

# Pendred 症候群研究の現況と展望

Current status and perspectives of the research in Pendred syndrome

松永達雄<sup>1</sup> 藤岡正人<sup>2,3</sup> 細谷 誠<sup>3</sup>

## Abstract

Pendred syndrome is an autosomal recessive disorder characterized by sensorineural hearing loss, goiter, and a partial defect in iodide organification, and is the most common syndromic hearing loss. Hearing loss is congenital in most cases and is accompanied by an enlarged vestibular aqueduct and a Mondini cochlea. Pendred syndrome and autosomal recessive deafness-4 (DFNB4) with enlarged vestibular aqueduct comprise a phenotypic spectrum caused by mutations in *SLC26A4*. Recently, mutations in *FOXI1* and *KCNJ10* have also been identified in DFNB4. Molecular mechanism of hearing loss and goiter remains to be elucidated, and therapies which can reverse or prevent the progression of the symptoms are not available. Here, we describe advances in the basic, clinical, and translational studies on Pendred syndrome.

**Key words:** Pendred syndrome, *SLC26A4*, DFNB4, hereditary hearing loss, enlarged vestibular aqueduct

## はじめに

Pendred 症候群 (OMIM: 274600) は感音難聴、甲状腺腫、ヨード有機化障害を特徴とする常染色体劣性遺伝の疾患である。本症候群は最も頻度の高い症候群性難聴であり、遺伝性難聴全体の 5-10% と考えられている<sup>1)</sup>。難聴は生下時より高度の場合や、軽度あるいは中等度難聴から進行する場合など様々であり、頭部への衝撃などによって難聴の急性増悪が生じることも多い。先天性あるいは小児期からの難聴は言語発達、教育、社会参加に重大な影響を与えるため、早期発見とそれに続く言語聴覚リハビリテーションの実施が極めて重要である。しかし、本症候

群の患者は検査やリハビリテーションへの協力が十分できない乳幼児である場合が多く、更に難聴の変動、進行も多いことから、医学的対応が困難な場合が多い。甲状腺腫は思春期前後から成人後早期に発症するが、大多数は甲状腺機能低下症を伴わない。前庭機能低下も認められ、一部の患者ではめまい発作を反復する。本症候群の患者では、CT や MRI の画像検査で内耳に前庭水管拡大と Mondini 奇形 (蝸牛低形成) が認められることが大きな特徴である。

Pendred 症候群の主要な原因は *SLC26A4* 遺伝子変異である<sup>2)</sup>。一方で *SLC26A4* 遺伝子変異は、感音難聴のみを発症して甲状腺腫を伴わない非症候群性難聴 DFNB4 (OMIM: 600791) の

<sup>1</sup>Tatsuo Matsunaga, <sup>2,3</sup>Masato Fujioka, <sup>3</sup>Makoto Hosoya: <sup>1</sup>Department of Otolaryngology/Laboratory of Auditory Disorders, National Institute of Sensory Organs, National Tokyo Medical Center 独立行政法人国立病院機構東京医療センター 耳鼻咽喉科/感覚器センター 聴覚障害研究室 <sup>2</sup>Department of Otorhinolaryngology, Keiyu Hospital 財団法人神奈川警友会けいゆう病院 耳鼻咽喉科 <sup>3</sup>Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, School of Medicine, Keio University 慶應義塾大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

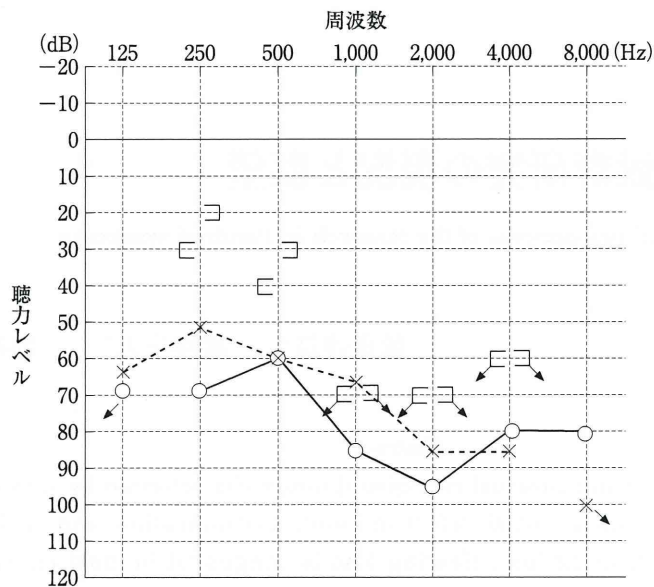


図1 Pendred 症候群患者の代表的な純音聴力検査の結果(オーディオグラム)

