

臨床懇話会

第 422 回東京医科大学臨床懇話会

HIV 脳症により躁状態を呈した 1 例

A case of mania due to HIV encephalopathy

日 時：平成 24 年 6 月 25 日（月）18:00～18:45
場 所：東京医科大学病院教育棟 5 階講堂
当 番 講 座：東京医科大学精神医学講座
関連診療科：東京医科大学病院 臨床検査医学科
司 会：丸田 敏雅（精神医学 准教授）
発 言 者：作田 慶輔（精神医学講座）
村松 崇（臨床検査医学科）

丸田（司会）：それでは、定刻になりましたので、第 422 回東京医科大学臨床懇話会を始めたいと思います。

本日のタイトルは「HIV 脳症により躁状態を呈した 1 例」です。発表者は、精神医学講座の作田先生にお願いしたいと思います。

では、作田先生、よろしくお願いします。

作田（精神医学講座）：症例は 40 歳の男性で、2010 年に HIV が陽性と判明いたしました。2011 年 1 月に発熱や全身脱力の精査・加療目的に当院の臨床検査医学科に入院となりました。入院時より高揚した気分状態が認められまして、「私は 3 月 21 日に有名になる。株を売ってお金を稼いでアフリカの子供達のために使いたい」など、誇大的言辭が目立ちました。神経学的所見は、このときは髄膜刺激兆候、病的反射陽性下肢の痺れを認めました（図 1）。

既往歴としては、20 代に梅毒、28 歳に B 型肝炎、40 歳に帯状疱疹がありますけれども、いずれも現在は治療の必要性はありませんでした。

病前は穏やかな性格で、過去に躁やうつエピソードをうかがわせるような既往はありませんでした。また、家族にも気分障害を疑わせるものはいません

症例：現病歴

- 40 代男性
- 2010 年、HIV 陽性と判明。
- 2011 年 1 月、発熱、全身脱力の精査・加療目的にて当院臨床検査医学科に入院。
- 入院時より、高揚した気分状態が認められ、「私は 3 月 21 日に有名になる。株を売ってお金を稼ぎ、アフリカの子供達のために使いたい」など、誇大的言辭が目立った。
- 神経学的所見は、髄膜刺激徴候、病的反射陽性下肢の痺れを認めた。

図 1

でした（図 2）。

入院時の検査所見です（図 3）。末梢血液・一般生化学所見は、CRP が 1.3 mg/dl と軽度高値を示しましたがけれども、その他特記すべき所見はありませんでした。

CD4 が 93.0/μl、HIV-1RNA 定量がこのように高値を示しています。

また、そのほかサイトメガロや単純ヘルペス、トキソプラズマ、クリプトコッカスは陰性でした。

髄液検査では、蛋白が高値、細胞数も高値を示し

既往歴

- 20代 梅毒
 - 28歳 B型肝炎
 - 40歳 带状疱疹
- いずれも現在は治療の必要なし。

病前は穏やかな性格で、過去に躁・うつエピソードを窺わせる既往はなし。
家族には気分障害を疑わせる者はいない。

図 2

入院時検査所見

- 末梢血液・一般生化学所見: CRP1.3mg/dlと軽度高値.WBC、その他に特記すべき異常所見なし。
- CD4: 93.0/ μ l, CD8: 637.0/ μ l
- HIV-1RNA定量: 4.5x10⁴/ μ l
- サイトメガロ、単純ヘルペス、トキソプラズマ、クリプトコッカス: 陰性
- 髄液検査: 外観: 無色透明, 比重1.010, pH8.4, パンディー・ノンネアルベルト反応(+), Glu52mg/dl, Cl126mg/dl, 総蛋白711mg/dl, 細胞数26/ μ l(単核球74.4%, 多核球25.6%), JCV-PCR: 陰性

図 3

ておりました。JCV-PCR は陰性でした。

入院時の画像所見になります(図4)。大脳深部皮質、両側島回、両側側頭葉内側、脳梁部など、T2強調画像及びFLAIR像で高信号が多発しております。拡散強調像では異常信号は認めませんでした。

