nelle femmine), seguiti dalle neoplasie del fegato (33% nei maschi, 18% nelle femmine), del colon-

¹Centro Alcolologico Regionale - Regione Liguria, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria San Martino, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova; ²World Health Organization Collaborative Centre for Health Promotion and Research on Alcohol and Alcohol related Health Problems; ³Centro Alcolologico Regionale, Regione Toscana; ⁴Istituto Superiore di Sanità, Roma.

Pervenuto il 12 febbraio 2014.

“ *Le sperimentazioni su tessuti e su animali da esperimento hanno fornito dati inequivocabili e le successive valutazioni epidemiologiche e correlative hanno raggiunto una precisa conclusione e cioè che l’etanolo contenuto in qualsiasi tipo di bevanda alcolica ha un rapporto causale con il cancro nell’umano* ”

Testino G. Alcol: bugie e verità. Tutti i rischi del bere. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2013



retto (17% nei maschi, 4% nelle femmine) e della mammella (5-6%). La percentuale cresce se il dosaggio quotidiano supera i 24 g/die per l’uomo e i 12 g/die per la donna: 10% dei cancri colon-retto, 27% dei cancri epatici e 38% dei cancri del tratto aereo-digestivo superiore^{9,10}. Per alcuni tipi di tumore il rischio relativo aumenta in modo significativo già a dosaggi inferiori ai 10 g/die (cavità orale, faringe, esofago, mammella). L’alcol, quindi, è una sostanza tossica e cancerogena il cui consumo non comporta rischi solo per gli alcolodipendenti, ma anche per i cosiddetti bevitori “moderati” o “sociali”¹¹⁻¹⁴.

Per tali ragioni non esistono i presupposti scientifici per qualificare né sostenere l’uso dell’etanolo come sostanza preventiva o come farmaco. Piuttosto, come suggerisce l’OMS, 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 peso¹⁵. Un consequenziale e corretto comportamento da parte dei professionisti della salute dovrebbe essere quello non di incentivare il consumo di bevande alcoliche, bensì di informare i pazienti che l’alcol, anche a bassi dosaggi, può favorire insorgenza di tumore. Appare evidentemente irrazionale consigliare un consumo alimentare per l’eventuale prevenzione di una sola patologia, sapendo che in tal modo ne favoriamo numerose altre.

Dopo l’azione dello studio legale 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) può favorire l’insorgere di cancro. Alla luce di questa valutazione e in relazione all’evidenza scientifica sul rapporto alcol e cancro, è bene ricordare come sia inopportuno consigliare modiche quantità di alcol: e questo sia per motivi di ordine etico che per possibili ripercussioni di ordine medico-legale^{16,17}.

È necessario, infine, 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 a uno studio caso-controllo,

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. Occorre, dunque, piuttosto, in una prospettiva di salute pubblica, applicare il principio di cautela o di precauzione e segnalare il possibile rischio incrementato di insorgenza di neoplasie.

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. *Semin Thromb Hemost* 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. Lachenmeier DW, Godelmann R, Witt B, et al. Can resveratrol in wine protect against the carcinogenicity of ethanol? A probabilistic dose-response assessment. *Int J Cancer* 2014; 134: 144-53.
5. 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.
6. 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.
7. IARC. Alcohol consumption and ethyl carbamate. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum* 2010; 96: 1-1428.
8. IARC. A review of human carcinogens. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum* 2012; 100: e377.
9. Testino G, Ancarani O, Scafato E. Bevande alcoliche e cancro: uso, abuso o consumo? *Recenti Prog Med* 2011; 102: 399-406.
10. 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.
11. Testino G, Borro P, Ancarani O, Sumberaz A. Human carcinogenesis and alcohol in hepato-gastroenterology. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2012; 16: 512-8.

12. 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.
13. Allen NE, Beral V, Casabonne D, et al. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101: 296-305.
14. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, et al. Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. *Ann Oncol* 2013; 24: 301-8.
15. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2012.
16. Testino G, Patussi V, Scafato E, Ancarani O, Borro P. Alcohol, cardiovascular disease and cancer. *Alcohol Alcohol* 2013; 48: 627-8
17. Testino G, Patussi V, Leone S, Scafato E, Borro P. Moderate alcohol use and health: a nonsense. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2014; 24: e4-5.



www.recentiprogressi.it

Indicizzata su Medline e Scopus.
Ricerca su PubMed.
Accessibile online dagli operatori delle aziende sanitarie e ospedaliere di diverse Regioni italiane.
Strumento di consultazione del personale di gran parte degli IRCCS del nostro Paese.

Ma anche utile e indipendente.

Per di più, sul sito della rivista trovi

- videointerviste collegate con i contenuti pubblicati dalla rivista
- infografiche di approfondimento.

**Puntuale,
credibile, italiana.**