横軸が検査音の周波数, 縦軸が各周波数の検査音を聴取できる閾値(聴力レベル)を示す. 本症候群の患者では, 高音域(高い周波数)の聴力レベルが低い. 低音域(低い周波数)の気導聴力閾値と骨導聴力閾値に差がある(気骨導差). ○: 右耳の気導聴力閾値, ×: 左耳の気導聴力閾値, □: 右耳の骨導聴力閾値, □: 左耳の骨導聴力閾値.

原因でもある<sup>3)</sup>. DFNB4 も劣性遺伝であり, 画像検査では前庭水管拡大を認め, Mondini 奇形を伴う場合も多い. 現在, Pendred 症候群と DFNB4 は同一疾患の表現型の違いとして考えられている<sup>4)</sup>.

### 1. Pendred 症候群の診療

Pendred 症候群の臨床診断は, ① 感音難聴, ② 両側性前庭水管拡大, ③ パークロレート放出試験の異常または甲状腺腫をもって確定診断とする<sup>5)</sup>. 一方, DFNB4 の臨床診断では ① 感音難聴, ② 前庭水管拡大, ③ 甲状腺機能正常により確定する.

感音難聴は年齢に応じた聴力検査で判定される. 本症候群の難聴の特徴として, 高い音に対する反応の顕著な低下が認められる(図1). 急性増悪や回復を繰り返す場合も多く, 徐々に進行して低い音から高い音までの全音域で反応が失われることもある. 低音域に通常は伝音難聴(中耳や外耳の問題による難聴)でしか認められ

ない骨導閾値と気導閾値の差がみられるため, 診断に苦慮する場合がある. 前庭水管拡大は側頭骨 CT あるいは内耳 MRI で, 前庭水管の中間径が 1.5 mm 以上あるいは中頭蓋窩開口部径が 2 mm 以上あると拡大と判定される(図2-a, b). 最近, 著者らは Pendred 症候群の患者において前庭水管拡大の形態的特徴と *SLC26A4* 遺伝子変異の種類および難聴の特徴が関連していないことを報告した<sup>6)</sup>.

パークロレート放出試験では甲状腺におけるヨード有機化障害を判定する. Pendred 症候群ではヨード有機化障害を認め陽性となる. パークロレート放出試験は放射性物質を用いる検査であるため, 現在は実施している施設が極めて少ない. また, 特異性と感度に問題が生じる場合が比較的多く, 判定基準も統一されていないことなどからも, 実施されない患者が多い. これに代わって近年は, Pendred 症候群の主要な原因である *SLC26A4* 遺伝子の検査で遺伝子診断される患者が増加している.

