めまい症状で発症した Relapsing Polychondritis の一例†

西山 康之¹⁾・小野 寿之¹⁾・斎藤 優子¹⁾
村上 泰¹⁾・福島 龍之²⁾

はじめに

Relapsing Polychondritis (以後 RPC と略す) については、1923年に Jaksch Wartenhorst¹⁾ がはじめて Polychondropathia と報告して以来、症例報告が散見される。文献的には RPC の 41~50%²⁾ に内耳症状を伴うといわれるが、初発症状として感音難聴、眩暈症状が先行する例は 3~4%²⁾ と少ない。今回、我々は両感音難聴、回転性眩暈で発症し、その後に耳介腫脹、眼球結膜充血をきたした RPC 症例に対して、経時的に神経耳科学的検査を施行し文献的考察も行い得たので報告する。

症 例

患者：63才男性

主訴：めまい、左難聴

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：10才と30才に肺結核に罹患し、ストレプトマイシンの使用経験あり。50才糖尿病を指摘される。喫煙、60本×30年、飲酒1合/日。

現症：昭和50年に、動揺感、右難聴を生じ近医でメニエール病として治療を受けた事があった。平成2年6月20日より後頭部痛が出現し、22日には動揺感のため一日中起きられなかった。23日になり、左耳鳴とともに左難聴が出現、持続するため30日に当科受診となった。尚、初診以前に耳介腫脹を起こしたことはなかった。

初診時所見：体格中等度 眼瞼結膜、眼球結膜に異常なく、耳介腫脹、鞍鼻、嗄声、胸郭変形、を認めなかった。標準純音聴力検査では、両側中等度高音漸傾型感音難聴を認めた。眼振は注視、非注視とも認めず足踏み検査でも移行角、回転角ともに右に5°と偏倚傾向は認められなかった(図1)。

単純X線検査(Schüller, Stenvers 法)では特記すべき事なく、高分解能CT検査でも、内耳、内耳道に左

右差なく他に異常を認めなかった。

経過：両側感音難聴を認め、右側は昭和50年よりの聴力低下であり、今回聴力の変化は自覚しなかった。今回、左側の急速な聴力低下と動揺感をきたしたことから左蝸牛、前庭機能障害を疑い抗眩暈剤、ビタミンB₁₂製剤、循環改善剤にて内服加療を行った。左難聴、左耳鳴は残るものの一旦は日常生活には、支障がなくなるまで動揺感は改善した。しかし8月初旬頃より眼球結膜の充血と両耳介腫脹(図2)が生じ、再びめまい症状も増強してきたことよりRPCを疑い精査を進めた(図3)。

血液検査所見：平成3年8月17日の所見では血沈値が115/156mm, CRP 9.5mg/dlと亢進しており α_1 , α_2 , β -globulin 値の上昇を認めた。抗核抗体、RA値は異常を認めなかった(表1)。

平衡機能検査および聴力検査の推移：耳介腫脹と赤沈値の亢進を認めていた平成2年8月9日の温度眼振検査では、両側とも低振幅、低頻度、持続時間が右2分52秒、左2分27秒で最大緩徐相速度が右10.7°/sec, 左7.1°/sec, と両側CPの状態であった。しかし血沈値の落ち着いた平成3年3月5日の同検査では、右側は前回と同様、CPであったが左側は持続時間2分40秒、最大緩徐相速度20°/secと正常範囲にまで回復していた。聴力については、右耳は経過中はば変動を示さなかったのに対し左耳は、平成2年6月30日から平成3年3月5日間の自然寛解時には4分法で41dBから11dBと30dBの改善を認めた。再燃時の平成3年4月25日から平成3年5月16日間はステロイド使用により20dBの聴力改善を認めた。各周波数にほぼ平均して聴力改善が認めたが、改善後も高音漸傾型の聴力像であった(図4)。

病理検査所見：平成3年9月5日に左耳介の腫脹している対耳輪部より軟骨組織を採取した。HE染色標本で軟骨基質が融解変性し、好酸性に染まり周囲にリンパ球と形質細胞の浸潤を認めた。また線維化と結合組織による置換が虫食い状に認められた。アルシアンブルー染色では軟骨基質の染色性が低く、本来、軟骨は異染性(メタクロマジア)を生ずるが、自験例では認めず、病理学的にRPCに適合する所見であった(図5, 図6)。