また、同部位に造影効果は認めておりません。

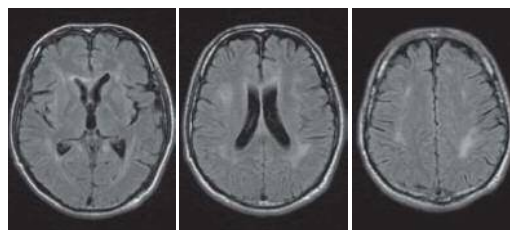
入院後の経過です(図5)。臨床検査医学科入院時より気分高揚や誇大的言辞を認めて、さらに時折、不穏・興奮状態を呈したため、当科併診となりました。

ハロペリドールやリスペリドンなどの向精神病薬を使用するも、明らかな効果が得られず、最終的には、やはり向精神病薬の一種であるクエチアピンである程度の鎮静が得られましたが、不十分でありました。

HIV 感染症に対する HAART 療法の経過は順調で、ウイルス量も順調に下がっていましたが、躁状態が続いていたために、臨床検査医学科では、躁状態の管理が困難であったために、2011年5月に当科に転科、転床となりました。

当科入院時の現症です(図6)。意識は清明で、

入院時画像所見(2011年1月)



- 側大脳深部皮質、両側島回、両側側頭葉内側、脳梁部、両側大脳脚部などに、T2W1及びFLAIR像での斑状高信号が多発。拡散強調像での異常信号なし。
- 造影効果は認めず。

図 4

入院後経過1

- 臨床検査医学科入院時より気分高揚、誇大的言辞を認め、更に時折、不穏・興奮状態を呈したため、メンタルヘルス科併診となった。
- ハロペリドール10mg、リスペリドン2mg等使用するも効果得られず。最終的にクエチアピン700mg(単剤)である程度の鎮静が得られたが、不十分であった。
- HIV感染症に対するHAART療法の経過は順調であったが、躁状態が続いていたため前科では管理が困難であったので、2011年5月メンタルヘルス科に転科入院となった。

図 5

vital sign や末梢血液、生化学所見に異常はありませんでした。しかし、高揚気分、観念奔逸で多弁、誇大的な言動が目立ち、多動、注意の転動性の亢進や感情失禁、易刺激性の亢進と易怒性、不眠など躁状態に代表的なあらゆる症状を認めておりました。

入院後の経過です(図7)。クエチアピンのみでは、躁状態のコントロールが不十分であったために、躁病に使う炭酸リチウムを追加併用しました。

炭酸リチウムを 200 mg より開始し、600 mg まで増量したところで、著明に躁状態は改善しました。

しかし、その後徐々に構音障害が出現したため、このときはクエチアピンによる副作用として錐体外路症状を疑って漸減中止しましたが、それによって精神症状の悪化、躁状態の再燃は来しませんでした。

しかしその後、リチウム血中濃度が異常高値となりました(図8)。これは大体 1.5 mEq/L 程度が通常値ですが、それが 2.1 mEq/L まで異常高値を示して、リチウムの副作用と思われる甲状腺機能低下

メンタルヘルス科入院時の現症

- 意識清明、vital signや末梢血液、生化学所見に異常なし。
- 高揚気分、観念奔逸で多弁、誇大的言辭、多動、注意の転動性の亢進、感情失禁、易刺激性の亢進と易怒性、不眠などを認めた。

図 6

入院後経過1

- クエチアピン700mgでは躁状態のコントロールが不十分であったため、炭酸リチウムを追加併用。
- 炭酸リチウム200mg/日より開始し、600mg/日まで増量したところで著明に躁状態が改善した。
- その後徐々に構音障害が出現したため、クエチアピンを漸減中止したが、精神症状の悪化は来たさなかった。

図 7

入院後経過2

- しかしその後、リチウム血中濃度高値(2.10mEq/L)、リチウムの副作用と思われる甲状腺機能低下(TSH:6.42 μ IU/ml, FT3:1.93pg/ml, FT4:0.47ng/ml)、全身倦怠感、食欲不振が出現したため、リチウムを400mg/日へ減量するも血中濃度は2.50mEq/Lと更に上昇した。
- そのため、リチウムを中止し、ラモトリギン100mg/日の内服へ切り替えたところ、全身倦怠感、食欲不振は改善し精神状態も安定したため、同年8月退院となった(臨床検査医学科入院より206病日、転科後より75病日)。
- 退院後、一時軽度躁状態を呈したためリチウム100mg内服再開した。その後約10ヵ月経つが、気分の大きな変動なく外来通院している。

