

ACS治療の現状と課題を考える



厳格な脂質管理によりACSの再発を防ぐ

CASE

03

Q1 **ACS**

1982 PCI

ACS 10 15 60 50

Q2 ACS

ACS Polyvascular Disease ACS

ACS

[illegible]

ACS 2018 100 2022 70mg/dL 55mg/dL 1,2 ACS LDL-C

LDL-Cを70mg/dL未満に抑制すること。Kokura Style

ACS患者は、LDL-Cを70mg/dL未満に抑制すること。Kokura Style

PCSK9阻害薬の使用を検討する。

一次予防、二次予防

4

1

Image

一次予防 二次予防

LDL-C 管理目標値	日本動脈硬化学会ガイドライン 2022			欧州心臓病学会 / 欧州動脈硬化学会ガイドライン 2019	
<160mg/dL	一次 予 防	低リスク	・ 予測される10年間のASCVD発症リスク <2%		
<140mg/dL		中リスク	・ 予測される10年間のASCVD発症リスク 2～10%		
<120mg/dL		高リスク	・ 予測される10年間のASCVD発症リスク 10%以上 ・ DM(耐糖能異常は含まない)/CKD/PAD		
<116mg/dL				低リスク	・ 10年間の致死性CVDリスクスコア<1%
<100mg/dL	一次予防	・ DM+PAD/細小血管症(網膜症、腎症、神経障害) /喫煙/FH		中リスク	・ 10年間の致死性CVDリスクスコア ≥1%、<5% ・ DM既往歴10年未満の若年(35歳未満のT1DM又は 50歳未満のT2DM)で、 その他に危険因子をもたない
	二次予防	・ CAD又はアテローム血栓性脳梗塞			
<70mg/dL*	高リスク者の 二次予防	・ CAD又はアテローム血栓性脳梗塞+ACS/FH/DM ・ CAD+アテローム血栓性脳梗塞		高リスク	・ 10年間の致死性CVDリスクスコア ≥5%、<10% ・ DMで、臓器障害合併なし、罹患歴10年以上又は追加の危険因子をもつ ・ 危険因子の著しい増加(TC>310mg/dL、LDL-C>190mg/dL、又はBP≥180/ 110mmHg) ・ 中等度CKD(eGFR 30-59mL/min/1.73m ²) ・ FHで、その他に主要な危険因子をもたない
<55mg/dL	記載なし	記載なし	記載なし	超高リスク	・ 10年間の致死性CVDリスクスコア ≥10% ・ FHで、その他主要な危険因子をもつ ・ 重度CKD(eGFR<30mL/min/1.73m ²) ・ DMで、臓器障害合併あり、又は3つ以上の主要な危険因子をもつ、又は罹患歴 20年超のT1DM
				超高リスク	・ 臨床診断or画像診断により確定したASCVD[ACS(MI又は不安定狭心症)、 安定狭心症、冠血行再建術(PCI、CABG、その他の動脈血行再建術)、脳卒中 及びTIA、PADの既往] ・ FHで、ASCVD
<40mg/dL				超高リスク	・ ASCVDで、最大耐用量スタチン治療を受けているにもかかわらず、2年以内に 2回目の血管イベント(最初のイベントと同じタイプである必要はない)を経験

LDL-C:低比重リポタンパク質コレステロール、ASCVD:動脈硬化性心血管疾患、DM:糖尿病、CKD:慢性腎臓病、PAD:末梢動脈疾患、CAD:冠動脈疾患、ACS:急性冠症候群、FH:家族性高コレステロール血症、CVD:心血管疾患、T1DM:1型糖尿病、T2DM:2型糖尿病、TC:総コレステロール、BP:血圧、MI:心筋梗塞、PCI:経皮的冠動脈形成術、CABG:冠動脈バイパス術、TIA:一過性脳虚血発作

*「急性冠症候群」、「家族性高コレステロール血症」、「糖尿病」、「冠動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞を含む)」の4病態のいずれかを合併する場合に考慮する。

日本動脈硬化学会 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版、p68-71、135
欧州心臓病学会/欧州動脈硬化学会 脂質異常症管理ガイドライン 2019、p125より作成

2

Image

いずれかを合併する場合に
LDL-C<70mg/dLのより厳格な
脂質管理を考慮する患者病態¹⁾

冠動脈疾患*の既往歴^{1,2,3,4)}
*:安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む

家族性高コレステロール血症^{1,2,5,6,7)}

糖尿病^{1,2,8,9)}

アテローム血栓性脳梗塞[†]の既往歴^{1,2,10,11)}
†:明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む

左記以外の
心血管イベントの発現リスクが
高まると考えられる患者病態

多枝冠動脈疾患^{2,12,13)}

末梢動脈疾患^{1,2,14,15)}

慢性腎臓病^{1,2,16,17)}

ハイリスクプラーク[‡]の存在^{18,19)}
‡:低輝度プラーク、微小石灰化、陽性リモデリング

久山町研究スコア[※]にて高リスク分類^{1,20)}
(50~59歳:19以上、60~69歳:13以上、70~79歳:8以上)

※10年間の動脈硬化性心疾患の発症リスクを予測するスコア。久山町研究のスコアは、JASガイドライン2022年版の図3-2に基づいて計算すること。

1) 日本動脈硬化学会 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版, p38, 47, 71 2) 欧州心臓病学会/欧州動脈硬化学会 脂質異常症管理ガイドライン 2019, p125, 150, 153, 156, 158-160 3) Gencer B, et al. J Am Heart Assoc 2017; 6(11): e006537 4) Szummer K, et al. Eur Heart J 2017; 38(41): 3056-3065 5) Landmesser U, et al. Eur Heart J 2017; 38(29): 2245-2255 6) Ridker PM, et al. N Engl J Med 2017; 376(16): 1527-1539 7) Harada-Shiba M, et al. Atherosclerosis 2018; 277: 362-368 8) Rawshani A, et al. N Engl J Med 2017; 376(15): 1407-1418 9) Sarwar N, et al. Lancet 2010; 375(9733): 2215-2222 10) Amarenco P, et al. N Engl J Med 2006; 355(6): 549-559 11) Amarenco P, et al. Lancet Neurol 2009; 8(5): 453-463 12) 欧州心臓病学会 急性冠症候群治療ガイドライン 2023, p3769 13) Secemsky EA, et al. JAMA Cardiol 2021; 6(5): 574-580 14) Tendera M, et al. Eur Heart J 2011; 32(22): 2851-2906 15) McDermott MM, et al. Arch Intern Med 2003; 163(18): 2157-2162 16) Matsushita K, et al. Lancet 2010; 375(9731): 2073-2081 17) Loncar G, et al. Arch Cardiovasc Dis 2015; 108(11): 554-562 18) 冠動脈MDCTにおける冠動脈プラーク組織性状と冠動脈周囲脂肪組織(PCAT)のPCI関連心筋傷害との関連 19) Gallone G, et al. JACC Cardiovasc Imaging 2023; 16(12): 1584-1604 20) Honda T, et al. J Atheroscler Thromb 2022; 29(3): 345-361

Q4 ACS

- 1) 日本動脈硬化学会 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版, p38, 47, 71
- 2) 欧州心臓病学会/欧州動脈硬化学会 脂質異常症管理ガイドライン 2019, p125, 150, 153, 156, 158-160
- 3) Mach F, et al. Eur Heart J. 2020; 41(1): 111-188
- 4) Nakamura M et al. J Atheroscler Thromb. 2021; 28(12): 1307-1322

Source URL: <https://www.pro.novartis.com/jp-ja/products/leqvio/interview/03>