

## 9 脂質異常症

## 検索Key Word

aged、elderly、senile、older、aging、geriatrics、geriatric assessment、  
statin、fibrate、niacin、ezetimibe、probucol、resin、eicosapentaenoic acid

## サマリー

## 1 CQ：スタチンは高齢者における心血管イベント発症リスクを低下させるか？

スタチンは前期・後期高齢者における二次予防、前期高齢者における一次予防、において心血管イベント発症リスクを低下させる。(エビデンスの質：高、推奨度：強)

## 2 CQ：スタチンは高齢者において新規糖尿病発症リスクを増やすか？

スタチンは高齢者において糖尿病の新規発症を有意に増やすため、糖尿病の発症に注意しながら使用する。(エビデンスの質：高、推奨度：強)

## 薬物リスト

## 特に慎重な投与を要する薬物のリスト

なし。

## 開始を考慮すべき薬物のリスト

薬剤 (クラスまたは 一般名)	代表的な一般名 (商品名) すべて 該当の場合は 無記載	推奨される使用法 (対象となる病態・ 疾患名)	注意事項	エビデンス の質と 推奨度	参考にした ガイドライン または文献
スタチン	プラバスタチン、 シンバスタチン、 フルバスタチン、 アトルバスタチン、 ピタバスタチン、 ロスバスタチン	冠動脈疾患の二次予 防、および前期高齢 者の冠動脈疾患、脳 梗塞の一次予防を目 的に使用する	筋肉痛、 CK上昇、 糖尿病の新 規発症	エビデンス の質：高 推奨度：強	[1] [2] [3] [4] [5]

## 解説

本ガイドラインの対象は主として75歳以上の高齢者およびフレイルな高齢者であることを考えると、脂質低下薬によるエビデンスは十分ではなく、心血管疾患の一次予防を目的としてこれらの高齢者に脂質低下薬を使用することは、原則推奨できない。脂質異常症に対する薬物療法に関するレビューの結果、特に慎重な投与を考慮すべき薬物に該当するエビデンスはなかった。これは、スタチン以外の脂質低下薬による臨床試験がほとんどないためである。しかしながら、75歳以上でも心血管疾患の二次予防目的で用いるスタチンは、フレイルの有無にかかわらず、開始を検討すべき薬剤に該当する。65歳から74歳のフレイルな高齢者に対しては、生活習慣の指導に重点を置きながら、二次予防、高リスクの一次予防ともに開始を検討すべきである。フレイルな高齢者の場合には、特に栄養状態や身体活動性の変化に留意する。

本項では、システマティックレビューの結果を踏まえて、高齢者に対する脂質異常症治療の留意点を述べる。高齢者においても脂質異常症は心血管イベントと関連するため、動脈硬化性疾患予防ガイドラインが提唱している包括的リスク評価に基づく治療方針の決定が必要であるが、後期高齢者の一次予防患者にリスクチャートによる絶対リスク評価は適用されない。前期高齢者においては、絶対リスクが高く、高LDLコレステロール血症を示す場合には、スタチンが第一選択薬として推奨される。スタチンのみでLDLコレステロールが十分に低下しない場合には、エゼチミブの投与を考慮する。

高齢者のみのメタ解析において、スタチン治療はプラセボと比較して総死亡を15% (95% CI: 7–22%)、冠動脈疾患死を23% (95% CI: 15–29%)、致死性・非致死性心筋梗塞を26% (95% CI: 22–30%)、致死性・非致死性脳卒中を24% (95% CI: 10–35%)減少させた<sup>[2]</sup>。CTTのメタ解析では、75歳以上の高齢者でも有意にリスク低下を認めた<sup>[3, 4]</sup>。しかしながら、70歳から82歳の高齢者を対象としたPROSPER試験において、スタチンの二次予防効果は認められたものの、一次予防に対する効果は有意ではなかった<sup>[5]</sup>。したがって、75歳以上の高齢者に対するスタチンの新規投与は、二次予防に限定すべきである。

スタチン治療によるがんの発症は、プラセボに比べ1.06 (0.95–1.18)倍で有意の変動ではなかった。AST、ALTの3倍以上の上昇、CKの10倍以上の上昇、試験中止といった有害事象はスタチンとプラセボで差がなかった。しかしながら、筋痛や消化器症状は有意にスタチン群で多かった<sup>[2]</sup>。糖尿病の新規発症に関しては65歳以上でもスタチン群で有意に多かった。スタチンは、高齢者においても糖尿病の新規発症を有意に増やすが、心血管イベント抑制効果のほうが大きい。なお、スタチンによりサルコペニアが増加するかについては、明確なエビデンスが得られなかった。開始した脂質異常症治療薬または服用中の薬剤をいつまで継続するべきかについてはコンセンサスがないが、余命や生活機能、QOLなどを総合的に判断して、中止すべきかどうかを考えるべきである。

## 引用文献

- [1] 日本動脈硬化学会編：動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版. 杏林舎, 東京. 2012.
- [2] Roberts CG, Guallar E, Rodriguez A: Efficacy and safety of statin monotherapy in older adults: a meta-analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62(8): 879-87.
- [3] Baigent C, Keech A, Kearney PM, et al: Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005; 366(9493): 1267-78.
- [4] Baigent C, Blackwell L, Emberson J, et al: Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010; 376(9753): 1670-81.
- [5] Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, et al; PROSPER study group: PROspective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 360(9346): 1623-30.