図 8

も示しました。また、全身倦怠感、食欲不振が出現したために、リチウムを減量していきましたが、さらにリチウムの血中濃度が上昇しました。

そのために、炭酸リチウムを中止しまして、ラモトリギンを使用しました。これはもともとてんかんの薬ですが、これも躁うつ病に使われる薬です。ラモトリギンの内服へ切りかえたところ、全身倦怠感や食欲不振は改善し、精神症状も安定したために退院となりました。このときに、臨床検査医学科に入院したときから 206 日、当科転科後より 75

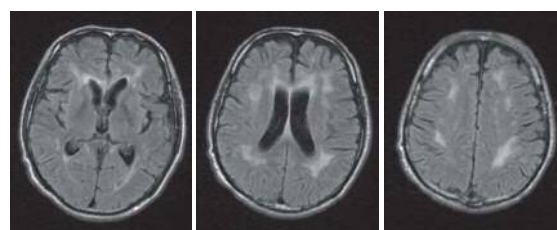
日経過しております。

退院後は、一時軽躁状態を呈したために、リチウムを 100 mg、ほんの少量だけ内服を再開して、その後、約 10 カ月たちますけれども、気分の大きな変動なく外来通院をしていただいています。

退院時の画像所見です(図9)。両側の大脳深部白質や両側頭回、その他の部分に T2 強調画像及び FLAIR 画像での斑状高信号域、虚血性変化が入院時よりは明瞭化しております。ただ、このときも HIV のウイルス量としては明らかに改善しております。

簡単な経過図です(図10)。当科対診依頼が最初ありまして、このときに気分の高揚を認めておりました。クエチアピンを開始しまして、ある程度少しは軽くなりましたが、不十分で当科転床に至っております。600 mg まで徐々に使っていっています。リチウムの増量とともに、気分の状態は改善していきまされたけれども、逆に、平常状態よりもさらに全

退院時画像所見(2011年8月)



- 両側大脳深部白質、両側頭回、両側側頭葉内側、脳梁部などにT2WI、FLAIR像での斑状高信号域、虚血性変化が入院時より明瞭化している。

図 9

経過図

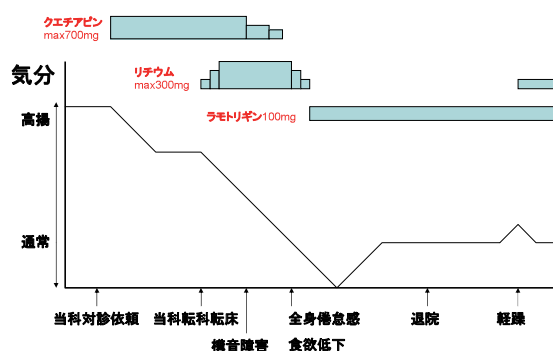


図 10

身倦怠感、食欲低下などの状態を呈しました。検査結果ではリチウムの血中濃度が正常範囲よりも異常に高値を示したために、リチウムをさらに漸減して中止し、ラモトリギンに置きかえました。そうしたところ、気分は平常状態に戻って無事退院となっております。外来で、少し軽躁状態を呈したので再びリチウムを少量追加して、以降落ちついているという状態です。

HIV 脳症とは、原因としては HIV-1 ウイルスの直接浸潤や感染に対する免疫反応によって炎症を生じ、それによってあらゆる症状が出てきます。代表的なのは、認知症状（記銘力の低下や認知症）、最終的には認知症の状態になってしまうことが多いですけれども、そのほか、脱落やけいれんなど身体的なものや精神症状（躁うつ、幻覚妄想）状態など、あらゆる症状を呈することがあります。

治療としては HAART 療法となります。これは HIV に対する治療です。それでも不十分な場合は、今回のように対症療法が効くこともあります（図 11）。

考察です（図 12）。家族負因や躁うつエピソードの既往がなく、HIV 脳症とともに、意識の清明下で典型的な躁症状が発現しました。

観察期間はまだ短いですが、躁状態軽快後はうつ状態は認めておりません。このために、現時点ではこの症例は「HIV 脳症に起因した躁病」とであると診断しました。

治療には炭酸リチウムやラモトリギンが奏功しました。ラモトリギンの使用時には、躁状態は改善してきていたために、躁状態自体に対する改善効果としては不明でありますけれども、再発の予防効果は十分あったものと考えられます。

