

Case 5-2012: A39-Year-Old Man with aRecent Diagnosis of HIV Infection and Acute Psychosis
(N Engl J Med 2012;366:648-57)

【鑑別診断】

*** せん妄：**

臨床的には急性発症の注意力/意識障害、睡眠サイクル障害により主に診断され、症状に日内変動が見られることが特徴である。必ずしも精神症状を伴う必要はない。幻覚・妄想・興奮などの精神症状が前面に出ることもある。身体疾患や薬物が背景にある。脳波検査では、全体に徐波化している。診断基準DSM-V参照。

*** HIV関連認知症：**

HIVが神経細胞に直接浸潤するというよりは、HIVに対するリンパ球の自己免疫反応によるものと考えられている。早期には注意力の欠如、記憶力の低下、遂行能力の低下、歩行困難、うつ症状が現れ、徐々に筋力低下・運動機能障害、無関心・無感情の症状が、最終的に躁状態や幻覚・妄想などの精神症状が出現する。HIVに伴う感染症等でも同様の症状が見られるため、除外診断である。

*** 原疾患(HIV感染症)による急性精神症状：**

HIV関連精神症状は突然発症することが特徴で、妄想(87%)、幻覚(61%)、気分障害(81%)が見られ、約半分の症例で脳波に異常が見られる。HIV患者はアルコール中毒、薬物使用など他に精神症状を説明しうる素因を持つ場合が多いため、それらの確認が必要となる。

*** 原発性精神疾患(統合失調症など)：**

突然発症の点で否定的。女性の発症年齢は20代後半から、30代前半が多いが、男性の場合10代後半から20代前半の発症がほとんど。

*** HIVに伴う中枢神経感染症：**

- ・ 脳トキソプラズマ症；抗体陽性から既感染と考えられるが、MRIで膿瘍が見られないことから否定的。
- ・ クリプトコッカス髄膜炎；脳脊髄液中にクリプトコッカス抗原が見られないことから否定的。
- ・ サイトメガロウイルス感染症；網膜炎は見られるが、血液と脳脊髄液中にサイトメガロウイルス抗原が見られないことから完全には否定できないが、unlikely。
- ・ 進行性多巣性白質脳症；MRI上、否定的。
- ・ EB virus によるリンパ腫 (Burkitt's lymphoma)；MRI上、否定的。
- ・ 結核感染症；否定はできない。カリブ海諸国は結核蔓延地域。発熱、悪寒、発汗、咳、リンパ節腫脹は播種性結核に矛盾しない。ツ反陰性はCD4低値では起こりうる。

【診断までの経過】この症例では、入院期間中にASTが上昇してきており、次に肝生検を行った。肝生検にて、類上皮細胞性肉芽腫を認め、Ziehl-Neelsen染色で抗酸菌陽性であ

った。培養ではM. tuberculosisが検出され、その後腓臓周囲リンパ節組織、喀痰培養、血液培養、尿培養からもM. tuberculosisが検出された。

【途中診断】 HIV関連精神症状としてのコタール症候群。播種性結核の全身症状に伴うせん妄。

※肺に典型的な粟粒陰影を伴わないことにより、粟粒結核ではない。

【その後の経過】 まず、ARTとして4剤併用レジメンを開始し、その1週間後から抗結核治療を開始した。最初結核症状が増悪し、免疫再構築症候群、CMV網膜炎をきたした。肉芽腫に伴い高カルシウム血症が見られたため、少量プレドニゾンとケトコナゾールを投与したところ速やかに改善した。その後治療は長引いたが、退院し最終的にCD4+Tcellは231/mm³となった。

【最終診断】 せん妄と急性精神症状を伴った播種性結核。精神症状はHIV関連精神疾患と考えられる。

【Essences】

- ▷ HIV陽性患者における結核は非典型的なpresentationのことが多い。
- ▷ HIV患者のツベルクリン反応(IV型アレルギー)の意義に注意。IGRAもCD4+Tcellの数が極度に下がってくると偽陰性。
- ▷ 結核検査の結果の持つ意味合いは、背景(高リスク/低リスク、蔓延地域)によって変わってくる。
- ▷ 二次性Psychosisの考え方：<http://www.psychiatrictimes.com/forensic-psychiatry/differential-diagnosis-psychotic-symptoms-medical-“mimics”>

Table 2

Suggested medical workup for secondary psychosis

- Screen broadly
 - CBC count, glucose, full chemistry, LFTs, ESR, ANA, UA, UDS
 - Consider brain imaging with CT or MRI*
- Exclude specifically
 - Abnormal levels of TSH, vitamin B12 and folate, ceruloplasmin, HIV, FTA-Abs
- Investigate further as clinically indicated*
 - Electroencephalogram
 - Chest radiography, lumbar puncture, blood and urine cultures, arterial blood gases
 - Serum cortisol levels
 - Toxin search
 - Drug levels
 - Genetic testing

CBC, complete blood cell; LFTs, liver function tests; ESR, erythrocyte sedimentation rate; ANA, antinuclear antibodies; UA, urinalysis; UDS, urine drug screen; TSH, thyroid-stimulating hormone; FTA-Abs, fluorescent treponemal antibody absorbed.

* There is no consensus of whether brain imaging should be part of a routine workup for patients with first-episode psychosis. The yield of brain imaging is low in a patient with first-episode psychosis who presents with typical psychopathological features and illness course, and no red flags by history (eg, history of head injury), and without positive findings on a neurological examination.

* A broader search is indicated if a delirium is present or suspected. The extent of the workup is guided by epidemiological considerations, the clinical situation, and the immune status.

Adapted from Freudenreich O et al. *Early Intervent Psychiatry*. 2009¹¹; Freudenreich O et al. *Harv Rev Psychiatry*. 2007.¹²