治療：初回内耳障害時には、抗眩暈剤、ビタミンB₁₂

† A case of Relapsing Polychondritis with Vertigo as an Initial Symptom
Yasuyuki Nishiyama¹⁾, Toshiyuki Ono¹⁾, Yuko Saito¹⁾, Yasushi Murakami¹⁾ and Tatsuyuki Fukushima²⁾

¹⁾ 京都府立医科大学耳鼻咽喉科学教室

²⁾ 京都済生会病院耳鼻咽喉科

純音聴力検査

平衡機能検査

図1 平成3年6月30日初診時所見。

両側漸傾型感音難聴を認めるが眼振は注視、非注視とも認めなかった。

製剤、循環改善剤の投与で、動揺感は軽快した。左難聴、左耳鳴は残るもののめまい症状が一旦落ち着いたので内服を中止し経過観察とした。9か月後の聴力検査では、30dBの聴力改善があり、聴力に関しては自然寛解と考えられた。2回目の内耳障害時には、RPCの確定診断

がついていたのでステロイド漸減療法（プレドニン 30 mg を1週間で漸減）を施行し著効を認めた。以後内耳障害は認めていないが、ステロイドの減量、中止により若干血沈値、CRPの上昇を認めるため、プレドニン 10～15mg でコントロールしている。

考 察

1923年に Jaksch-Wartenhorst¹⁾により Polychondropathia としての報告が最初であり1960年に Pearson ら⁵⁾が Relapsing Polychondritis を提唱し以後概念が確立された。本邦では、木村ら⁶⁾が1963年に最初の報告をしている。

図2 平成3年9月5日の耳介所見。
耳介が全体に渡りびまん性に腫脹し発赤を認める。

疫学及び臨床症状：

年令は30~50才に多くピークは40才代である。本邦では女性に多い傾向がある³⁾。RPCには2種類の進行パターンがあり、一方は薬剤に反応し緩徐に進行し死因とはならない場合と、もう一方は急速に進行し4~5年で転帰をとる場合である⁷⁾。死因は気管支病変によるものが主であるが欧米では心血管病変による死亡例も報告されている⁸⁾。Michetら⁸⁾はRPCの5年生存率は74%で10年生存率は55%であったと報告している。全身症状としては発熱、貧血が多くみられ、局所症状では、耳介腫脹が特徴的である。主に両側性が多く cauliflower 状を呈する。関節炎症状を認めるが骨に変化は認めない。眼症状では、結膜炎、角膜炎、虹彩炎、毛様体炎、視神経炎、網膜炎、強膜炎を呈する。これは、軟骨基質であるプロテオグリカンが結膜、角膜、強膜、硝子体に局在するためである。鼻中隔軟骨に炎症が及ぶと鞍鼻を呈することもある。呼吸器では嗄声、咳嗽、呼吸困難といった症状を呈し、気管軟骨全体に炎症が及ぶと気管切開自体が危険な場合もあり、PRCの死因中呼吸器障害が最も多い⁸⁾。心血管系では、大動脈弁、僧帽弁障害、大動脈瘤の合併も報告されている。内耳障害(特に感音難聴)は、41%にみられRPCによく合併する障害といえる。しかしRPCの初発症状としては、耳介病変、

図3 初診時は蝸牛，前庭症状のみであったが，経過とともに RPC の特徴的な所見を呈するようになってきた。

表1 臨床検査結果

アンダーラインで示した計測値は正常値より高値であった。

平成2年8月17日

WBC	9700/mm ³	LDH	259 IU/l
Band	7 %	AST	10 IU/l
Seg	73	ALT	16 IU/l
Eos	0	γ-GT	35 U/l
Bas	2	TP	7.9 g/dl
Lym	14	A/G	0.89
Mon	4	ALB	47.2 %
		<u>α₁</u>	<u>4.2</u>
RBC	4.37×10 ⁶ /mm ³	<u>α₂</u>	<u>15.9</u>
Hb	13.4 g/dl	<u>β</u>	<u>9.8</u>
PLT	470×10 ³ /mm ³	<u>γ</u>	<u>22.8</u>
ESR	115/156 mm	Ig A	340 mg/dl
CRP	9.5 mg/dl	G	1626
ASO	50>	M	245
RA	10>	BUN	17 mg/dl
抗DNA体	40倍	CRE	0.8
		UA	4.9
		Na	141 mmol/l
		K	4.3 mmol/l
		Cl	101 mmol/l

		Duration	Frequency	Amplitude	max VL	
H2. 8. 17	R	2min52sec	low	low	10.7°/sec	CP
	L	2min27sec	low	low	7.1°/sec	CP
H3. 3. 05	R	1min50sec	low	low	7.8°/sec	CP
	L	2min40sec	moderate	moderate	20.0°/sec	WNL