リチウムを減量したにもかかわらず、血中濃度がさらに上昇していったのは、食欲低下により脱水が

HIV脳症とは

- 原因: HIV-1の直接浸潤、感染に対する免疫反応により、炎症を生じる。
- 症状: 認知症状(記銘力の低下、認知症)
脱力、けいれん
精神症状(躁うつ、幻覚妄想)
- 治療: HAART、対症療法

図 11

考察

- 家族負因、躁うつエピソードの既往がなく、HIV脳症と共に、意識清明下で、典型的な躁症状が発現した。
- 観察期間はまだ短い、躁状態軽快後はうつ状態など気分の変動は発現していない。
- このため、現時点では「HIV脳症に起因した躁病」と診断した。
- 治療には炭酸リチウム、ラモトリギンが奏功した。
- ラモトリギン使用時には躁状態は改善してきていたため、躁状態改善効果は不明であるが、再発予防効果があるものと考えられた。
- リチウムを減量したにもかかわらず血中濃度が上昇したのは、食欲低下による脱水が原因と考えられた。
- 全身倦怠感、食欲低下はリチウムの副作用である甲状腺機能低下による二次的なものと考えられた。

図 12

来されてしまったためと考えられました。

全身倦怠感や食欲低下は、リチウムの副作用である甲状腺機能低下による二次的なものと考えられました。

HIV 脳症にて躁状態を呈した 1 例を経験しました。

一般的な双極性感情障害と同様に、リチウムやラモトリギンが効果的でありました。

今後、症状の再燃の可能性が高いと考えるために、長期的な外来フォローが必要と考えております。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

丸田：作田先生、どうもありがとうございました。続きまして、臨床検査医学科の先生より症例のコメントをいただきたいと思います。

村松（臨床検査医学科）：臨床検査医学科で担当しておりました村松です。

今回、HIV 脳症に合併した躁病の 1 例ということで症例の提示をいただきましたけれども、私からは HIV 感染症に合併する認知機能障害という形で、一般的な話も含めてお話をさせていただきたいと思います。

初めに、これをわざわざ出すことでもないと思いますが、HIV 感染者は、若干鈍ってはいますが、やはり増加傾向にあるという現状があります。その中でも AIDS 患者さんも増加傾向にあるということが日本における特徴かと思われます。

実際に当科におきましても HIV 感染症の初診の数、統計をとっておりますけれども、毎年 100 例を超えている状況が続いております。治療経過は良くなってきて、特に死亡するといったケースも少なくなっていますので、患者数はかなり増加して、累積しているような状態です。

HIV感染症診療の変化

- AIDS・日和見感染症が主体の治療



- 治療長期化・高齢化による合併症の治療

HIV感染者の高齢化

米国では2015年までに**半数**が50歳以上に
当科症例 976例のうち50歳以上は**18%**

NEJM 2012;366:1270

図 13

HIV 感染症は、過去 20 年間でかなり治療が大幅に変化したと言われております。それまで有効な治療法がなかったころは、AIDS や日和見感染症が主体の治療というものが診療の実態ではありましたが、最近の傾向としては、治療が長期化して患者が高齢化してきたという、問題点に対する治療が主体になってきています。特に最近言われているのが HIV 感染者の高齢化です。アメリカでは 2015 年までに約半数が 50 歳以上になると言われています。実際、当科の症例 976 例では、50 歳以上は 18% ということですが、時間が経過するごとに増えていきますので、加齢に伴う認知機能障害というものも含めて、こういった問題は多くなってくるのではないかと思われています（図 13）。

先ほど、「HIV 脳症」という言葉でお話しされていたと思いますが、少し言葉の定義が最近変わってきてまして、それをご紹介しつつ説明させていただきます（図 14）。

HIV 感染症と認知機能障害については、その症状の程度と原因等に応じて様々な概念が提唱されておりましたが、最近それをすべてまとめて「HAND」とまとめております。HIV 関連神経認知疾患（HIV Associated Neurocognitive Disorder）という、英語の頭文字から「HAND」と呼ばれることが多くなってきました。HIV そのものによる中枢神経系への影響によって起こる認知機能障害と提起されておりまして、それぞれその症状の程度に応じていろいろな呼び名が以前からありました。例えば ANI (Asymptomatic Neurocognitive Impairment)、これは自覚的な症状とか他覚的なものははっきりないのですが、検査上で認知機能低下が認められるケースで、かなり