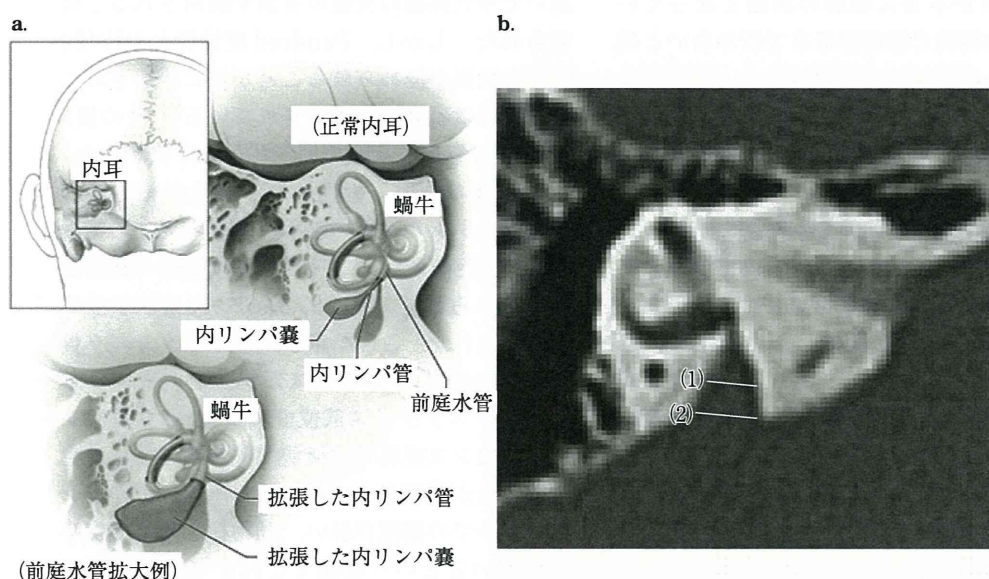


図2 ヒト内耳の形態と画像所見

- a. 内耳と前庭水管の模式図。(Diagram of the inner ear, NIDCD, NIH. [http://www.nidcd.nih.gov/health/hearing/pages/pendred.aspx#what]より改変)  
 b. 前庭水管拡大のCT画像。中間径を白線(1)、中頭蓋窩開口部径を白線(2)で示した。

本症候群に対する根本的治療法はまだなく、対症療法あるいはリハビリテーションが行われている。慢性化した難聴に対しては、補聴器や人工内耳を用いた言語聴覚リハビリテーションが行われる。難聴の急性増悪に対しては、入院、安静、ステロイドの点滴あるいは経口投与が行われる。めまいに対しては難聴に対する治療と並行して抗めまい薬投与が行われ、甲状腺腫に対しては適量のヨード摂取と、著しく腫大した場合は甲状腺全摘出術が行われる。甲状腺ホルモンが低下する患者はごく一部のみであるが、その場合は甲状腺ホルモンの内服を継続する。甲状腺の腫大の抑制のための予防的甲状腺ホルモン投与を行う場合もある。Pendred症候群に対しては劣性遺伝に基づく遺伝カウンセリングが可能である。

## 2. 分子遺伝学的原因と症状

*SLC26A4* 遺伝子の変異は現時点で170種類以上報告されており、その変異の種類の特徴と頻度は人種によって大きく異なる。例えば白人

では、p.L236P, p.T416P, IVS8+1G→Aの頻度が高いが、我が国ではp.H723Rの頻度が高い。報告されている大多数の変異はミスセンス変異で、ついでアミノ酸の欠失や挿入、スプライス部位変異、ナンセンス変異とフレームシフト変異の順に頻度が高い。前庭水管拡大を伴う難聴者での、*SLC26A4* 遺伝子変異の頻度も人種により大きく異なる。白人では、変異を2アレルもつ場合が約25%、1アレルの場合が約25%、0アレルの場合が約50%である<sup>7)</sup>。一方、我が国では前庭水管拡大を伴う難聴者の大多数で*SLC26A4* 遺伝子変異を2アレルもつ<sup>8)</sup>。これまでに著者らの施設で前庭水管拡大あるいは拡大疑いの約100例で*SLC26A4* 遺伝子を解析した結果も同様であった。

遺伝子型と表現型の検討から、*SLC26A4* 遺伝子の変異を2アレルで認める場合はPendred症候群となり、1アレルまたは0アレルの場合はDFNB4になると報告されている。しかし、変異を2アレルで認める場合でもDFNB4になるという報告もあり、まだ確定していない<sup>8,9)</sup>。

この点を確定できない理由として幾つかの問題点が存在している。まず、DFNB4の患者で発見された変異が本当に難聴の原因となっているかは、細胞実験で機能解析まで行わないと確定できないことが一つの理由である。実際に、DFNB4で報告された変異が、後に行われた機能解析で難聴との関係が否定された例も多い。また、甲状腺腫の有無およびパークロレート放出試験の方法や陽性と陰性の判断基準が統一されていないこと、パークロレート放出試験は偽陽性あるいは偽陰性の結果を呈しやすいこと、*SLC26A4* 遺伝子変異と関係しない甲状腺疾患の鑑別が十分でないことなども、遺伝子型と表現型の関係を解明する障害となっており、今後の研究の重要な課題である。