20℃ 少量注水法

図4 聴力および温度眼振検査の変化。

右耳は経過中、明らかな聴力変動を示さなかったが左耳は自然寛解(点線)とステロイドによる寛解(実線)を認めた。また温度眼振検査では、左耳は最大緩徐相速度の改善を認めた。

図5 (×40) 左耳介部軟骨組織の HE 染色標本。軟骨、および間質にリンパ球と形質細胞の浸潤を認めた。

図6 (×100) 左耳介部軟骨組織のアルシアンブルーの染色標本。軟骨は異染性をほとんど示さない。矢印は異染性を示す部分。

気管喉頭病変が最も多く、内耳障害は3～4%と少ない²⁾⁴⁾。自験例のように、初診時、めまい症状、感音難聴だけで耳介腫脹、嗄声、結膜充血を認めないRPC症例もあり、めまい患者に対しては神経耳科学的検査以外にも、スクリーニングとしての一般血液検査、血沈、CRPは、必要と思われる。RPCばかりでなく、自己免疫疾患にめまいを合併する症例もあり、めまい患者に対しては、上記の検査は、ルーチンに行うべきであろう。

診断基準及び組織所見：

確定診断は、(表2)の様にMcAdam⁴⁾及びDamiani³⁾の分類にしたがって行った。自験例では、いずれの診断基準でもRPCと診断された。組織所見(表3)で特徴的なことは、まずHE染色では、軟骨細胞の変性と壊死像がみられる。急性期には、好中球の浸潤と肉芽形成があり、慢性期には、リンパ球、形質細胞の浸潤、線維化、石灰化が認められ、進行するに従い、軟骨基質

表2 Relapsing polychondritis の診断基準 (McAdam ら, 1976⁴⁾)

1. 両側再発性耳介軟骨炎
2. 非びらん性炎症性多発軟骨炎
3. 鼻中隔軟骨炎
4. 眼症状（結膜炎，角膜炎，鞏膜炎，ぶどう膜炎などを含む）
5. 気道軟骨炎（喉頭，気管軟骨など）
6. 蝸牛または前庭障害（感音難聴，耳鳴，眩暈など）

上記臨床症状の3項目以上に陽性。
組織所見は特に必要とせず。

(Damiani, 1979³⁾)

1. McAdam の6症状の3項目以上
2. McAdam の6症状の1項目以上と組織所見
3. 解剖学的に異なる2つ以上の部位の症状がステロイドまたはDDSに反応する場合

表3 Relapsing polychondritis の組織所見

染 色	特 徴
HE	軟骨細胞の変性と壊死、軟骨の好塩基性の消失 急性期：好中球の浸潤、毛細血管の豊富な肉芽形成 慢性期：リンパ球、形質細胞の浸潤、繊維化、石灰化
トルイジンブルー	異染性(メタクロマジア) 陰性
アルシアンブルー	異染性(メタクロマジア) 陰性
Elastica van giesson	弾性繊維の正常構造消失、断裂
PAS	染色性の低下
電子顕微鏡	軟骨細胞周辺に多数の小胞や顆粒構造 リソゾーム類似物質

の好塩基性の低下がみられるようになる。トルイジンブルー染色、アルシアンブルー染色では、本来軟骨基質は軟骨中のプロテオグリカンの存在で異染性(メタクロマジア)をきたすが、RPCではプロテオグリカンの減少をきたすため異染性を示さない。Elastica van giesson染色では弾性線維の正常構造の消失、断裂像がみられ、PAS染色では染色性の低下を示す。電顕的には軟骨細胞周辺に多数の小胞や顆粒、ライソゾーム類似物質が認められている。自験例では、HE染色標本で軟骨の好塩基性の低下、周囲へのリンパ球と形質細胞の浸潤、線維化、また、アルシアンブルー染色で軟骨基質のメタクロマジア陰性などから、慢性期のRPCの所見と一致した。

