

頭蓋内病変を有する未治療の HIV 症例に対するマラビロクの使用経験

¹順天堂大学 医学部 総合診療科、²順天堂大学 医学部 脳神経内科

○乾 啓洋¹、内藤 俊夫¹、波田野 琢²、上原 由紀¹、磯沼 弘¹

【はじめに】マラビロク (MVC) は HIV の細胞内への侵入に関係する C-C chemokine receptor 5 (CCR5) を阻害することで、ウイルスの侵入を阻害する抗 HIV 薬である。本邦では 2008 年 12 月に承認され、2011 年 8 月には未治療の HIV 症例に対しても使用可能になったが、その適応については未だ確立していない。今回、頭蓋内病変を有する未治療の HIV 症例に、MVC を含むレジメンで治療を開始した症例を経験したため報告する。

【症例】32 歳男性。3 ヶ月前より歩行障害、構音障害を自覚した。1 ヶ月前に下血したため近医を受診、アメーバ腸炎と診断されメトロニダゾールで治療された。その際の HIV スクリーニングテストが陽性であり、歩行障害、構音障害が増悪するため精査加療目的に当科紹介入院となった。身体所見上、指鼻試験と膝踵試験が左優位に稚拙であり、開脚歩行を認めたため小脳失調症が疑われた。当院で施行した HIV-RNA 量は 1.5×10^5 copies/ml であり HIV 感染症と診断した。また HBs 抗原陽性、HBs 抗体陰性、HBV-DNA 量は 10^9 copies/ml 以上であった。頭部 MRI で左小脳脚に T2 で高信号を呈する病変を認め、HIV 関連の中樞神経病変が疑われたが、各種抗体検査など施行するも確定診断には至らなかった。CD4 陽性リンパ球数は $245/\mu\text{l}$ であり、神経症状の進行を認めていたことから、早期の抗ウイルス療法を検討した。HBV キャリアであることや中枢神経系への薬剤移行性を考え、TDF/FTC+RAL+MVC で抗ウイルス療法を開始した。治療開始後は神経症状の増悪は認めず、HIV-RNA 量は検出限界以下となった。

【考察】MVC を使用していなくても、感染後の経過とともにウイルスの指向性が変化し CCR5 を利用するウイルスが減少することで、MVC が無効になっていくと考えられている。このことから、MVC を用いる場合は未治療例への早期の使用が好ましいと考えられる。MVC は組織移行性が高いことが知られており、選択根拠の 1 つになり得ると考える。

細菌性赤痢が HIV 感染症診断のきっかけとなった一例

¹東上野クリニック、²一橋病院内科

○杉山 肇^{1,2}

細菌性赤痢は赤痢菌 (*Shigella dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. boydii*, *S. sonnei*) が大腸粘膜細胞内に侵入増殖して起こる急性細菌感染症である。感染経路は経口感染で少ない菌量でヒトからヒトへ感染するが、本邦では 70~80% が発展途上国からの輸入感染例である。しかし最近、直近の海外渡航歴のない男性と性交渉のある男性 (MSM) の赤痢の報告例があった。症例 20 歳代 男性 経過 2000 年 1 月下旬、39.5 度の発熱と下痢があった。その後 2 月中旬に症例の父親が下痢を主訴に H 病院外科(消化器科)を受診した。便から *S. sonnei* が検出された。保健所の指導で家族の便培養検査も行われ症例の便からも *S. sonnei* が検出された。ホスホマイシンの内服で父子二人とも下痢は軽快した。しかし 2 月 22 日に発熱、下痢 (インフルエンザ B 型)、3 月 10 日に下痢(便培養で有意菌をみとめず)と急病を繰り返すため 3 月 22 日内科へコンサルトされた。海外渡航歴のない細菌性赤痢のためセクシャリティについて問診したところ MSM と判明。ELISA 法、WB 法ともに HIV-1 抗体陽性であった。その他の検査所見は CD4 リンパ球数 $332 / \text{mm}^3$ 、HIV-1 RNA 量 2.4×10^5 copy/ml、梅毒血清反応陰性、HBs 抗原陽性 血清アメーバ抗体陰性、便虫卵陰性であった。考察 海外渡航歴のない細菌性赤痢のケースでは HIV-1 感染症も念頭に置く必要があると考えられた。