近年、Pendred症候群の新たな原因遺伝子として、*FOXI1* 遺伝子と *KCNJ10* 遺伝子が報告された<sup>10,11)</sup>。*FOXI1* 遺伝子は *SLC26A4* 遺伝子の発現調節に働く転写因子であり、*FOXI1* 遺伝子変異と *SLC26A4* 遺伝子の2重ヘテロ接合体が本症候群患者で報告されている。また、本症候群患者では *SLC26A4* 遺伝子の上流に存在する *FOXI1* 遺伝子の結合部位の変異のヘテロ接合体も報告されている。*KCNJ10* 遺伝子は蝸牛で発現しているカリウムチャンネルで、正常の聴覚に必要である内リンパ電位の形成に働いている。また、*SLC26A4* 遺伝子のノックアウトマウスでは、この *KCNJ10* 遺伝子の発現が消失して、そのため難聴になると考えられている。そして実際に、Pendred症候群の患者で *KCNJ10* 遺伝子と *SLC26A4* 遺伝子の2重ヘテロ接合体が報告されている。しかしこれらの変異は、これまでにそれぞれ1研究グループからの報告しかないので、原因遺伝子と確定するためには今後の更なる検討が必要な状況にある。

### 3. *SLC26A4* 遺伝子変異の機能解析

*SLC26A4* 遺伝子変異の種類と甲状腺腫の発症の関係を解明する初めての研究として、変異遺伝子を導入したアフリカツメガエルの卵母細胞で  $I^-$  と  $Cl^-$  の取り込みの研究が行われた。この研究では、DFNB4で認められた変異では機

能の部分的残存が認められ、Pendred症候群で認められた変異では機能が消失しており、この違いで甲状腺腫の発症の有無が説明されると報告された。しかし、Pendred症候群とDFNB4で同じ変異が認められることが後に報告されて、この関係は現在では否定されている<sup>8)</sup>。その後、*SLC26A4* 遺伝子変異の機能解析の方法が進み、ヒト細胞の使用、極性のある哺乳類細胞の使用、蛍光タンパク質の使用、細胞内局在の検討、 $I^-/Cl^-$ 交換輸送と  $Cl^-/HCO_3^-$ 交換輸送の検討が取り入れられて、多くの *SLC26A4* 遺伝子変異が検討された。この結果、現在ではタンパク質切断型の変異(ナンセンス変異、フレームシフト変異、スプライス部位変異など)とプロリンのミスセンス変異では機能消失が原則として生じることが解明されている<sup>12)</sup>。一方、正常コントロールでの頻度が低い、動物種を越えて保存されているという根拠でこれまでミスセンス変異と判断されていた複数の変異(p.F354S, p.K369E, p.L597Sなど)が、機能解析でPendred症候群に関係しない変化(single nucleotide polymorphism: SNP)であることも判明している。現在、このようなSNPが継続的に報告されている状況にあり、アメリカのNational Center for Biotechnology Information (NCBI)のデータベースのdbSNPsで確認できる。このため、*SLC26A4* 遺伝子検査で新規ミスセンス変異を疑った場合には、機能解析の結果を得てから結論を出すことが望ましいと考えられている。

### 4. *SLC26A4* 遺伝子変異による難聴の分子病態

*SLC26A4* は1997年に、Pendred症候群の原因遺伝子として同定された<sup>2)</sup>。*SLC26A4* がコードするタンパク質が、PENDRINである。PENDRINは生体内においてアニオントランスポーターとして機能し、主に  $Cl^-$ 、 $I^-$ 、 $HCO_3^-$ 、蟻酸の輸送にかかわっている(図3)。PENDRINは、様々な臓器に発現していることが知られており、甲状腺、内耳のほかにも、腎臓、子宮、乳腺、絨毛などに発現することが知られている。発現部位の違いによって機能は異なり、PENDRINは内