次に検索し得たRPCの聴力及び平衡機能障害報告例

表4 Relapsing polychondritis の聴力および平衡機能障害報告例

No.	年齢	性	初発症状	聴力 障害	発症 様式	聴力 改善	前庭 障害	平衡機 能改善	治療	報告年	報告者
1	35	M	鼻根部痛	一過性の聴力減退						1963	木村。
2	24	F	鼻根部痛	両SNH	急速	—	両CP	—	ステロイド	1968	猪。
3	68	F	耳介疼痛	左混合	不詳	不詳	正常	—	ステロイド	1973	栗田。
4	54	F	耳介腫脹	左SNH	急速	—	異常	—	ステロイド	1974	長谷川
5	42	F	鞍鼻	両混合	不詳	+	異常	+	ステロイド	1975	零。
6	57	F	喉頭違和感	両SNH	不詳	—	正常	—	ステロイド	1978	陣内。
7	57	F	鼻根部痛	両SNH	急速	—	両CP	—	ステロイド 免疫抑制剤	1978	木村。
8	53	M	鼻背部痛	両SNH	急速	+	左CP	—	ステロイド	1979	山崎。
9	36	F	めまい	右SNH	急速	不詳	右CP	不詳	ステロイド 免疫抑制剤	1980	谷口。
10	47	M	耳介腫脹	右	緩徐	+	不詳	不詳	ステロイド	1980	樋口。
11	64	M	関節痛	両SNH	不詳	+	左CP	+	コルヒチン	1985	柴田
12	26	M	耳介腫脹	両SNH	不詳	不詳	不詳	不詳	ステロイド DDS	1986	内田
13	63	M	耳介腫脹	両SNH	急速	+	両CP	不詳	コルヒチン	1986	遠藤。
14	38	M	関節痛	両SNH	緩徐	+	正常	不詳	ステロイド	1989	岡村。
15	61	M	めまい	両SNH	緩徐	+	不詳	不詳	ステロイド	1989	岡村。
16	55	F	耳介腫脹	左SNH	不詳	—	不詳	不詳	ステロイド	1990	浦野。
17	35	M	めまい 難聴	右SNH	緩徐	+	右CP	+	ステロイド	1990	田代。
18	63	M	めまい 難聴	両SNH	左急速	+	左CP	+	ステロイド	1991	自験例

を(表4)に列挙した^{6)9)~23)}。本例を含め計18例(男性10例, 女性8例)で年齢分布は24~68才, 平均は48.8才であった。その中でめまい, 難聴を初発症状とした症例は4例であった。聴力障害では両側11例, 右3例, 左3例, 不詳1例で, 感音難聴が15例, 混合性難聴が3例で感音難聴が占める割合が多かった。発症様式は, 急速進行例が7例, 緩徐例が4例, 不詳7例であった。聴力改善例は9例に認めたが発症様式による差はみられなかった。平衡機能障害例では, 聴力障害を伴わず平衡機能障害のみ生じた症例はなかった。聴力障害と平衡機能障害を伴った症例は10例で, 改善例は4例, 改善を認めなかった例4例, 不詳2例であった。治療は主にステロイドを使用した症例が多く, 他に免疫抑制剤, コルヒチ

ン, DDSなどが使用されている。プレドニゾロンの場合, 急性期には欧米では100~200mg 本邦では30~60mg から漸減していく報告が多く自験例も30mg から一週間で漸減し10~15mg で維持できた(表5)^{3)~27)}。

RPCの成因と内耳障害について:

軟骨組織の基質としてはグリコサミノグリカン, プロテオグリカン, コラーゲンが主な物質である。グリコサミノグリカンは2糖の巨大な重合体で溶液が陰性に荷電することより従来, 酸性ムコ多糖といわれていた物質である。軟骨のグリコサミノグリカンは, コンドロイチン4/6硫酸, ケラタン硫酸が主であり, これらは蛋白質と結合してプロテオグリカンを形成する。そしてこのプロテオグリカンがコラーゲンと密に結合し, これらの構造

表5 現在までに使用報告のあった Relapsing Polychondritis 治療薬剤

	薬 剤 名	投 与 量	副 作 用
非ステロイド系 消炎剤	アスピリン	6~6.5mg/day	消化管出血, 腎障害, 肝障害, 白血球, 血小板減少
	インドメサシン	75~150mg/day	消化管出血, 白血球, 血小板減少, 貧血
	フェニルブタゾン	200mg/day	食欲不振, 頭痛, めまい, 白血球減少
ステロイド剤	プレドニゾロン	100mg/day 漸減療法 急性期 30mg/day 維持期 10mg/day	易感染性, 消化性潰瘍, 糖尿病, 動脈硬化, 骨折, 副腎不全, 精神変調
	蛋白同化ホルモン + パロチン		性腺異常, 易感染性, 消化性潰瘍, 糖尿病, 副腎不全
免疫抑制剤	イムラン	50~150mg/day	食欲不振, 肝障害, 血液障害, 過敏性
	サイクロスポリンA	不詳	食欲不振, 肝障害, 血液障害, 過敏性
その他	コルヒチン	0.6~1.0mg/day	嘔気, 下痢, 脱毛, 発疹, 血液障害
	DDS	25~75mg/day	LDH 上昇, 嗜眠, 嘔気, 溶血性貧血
	極量	200mg/day	
	ACTH	80 units (急性期)	易感染性, 消化性潰瘍, 糖尿病, 動脈硬化, 骨折, 副腎不全, 精神変調