HIV感染症と認知機能障害

HAND: HIV associated Neurocognitive Disorders

- HIVは単球やリンパ球に感染し、脳血管関門を突破し中枢神経系へ感染
- HIVによる認知機能障害は様々な概念あり
→総合してHANDと呼ばれている

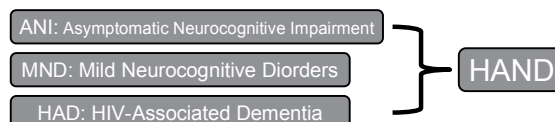


図 14

軽症なパターンです。

それから、Mild Neurocognitive Disorders です。これは、ANI よりも少し症状が強く出ていて、多少社会生活にも影響が出ているようなものを定義しています。

あと、HIV-Associated Dementia です。この言葉もかなり昔からあった概念ですが、HAND の中でも一番重いものと捉えてもらえればよろしいかと思いますけれども、HIV 関連認知症と呼ばれております。

このような概念をまとめて「HAND」と呼ぶことで、統計等、臨床研究等を行いやすくしていこうという動きがあります。ですので、今後「HIV 脳症」と呼ばず、「HAND」と表記させていただきます。

そのメカニズムについては、いろいろ言われておりますが、循環血液中に存在している単球が HIV に感染して、これが脳の血管関門を通過することにより中枢神経に HIV が感染すると言われております。トロイの木馬のようなメカニズムで侵入するという表現をされますけれども、これで脳の中に HIV に感染した単球が侵入しまして、中枢神経系にあるマクログリアとかマクロファージなどに感染が起きて HIV の中枢神経系への感染が起こると言われています。最近特に話題になってきているのは、HIV の治療を行っていても、治療薬の中枢神経系への移行が悪くて、頭のほうの HIV のウイルス量が抑えられずに脳症を発症してしまう。HAND を発症してしまうという、そういったケースもあるとも言われています。

実際の疫学という点でいいますと、先ほど ANI と紹介しましたがけれども、無症候性の Neurocognitive Impairment 等も含めると、かなり有病率は高

いのではないかとされています。

今回の症例は、まだ HIV の治療開始前の状態から発症したものですので、そういうわけではないと思いますが、最近の報告では、治療経過中に発症してしまうというケースもあるとされています。

その危険因子のうちには、加齢も 1 つの危険因子であると言われています。この方は 40 代の方だったので、それほど年代は高くなかったわけですが、今後、高齢者が増えるにつれて問題になるだろうと言われています。

Swiss Cohort という 1 万 5,000 例ぐらいの HIV 感染者のスイスの Cohort がありますが、その報告では 27% 程度に認知機能低下を自覚しているという報告もあります。

HAND は AIDS を発症していないような症例でも、増加しているのではないかとということが言われています。Pre-HAART という HAART が行われる前に比べて、HAART が行われるようになってからむしろ増加しているということが言われています。

そういうわけで、HIV の治療が一般的に行われるようになった現在においても、この HIV 関連の認知機能障害というのは問題になり続けるのではないかとされています。

実際に、HAND を発症する危険因子・合併疾患などについて報告されているものをまとめたものがこちらの表になっています（図 15）。

まず、危険因子としては CD4 の最低値というのが挙げられています。これは何を意味しているかというと、HIV に感染している期間が長ければ長いほど CD4 の値は下がっていきますので、この値が低ければ低いほど危険因子として高い。つまり、HIV 感染に罹患している期間が長い。曝露されてい

る期間が長いということを示すマーカーとして考えられています。

HIV 感染症の場合、感染初期に症状が出ないことが多いので、いつ感染したかといった点がなかなか同定できないことが多いのですけれども、CD4 がこれだけ低いということは、相当感染期間も長かったのだらうと、こういう形で代用して利用しているマーカーと言えます。実際に今回の症例も CD4、一応 2 けたではありましたが、低下していたということで、HAND を発症するに十分なりリスクは持っていたのではないかと考えられます。