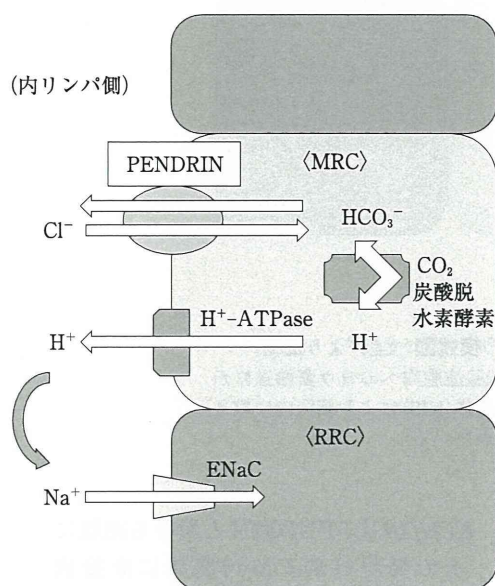


図3 内リンパ嚢に発現するPENDRINの機能の模式図(文献<sup>14)</sup>より改変)

mitochondria-rich細胞(MRC)の内リンパ側に発現するPENDRINは、 $\text{Cl}^-/\text{HCO}_3^-$ 交換輸送に関与し、その機能低下により細胞内に $\text{HCO}_3^-$ が蓄積すると細胞内炭酸脱水素酵素の機能阻害が生じ、最終的に細胞外にこみ出される $\text{H}^+$ の産生が阻害される。この $\text{H}^+$ は内リンパ側からのナトリウムの取り込みを電氣的に駆動しており、最終的にこのナトリウム取り込みが阻害されることが内リンパ水腫の一因となると考えられている。

耳においては、 $\text{Cl}^-/\text{HCO}_3^-$ の交換輸送、甲状腺においては、 $\text{Cl}^-/\text{I}^-$ の交換輸送に主に働いている。

PENDRINは内耳においては、内リンパ嚢、蝸牛外らせん溝細胞および外側壁において発現がみられ、前庭でも一部発現していることが知られている。同遺伝子の変異モデルとして、*Slc26A4*<sup>-/-</sup>マウスが作製されており<sup>13)</sup>、同マウスの解析により、*Slc26A4*の変異が内リンパ水腫と蝸牛管の拡大とそれに伴う蝸牛内静止電位の消失、内リンパの酸性化とカルシウム濃度の上昇を起こして難聴をきたすと考えられている。この難聴のメカニズムに主にかかわっているのは、内リンパ嚢に発現しているPENDRINと考えられている。内リンパ嚢においてはmitochondria-rich細胞(MRC)とribosomal-rich細胞(RRC)の2種類の細胞が存在する。MRCに存在する $\text{H}^+$ -ATPaseにより作られる電

位差により、RRCにおいて $\text{Na}^+$ の吸収が促進されている。PENDRINはこのうちMRCに存在し、 $\text{Cl}^-/\text{HCO}_3^-$ 対向輸送にかかわっている。同細胞内の炭酸脱水素酵素によって作られる $\text{HCO}_3^-$ の細胞外への排出を促進することで、同酵素によって作られ $\text{H}^+$ -ATPaseによって内リンパ中に輸送される $\text{H}^+$ の合成を促進している。このため、PENDRINの機能低下はMRCからの $\text{H}^+$ の内リンパ中への輸送を阻害し、RRCにおける内リンパ中からの $\text{Na}^+$ の吸収障害を招き、結果として内リンパ水腫および蝸牛管の拡大をきたし<sup>14)</sup>、細胞間伝達を阻害することで正常聴力の発達を阻害すると考えられている。内リンパ水腫に伴う蝸牛管の拡大は、蝸牛内静止電位を維持するためのKチャンネル(Kcnj10)への負荷を増大し、Kcnj10の減少をもたらす(後述)。結果、蝸牛内静止電位の消失とそれに伴う聴力障害を生じる<sup>15)</sup>。また、PENDRINの機能低下により内リンパの酸性化と $\text{Ca}^{2+}$ の濃度上昇が生じ、内耳有毛細胞の機能低下が生じ、難聴が生じると考えられている。

### 5. *SLC26A4* 遺伝子変異による甲状腺腫の分子病態

PENDRINは甲状腺においては、濾胞細胞の濾胞面に発現し、甲状腺濾胞内へのヨウ素輸送にかかわっていると考えられている(図4)。甲状腺濾胞細胞においては、濾胞面と対側の細胞外から $\text{Na}^+/\text{I}^-$ 共輸送体(NIS)により $\text{I}^-$ は細胞内に取り込まれるが、この取り込まれた $\text{I}^-$ の濾胞内への輸送にかかわっているのがPENDRINとされている。NISや甲状腺ホルモン合成に必須の酵素(TPOなど)、甲状腺のホルモン合成を調整するシグナル系(甲状腺刺激ホルモンおよび甲状腺刺激ホルモン受容体)の異常においては生下時から甲状腺機能低下が生じ、特に甲状腺ホルモン合成にかかわる酵素の場合は、甲状腺腫の形成は生後より著明である。しかし、Pendred症候群においては、そのような生後すぐの甲状腺機能低下と甲状腺腫の形成はみられない。また、内耳と異なり、*Slc26A4*<sup>-/-</sup>マウスは、甲状腺では表現型を示さないことから、