より軟骨基質が形成される。軟骨に存在するコラーゲンは、主にⅡ型であり軟骨芽細胞、軟骨細胞により合成される。次に軟骨の分解過程については、軟骨には血管が存在しないため好中球、マクロファージは関与せず、主に軟骨細胞からの蛋白分解酵素に負っている²⁴⁾。その中で最もよく知られているのがライソゾーム酵素である。RPC 患者では血中ライソゾーム酵素の異常、電顕的に軟骨細胞周辺に多数の小胞や顆粒、ライソゾーム類似物質の存在、プロテオグリカン、膠原繊維の減少が見られる。また治療でライソゾーム酵素の放出を抑制させる DDS²⁵⁾ によって症状が改善することなどからライソゾーム酵素異常によりプロテオグリカンが分解され発症するものと考えられている。また本症ではステロイドが奏功すること、系統的に軟骨組織が侵されること、赤沈、CRP が急性期に上昇すること、最盛期には遅延型過敏症がみられることより、自己免疫疾患の可能性が示唆されており、Foidart²⁶⁾、Cremer²⁷⁾ が抗軟骨抗体である Type-II collagen を RIA 法により患者血清から見出したことにより以後 Type-II collagen との関連性が重要視されるようになってきている。現在では、抗軟骨抗体の存在により免疫異常が生じ、軟骨細胞のライソゾーム酵素活性が亢進しプロテオグリカンの崩壊が生じ発症するものと推察されている。内耳障害の発生機序としては、内耳には基底膜、被蓋膜、ラセン靱帯、Lim-bus spirale にプロテオグリカンが局在するため、同様の機序でこれらの物質の変性がおこり感音難聴、前庭障害を呈すると言われている。また混合性難聴を呈することもあるが、これは上記の機序による感音難聴と耳管軟骨に炎症が及び滲出性中耳炎を合併し混合難聴が発現するもの

とされている。自験例では、両側感音性難聴を認めたが右耳は昭和50年から自覚している以前からのものであり、右耳が今回急速に聴力低下をきたし、聴力の改善も左耳のみに認めた。平衡機能に関しては、発症時両 CP であったが寛解時には左側は、正常に戻っていた。このことから、今回は左蝸牛、前庭障害が主であったことが推察されたが右耳については、既往歴からはストレプトマイシンによる内耳障害、メニエール病、RPC などによる内耳障害の鑑別は困難であった。

ま と め

63才男性で、めまい症状は初発とした Relapsing Polychondritis の一例を報告した。この症例はめまい、及び感音難聴は、寛解、再発を繰り返し自然寛解とステロイド剤使用による寛解を認めた。

文 献

- 1) Jaksch-Wortenhorst R : Polychondropathia. Wien Arch Intern Med 6 : 93-100, 1923
- 2) 鈴木光子, 内田和仁, 長野正裕, 千治松洋一, 本間日臣 : 頑固な肋軟骨部痛で発症し、高度気管狭窄症状を示した反復性多発軟骨炎 (Relapsing Polychondritis) の一例 — 本邦 53 例の文献的考察 —. 日胸疾会誌 21 : 665-671, 1983
- 3) Damiani JM, Levine HL : Relapsing Polychondritis-Report of ten cases. Laryngoscope 89 : 929-946, 1979
- 4) McAdam LP, O'hanlan MA, Pearson CM : Relapsing Polychondritis Prospective study of 23 patients and a review of the literature. Medicine 55 : 193-215, 1976

