

(5)肥満の薬物療法⁽⁴⁾

肥満症の薬物療法については、「肥満症の治療薬はこれまでも多く開発されてきたが、副作用や効果の面で十分なものがなく、シブトラミンやリモナバンのように副作用で発売中止になった薬剤も多くある。現在、日本で使用され得るものは**マジンドール**と**セチリストット**だけであり、また、セチリストットは保険未収載である。現在もセロトニン受容体アゴニストのロルセカリンや合剤のトピラマトやContrave®といった新しい薬剤の開発が進んでおり、その動向が注目される。肥満症治療薬の歴史は長い、十分な安全性と効果を兼ね備えた薬剤はまだ得られていない。また、新たに開発されている薬剤も数種類あるが、海外で有効性と安全性が認められて承認された薬剤であっても、日本人に対しても有効性と安全性を維持して使用できるかは十分な検討を必要とする。これまでの歴史において肥満症治療薬は抗肥満薬として体重を主要な評価項目として開発されてきた。その結果、摂食抑制を目標とした薬剤の開発が進められた歴史がある。しかしながら、摂食の機構については様々な知見が得られているものの、神経系を介した複雑な系であることから、いまだ明らかとなっていない部分も多く、摂食抑制を目標とした薬剤の開発を困難にしている面があり、抑うつや自殺といった副作用がもたらされ発売中止となったリモナバンのような例もある。単なる肥満と健康障害を伴う肥満症は別の概念であり、肥満症の改善を目指した肥満症治療薬が必要とされていることを考えると、内臓脂肪蓄積に伴う代謝異常に注目を置き、単なる体重の減少よりも代謝異常の改善を試みるという視点も重要と考えられる。実際にアディポネクチンなどのアディポカインの作用はその経路や重要な受容体なども明らかになりつつあり、ここに分子標的を見出し、新たに薬品を開発していくという観点も重要になるのではないかと思われる。」と概説されている〔羽田 裕亮、山内 敏正、門脇 孝：日本内科学会雑誌104 巻4 号735-741、2015〕。このように、今のところ「マジンドール」のみが保険薬として収載されていて、実臨床等での使用ができるようで、下記にそれらの概要(添付文書等)を示す(表6)。

	マジンドール	セチリストット
適応	BMI35以上の高度肥満症 または肥満度+70%以上の肥満 食事・運動療法を十分に行ったにもかかわらず、効果の認められなかった症状に対して、食事・運動療法の補助として用いる インスリン分泌抑制作用があり糖尿病患者では慎重投与 重度の高血圧・脳血管障害・重症の腎/肝/膵障害でも禁忌	肥満症 ただし、2型糖尿病および脂質異常症をともに有し、食事療法・運動療法を行ってもBMI25以上の場合に限る 学会のガイドラインなど最新の情報を参考に、肥満症治療の基本である食事療法および運動療法をあらかじめ行っても効果が不十分で薬物療法の適応とされた肥満症患者を対象とすること
用法	0.5 mg錠 2錠分2または3錠分3 食前 継続投与は3カ月まで 1回の処方量は14日分まで (1カ月程度で効果が見られない場合には投与中止すること)	(保険未収載) 120 mg錠 3錠分3 毎食直後
その他	・依存性、肺高血圧症に注意 ・長期服用で減量効果の低下 ・米国では現在抗肥満薬として処方されていない	・内分泌性肥満、遺伝性肥満、視床下部性肥満などの二次性肥満における有効性は確立していない

〔表6 in 羽田 裕亮、山内 敏正、門脇 孝：日本内科学会雑誌 104 巻 4 号 738、2015 表4〕

[マジンドール(サルレックス)の概要：添付文書(効能・効果、用法・用量) in PMDA⁽⁵⁾]