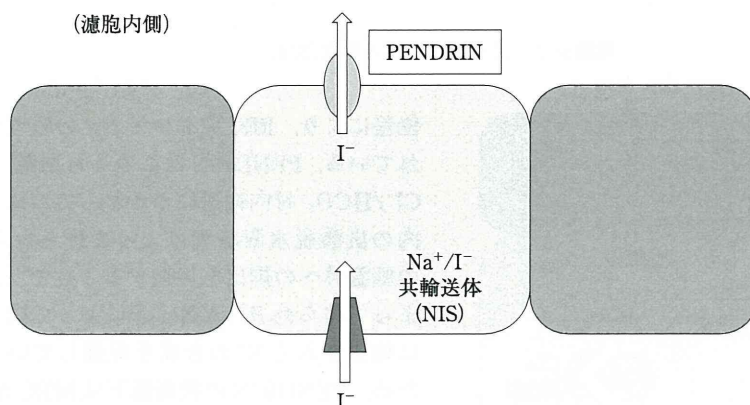


図4 甲状腺に発現する PENDRIN の機能の模式図(文献<sup>16)</sup>より改変)

濾胞細胞の濾胞面に発現する PENDRIN は、甲状腺濾胞内へのヨウ素輸送にかかわっている。PENDRIN は細胞外から  $\text{Na}^+/\text{I}^-$  共輸送体(NIS)により細胞内に取り込まれた  $\text{I}^-$  の濾胞内への輸送を行っていると考えられている。

PENDRIN は甲状腺ホルモン合成には必ずしも必要ではないと考えられており、特にヨウ素の供給が豊富なときはその果たす役割は小さいと考えられている<sup>16)</sup>。しかしながら、その研究は進んでおらず知見の集積は不十分である。

#### 6. *FOXI1* 遺伝子変異と *KCNJ10* 遺伝子変異の分子病態

前述のように、これまでに *SLC26A4* のほかにも Pendred 症候群の病態にかかわる遺伝子として *FOXI1* と *KCNJ10* が報告されている。*Foxi1* は、PENDRIN のプロモーター領域に結合し、転写を促進することが知られている。*Foxi1* null マウスの解析により、マウスにおいて、内リンパ嚢の PENDRIN の発現が消失し、*Slc26A4*<sup>-/-</sup> マウスと同様に内リンパ水腫と難聴をきたすことが知られている<sup>17)</sup>。このマウスにおいては、蝸牛と前庭での PENDRIN の発現は維持されているにもかかわらず内リンパ水腫と難聴が生じ、この知見からも PENDRIN の発現部位における病態への関与の違いが示唆される。実際にヒトにおいて、*FOXI1* と *SLC26A4* の二重ヘテロ変異による Pendred 症候群の報告があることは、先に記したとおりである。

*KCNJ10* は、蝸牛外側壁血管条に発現し、蝸牛静止膜電位維持にかかわるカリウムチャンネル

である。*KCNJ10* は PENDRIN と異なる細胞に発現し、その発現は *SLC26A4* 変異に直接依存しないが、*Slc26A4*<sup>-/-</sup> マウスにおいて発現が減少することが知られている。前述のように *Slc26A4*<sup>-/-</sup> マウスにおいては内リンパ水腫が生じ、外側壁に対する内リンパの体積の比が上昇する。したがって内リンパの静止電位を保つためには通常の場合より多くの負荷が蝸牛外側壁のカリウムチャンネル発現細胞にかかり、より多くの ATP 産生を必要とする。その結果、フリーラジカルストレスにより *KCNJ10* の発現が低下して蝸牛内静止電位は保てなくなり、難聴をきたすと考えられている<sup>15)</sup>。ヒトにおいても *FOXI1* と同様に、*KCNJ10* と *SLC26A4* の二重ヘテロ変異によって Pendred 症候群が生じることも先に記したとおりである。