ほかには加齢とか、あと Bacterial translocation による炎症が持続することによって、血管の炎症によって脳血管関門の透過性などの亢進なども関与しているのではないかとされているのと、あとは貧血や血小板減少などといった、こちらも危険因子としては恐らく HIV 感染症がかなり罹患期間が長かったり、重度になってきますと骨髄抑制もかかってきますので、こういったものも一応統計をとると、恐らく危険因子に入ってくるのだと思います。あとは、宿主の遺伝的因子やウイルス側の因子などいろいろ調べられています。

ほかに合併が多い疾患として、C 型肝炎を合併している例では HAND を発症することが多いと言われています。

アルコール依存や薬物依存、これも脳の血管の透過性が亢進するため HAND を起こしやすくなると言われています。

うつ病やほかの精神疾患といったものも、実際鑑別することが難しいところもあるかとは思いますが、影響している可能性もあると言われています。

アルツハイマー病や、中枢神経系の感染症も鑑別に挙げられます。HIV 感染症で免疫不全が進行している場合、ほかの日和見感染症などの合併の可能性も高くなり、炎症が持続したり、マクロファージの活性化が持続し脳症を起こしやすくなると言われています。

今回の症例も、ほかの日和見感染症、中枢神経系の合併症の精査は行っていますが、梅毒が関与した可能性はあったかもしないと思います。神経梅毒と HIV 脳症とほかの認知機能障害の鑑別も実際難しいところがありますので、梅毒もはっきりとした治療歴がなかったため、入院中にセフトリアキソンという抗生物質による治療を行っていました。

HAND発症の危険因子・合併疾患

危険因子	合併が多い疾患
CD4最低値	HCV共感染
加齢	アルコール依存・薬物依存
Bacterial translocation	心血管疾患・代謝性疾患
貧血	うつ病や他の精神疾患
血小板減少	アルツハイマー病
宿主の遺伝的因子	中枢神経系感染症
ウイルス側の因子	

AIDS 2011; 25: 561-575

図 15

今回の患者さんにおいては CD4 が低かったという点がこの HAND 発症の危険因子として該当するのではないかと考えられます。

実際の症状につきましては、幾つか特徴があると言われていますが、7つの領域における異常が起きていると言われているようです。私自身もここら辺の認知機能領域に詳しいわけではないので、あまり詳しい説明はできないのですが、こういった要素に基づいた点で評価することが神経生理的な検査等では行われているようです。

画像所見については MRI 上では、T2、FLAIR の画像で、白質に両側対称的な高信号病変が特徴的と言われています。このような白質の病変を起こす疾患で HIV 感染者の方ですと、PML（進行性多巣性白質脳症）という疾患も鑑別が必要です。この患者でも PML を疑いまして、JC ウイルスの髄液の PCR 検査も行いましたが、結果は陰性でした。PML の場合、両側対称性というよりは片側性に病変を認める事が多いのですが、一部少し疑わしい病変があったのでそのあたりも疑い、JC ウイルスも陰性であり、PML の可能性はないだろうと考えています。

評価するスケールとして、HIV dementia scale や MMSE がありますが、検査の精度としては十分といわれています。診断について、あまりはっきりとした指針というものが出ていない状況で、我が国においてもかなり手探り状態で検査などを行っている状況です。

あと、HAND とほかの疾患の鑑別ということで、ほかの似たような認知機能障害を呈するような神経変性疾患が重要です。臨床症状としては、HAND の場合、皮質下の症状が強いことが特徴と言われており、運動障害、実際に歩行困難になってくる方も多く認めます。今回の患者さんも初めは車椅子で移動していました。神経学的に異常があるほどの筋力低下は認めませんでしたが、これも後から考えてみれば、HAND の症状として言えるのかもしれませんが。

一方、アルツハイマー病などの病変ですと、皮質症状が優位になるということで、失語や失読が強くなる言われています。

基本的には HAND は、他の変性疾患を疑わす所見がなくて、他の日和見感染症などが除外された際に、除外診断という形で診断されるのが現状かと思っています。

最近、HIV の認知機能障害に対して HIV の治療、HAART を行っている患者さんでも途中で HAND を発症してしまう報告が幾つか見られるようになっていまして、髄液への HAART の移行性というものを調べるという研究も進んでいます。

実際に予後という点で見ますと、HAND を発症している症例は、外来診療になってくると、アドヒアランスが問題になります。薬をやめてしまったり、あとは実際の外来診療日に来れなかったりと、そういった影響もあり、治療に失敗する率も高いという報告もあります。また、生命予後も不良であるということが言われていまして、積極的に治療すべき疾患であるという、意見も強くなってきています。