- 5) Pearson CM, Kline HM, Newcomer VD : Relapsing polychondritis. *N Engl J Med* 51 : 263, 1960
- 6) 木村栄一, 八幡浩二, 般若博司, 山崎進康 : Relapsing polychondritis (Pearson). *内科* 12 : 914-918, 1963
- 7) Cohen PR, Rapini RP : Relapsing polychondritis. *Int J Dermatol* 25 : 280-285, 1986
- 8) Michet C, McKenna C, Luthra H, et al : Relapsing polychondritis-survival and predictive role of early disease manifestations. *Ann Intern Med* 104 : 74-78, 1986
- 9) 猪 初男, 和田斐夫, 大野吉昭, 土屋紀一 : Polychondritis の一症例について. *耳喉* 40 : 317-322, 1968
- 10) 栗田幸男, 調 重昭 : Relapsing polychondritis の一例. *耳鼻* 19 : 522-528, 1973
- 11) 長谷川浩通, 岡部和彦, 山本香列 : Relapsing polychondritis の剖検例. *耳鼻臨床* 67 : 445-452, 1974
- 12) 雫 俊一, 松浦健次郎, 中西和仁 : Relapsing polychondritis と思われる症例. *日耳鼻* 79 : 76, 1976 (抄録)
- 13) 陣内 廣, 沢田正道, 隈上秀伯, 中山 巖 : 喉頭軟骨病変を初発症状とした Relapsing polychondritis の一例. *耳喉* 50 : 1071-1075, 1978
- 14) 木村 洋, 加藤 功, 青柳 優, 鈴木八郎, 小池吉郎 : Relapsing polychondritis の聴, 平衡障害について - Jumbling of objects (Dandy's symptom) を呈した一症例 - . *耳喉* 50 : 607-613, 1978
- 15) 山崎芳樹, 藤田 彰 : 聴力障害を伴った Relapsing polychondritis について. *耳鼻* 25 : 1230-1237, 1979
- 16) 谷口知恵子, 三吉康郎, 坂倉康夫, 鶴飼幸太郎, 矢谷隆一, 他 : Relapsing polychondritis - 症例報告と文献的考察 - . *耳喉* 52 : 241-248, 1980
- 17) 樋口真琴, 大野重昭 : Relapsing polychondritis に合併したぶどう膜炎の1例. *眼科* 22 : 727-730, 1980
- 18) 柴田 昭 : 反復性多発性軟骨炎. 診断と治療 73 : 1279-1284, 1985
- 19) 内田 郁 : 反復性多発性軟骨炎の2症例. *耳鼻臨床* 79 : 387-391, 1986
- 20) 浦野正美, 長谷川聡, 中野雄一 : Relapsing polychondritis の1症例. *日耳鼻* 90 : 1291, 1987 (抄録)
- 21) 岡村洋沖, 相川 通, 大谷 巖, 大槻好正 : Relapsing polychondritis の2症例 - その聴力経過について - . *耳鼻臨床* 補32 : 157-163, 1989
- 22) 遠藤泰介, 北条和博, 村松良雄, 小出奈々 : 変動する内耳性難聴を示した反復性多発性軟骨炎の1症例. *日耳鼻* 90 : 1291, 1987 (抄録)
- 23) 田代直樹, 川野六郎, 徳増厚二, 設楽哲也 : Relapsing polychondritis - 聴覚並びに平衡機能の推移 - . *Equilibrium Res* 37 : 279-284, 1990
- 24) Mitchell N, Shepard N : Relapsing polychondritis. An electron-microscopic study of synovium and articular cartilage. *J Bone Joint Surg* 54A : 1235-1245, 1972
- 25) Barranco VP : Inhibition of lysosomal enzymes by dapsone. *Arch Dermatol* 110 : 563-566, 1974
- 26) Foidart J, Abe S, Martin GR, et al : Antibodies to type II collagen in relapsing polychondritis. *N Engl J Med* 299 : 1203-1207, 1978
- 27) Cremer MA, Pitcock JA, Stuart JM, et al : Auricular chondritis in rats, An experimental Model of relapsing polychondritis induced with type II collagen. *J Exp Med* 154 : 535-540, 1981

Abstract

A 63-year-old male complained of vertigo and bilateral sensory hearing loss and then developed relapsing polychondritis. Cases of relapsing polychondritis with vertigo as the initial symptom are rare: only 4 have been reported in Japan. Otoneurological tests revealed bilateral sensory hearing loss and bilateral canal paralysis. Corticosteroid hormone therapy markedly improved his left hearing level and left canal paralysis. It is thought that the vertigo in this case was caused by relapsing polychondritis related to auto-immune reaction to type II collagen.

Key words : Relapsing Polychondritis, vertigo, sensory neural hearing loss, carotic test

(原稿到着 : 平成4年2月10日

別刷請求先 : 西山康之

〒602 京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465
京都府立医科大学耳鼻咽喉科学教室