ちょっと一般的な話でしたが、HIV 感染症では、認知機能障害が起こりやすく、合併症やほかの危険因子も影響するということも言われています。これ自体が生命予後に影響を与える可能性があるという点で注意しなければいけないということと、髄液移行性を考慮した薬剤の選択をしなければならないということが最近言われています。

今回の症例で、躁状態については、直接この HAND が影響していたかどうかというのはちょっと分からないところがありますが、その発症のきっかけとして、こういう認知機能障害がベースにあった可能性は十分にあるのではないかと思います。実際に、この方が入院したときには、失禁状態でおむつをして生活していたような状態で、あまりすたすた歩けるような状態ではなくて、車いすに乗って移動するような状況だったわけです。そういった点があったところも、恐らく HAND の影響もあったのではないかと考えられます。

ただ、発言の内容につきましては、比較的記憶も保たれているような印象も持っていました。HIV の治療を開始してから、失禁や歩行障害のような症状はかなり改善して、病棟も自由に歩けるような状況に回復していましたが、躁症状のような、そういう気分の高揚といったものについては、治療を開始して、ウイルス量がしっかり下がっていった後も変わらず持続していたという印象がありました。そちらについてはメンタルヘルス科の先生の治療のほうでかなり改善したものだと思います。

私からの発表は以上になります。ありがとうございました。

丸田：詳細なコメント、どうもありがとうございます。

ました。

作田先生にちょっと1~2点伺いますが、事実関係ですけれども、1つは、村松先生のご指摘だと、「HIV脳症」というよりは、現在は「HAND」という言葉が用いられているということですが、何か認知機能とか、そういう知能検査は行ったのでしょうか。

作田：行っておりません。まだ。入院時はそれができる状況ではありませんでした。逆に退院時は、全く普通に話していて、認知機能低下を疑わせる所見がなかったので行っておりません。

丸田：現在は落ちついてるんですね。

作田：はい、落ちついています。

丸田：あと、村松先生のお話ですと、HANDの初期症状として皮質下症状で、歩行困難などもあるとおっしゃっていたのですが、やはり今振り返ってみると、初期のそのような症状はHANDの皮質下症状だととらえてよろしいのでしょうか。

作田：そうですね。臨床検査科入院中は、確かに車いすのときもあったと思いますので、その1つの症状だった可能性は十分あると思います。

丸田：これは結論を出すのは難しいですが、もとも双極性障害の素因があった方が何らかの契機で躁症状を出したのか、それともHIV感染に関連した二次的な躁状態なのかというのは、何かそれに関してはいかがでしょうか。

作田：それは、結論は出ないと思いますが、事前にうつや躁をうかがわせるエピソードがなかったというのが一番だとは思いますが。

丸田：村松先生にちょっとお聞きしたいのですが、先ほど先生の表の中に、HAND症状の中に「気分」という言葉がありましたが、精神科でいう双極性障害のような1つの疾患も認知機能障害ととらえてよろしいのですか。それとも別のものととらえていらっしゃるのでしょうか。

村松：そうですね。集中力の低下とか、自分の中で考えをまとめるとか、そういう能力が落ちてしまうということは言われております。ですので、実際にそういう、いろんな観念が出るような、いろいろな考えが出てきたときに、ある程度自分で整理することができなくなったというのはあるのではないかと思います。この方も、以前からそういう気分の変動というのはあったのかもしれないですけども、それが今回HANDを発症したことで抑制ができな

くなり、かなり直接的に表現するようになったという可能性はあるのではないかと思います。

丸田：私も調べてみたんですけども、アフリカとかの報告だと、そういうHIV感染後の二次的な双極性障害の報告も幾つか散見されるようです。その中では、やはりCD4の差がどうも関係するという報告もあるようでした。

我々の科でも結構HIV感染している患者さんでうつ病の方は少なくなく遭遇いたしますし、HIV感染ポジティブの方は、うつ病の有病率は大体4倍と言われているんですけども、躁状態の人は非常に珍しいと思ったので、今回懇話会に報告させていただきました。

それで、先生の経験からでよろしいのですが、臨床検査医学科の患者さんの中で、躁症状、気分の高揚みたいなものを伴う方というのは結構いるのでしょうか。

村松：私個人の話になりますが、すごく多いという印象ではありませんが、こういう、特にCD4が低くてAIDSを発症して入院されたとか、あと急性感染のときに神経症状が出る方もいますが、そういう方で周りの人がちょっと驚くぐらい、行動や人格の変化が出たというケースは幾つか経験しています。HANDの症状の1つにも人格変化というものも言われたりはしていますので、そういう形で出た行動とかが躁のような印象を与えるというものもあるのかなとは思いますが。実際そういう方は、HIVの治療を開始するとかなり改善することもありますので、それは多分HANDの症状だったのではないかなと思うような例があります。今回のケースに関しては、治療を開始してウイルス量が下がっていく期間に、気分の高揚といった、そういった症状が相関しているような印象があまり持てなかったというのもありますので、恐らくはこの方独自の、比較的まれなケースなのかもしれないと思っています。

丸田：では、先生のご意見ですと、この方の精神障害になるもとの脆弱な部分が強いのではないかなという感じでしょうか。

村松：そうですね。実際、この方の診療を進めていく上で兄弟の方、たしかお姉さんがいらしていたと思います。その方が話していて、確かに症状は悪くなってきたのは感じてはいたみたいですけども、程度が激しくなったという印象で、すごくまるっきり変わってしまったという印象ではないというよ

うなことも、話していた記憶があります。そういう点では、多少は少しそういう傾向があったものが、今回 HAND を発症してより目立つような形で出てきてしまったのかなというのが、私の個人的な見解です。

丸田：最後に作田先生に 1 点伺いますが、この患者さんはもともと気分基調が高いというか、アクティブな方なんでしょうか。

作田：いえ、特にそういうような情報は伺っておりません。

丸田：そうですか。分かりました。

それでは、フロアから質疑をお願いいたします。どなたかございませんか。

では、作田先生、現在外来に通院中だと思いますが、現在はどういう感じですか。

作田：現在はいたって礼節の整ったしっかりとしたサラリーマンのような、普通の方です。

丸田：今は普通にサラリーマンをしていらっしゃるんですね。

作田：仕事は今休んでいますが、一般的な、そういうような感じの方です。

丸田：学生の方々からも何かございませんか。HIV に伴う精神症状というか、HAND とかの話だったのですが、何かありませんか。

それでは、村松先生にちょっと伺いたいのですが、アメリカでは HIV の感染者の方がだんだん加齢して行って、将来的には減少するというお話があったと思いますが、日本では結構、私の印象として、私どもの科に治療で来る方は割合若い方が多いのですが、日本ではどうなんでしょうか。

村松：HIV 感染者の年齢層ということですね。

丸田：はい。

村松：特に当院が他の HIV 感染者を診ている施

設に比べても結構若い印象はあります。平均年齢で 6 歳以上差が出たりしますので、場所柄といったものの影響もあるかとは思いますが。ですので、実際、高齢者の方は増えてきてはいますけれども、実際に初診で来られる方は 20 代の方、30 代の方も多いので、実際に他科の先生で、診察されている先生方も、若い患者さんというイメージはあるのではないかなと思います。

丸田：最後に、個人的な印象ですけど、先程アドヒアランスが悪くて、生命予後が悪くなるとおっしゃっていましたが、私が経験したのは、やはり途中で通院を中断してメンタルヘルス科に来なくなる方がいますが、やはり臨床検査科のほうでも治療を中断される方というのは多いのでしょうか。

村松：そうですね。やはり治療の途中でドロップアウトしてしまう方もいまして、何年か後になって AIDS を発症して入院になるといったケースもあります。こちらとしても治療を開始する際とか、診療を開始する際にしっかりカウンセリングも含めて介入して、なるべく診療が継続できるようにという努力もしているとは思いますが、やはり限界があると思います。あと、今回は特に HAND に関連した話で、原因の 1 つに薬物依存というのもお示しましたけれども、アルコールも含めてですが、薬物依存等が背景にあったりすると治療継続は難しいといったこともありますので、HIV 感染症に罹患することによって起きる、精神的な負荷がより依存を起こしやすくなってしまうのかもしれないです。

丸田：以上をもちまして、第 422 回東京医科大学臨床懇話会を終わりたいと思います。

作田先生、村松先生、ありがとうございました。

(松本哲哉編集委員査読)