#### 7. 疾患モデルの研究

疾患の病態生理を理解し将来の治療法を検討する目的で、一般に動物モデルが汎用されており、遺伝子異常が明らかにされている疾患では、発生工学を用いて変異を導入した齧歯類を作製し個体レベルでの機能を観察することがしばしば行われる。Pendred 症候群/DFNB4 では前述のように 170 種類もの変異が報告されているが、代表的な変異タンパクの解析から、その多くは

細胞質で分子シャペロンを介して三次元構造を形作る段階で分解されてしまうことが知られている<sup>18)</sup>。すなわち組織レベルでの病態生理を解析するうえでは、原因遺伝子の欠損動物を作製することで170を超える異常のうちの多くの病態を理解しうるようになる。これは本症候群が常染色体劣性遺伝であることも矛盾しない。上述のように *Slc26A4*<sup>-/-</sup>マウスではホモ欠損で臨床症候と同様に内リンパ水腫、蝸牛内電位の低下とそれに伴う聴力低下を認める<sup>13)</sup>。その発生機序は直接的にはトランスポーターとしてのイオン交換機能異常による蝸牛内の酸性化と内リンパ水腫だが、多くの研究から、細胞同士の接着が水腫によって傷害されること、そのために炎症反応が誘導されること、血管条での活性酸素の発生とそれによる蝸牛内電位の低下が生じることが二次的な障害の原因として明らかになっている<sup>11,14,17,19)</sup>。また *Slc26A4*<sup>-/-</sup>マウスに対して遺伝子改変技術によりその機能を一定の期間レスキューする実験系での報告によれば、胎生16.5日目から生後2日目でのPENDRINの機能が聴力獲得に必須であり、症候の完全なコントロールには早期からの治療が必要であることが示唆されている<sup>20)</sup>。

Pendred症候群の内耳における分子生物学的知見は、疾患をもつヒトの内耳を研究することができないため、主に上述した *Slc26A4*<sup>-/-</sup>マウスの解析と *in vitro*でのヒト細胞株への変異PENDRINの強制発現によって進められてきたが、種間での違いや、腫瘍化した培養細胞株と本来の内耳の細胞との相違から、これらの手法には原理的に限界があることも指摘されてきた。また、Pendred症候群の難聴は様々な経過を示すことから、環境による影響に加えて個体差があることが想定され、病態生理の検討のための新規アプローチが求められている。近年山中らにより樹立されたりプログラミングの技術により、患者由来の疾患特異的iPS細胞を樹立し、検討したい細胞をiPS細胞から分化誘導する時

代が訪れつつある。内耳と同様にヒト生体から採取して研究することが困難な中枢神経領域などでは既に疾患iPS細胞を用いた疾患研究と創薬が試みられており、疾患病態生理への新しい知見の蓄積や、新薬の開発が期待されている。今後、Pendred症候群についても同様の研究が進展することが期待される。また、個別の患者での病態生理を検討して、薬剤への反応性をあらかじめ *in vitro*で確認してから投薬する、いわゆるテーラーメイド医療も期待される。

### おわりに

筆頭著者が小児難聴例の画像検査で初めて前庭水管拡大に遭遇したのは2000年6月であった。当時4歳であったその難聴児は、聴力の変動があり、低音域に伝音難聴を示唆する気導閾値と骨導閾値の差があり、実際に中耳炎の合併も繰り返していたため、それまで難聴の評価と治療にたいへん苦慮していた。その後、遺伝子検査により *SLC26A4* 遺伝子変異が判明したことで、病態に対する理解、症状の見通し、医学的対応方法などについての明確な指針をもつことができたことは、大きな衝撃であった。それ以来、患者の診察あるいは遺伝子検査の依頼などで、これまでに著者らが経験したPendred症候群の診断例は70例を超えた。この間の医学と医療の進歩は著しく、原因と病態の解明、診断と治療の方法も大きく進展した。しかし、まだ根本的治療法は開発されていない。新たな技術とアイデアで研究と臨床に取り組み、これからの10年で何とか解決していきたいと考えている。

最後に本症候群の研究にあたり、これまで多数の難聴者とそのご家族、担当医師を中心とした多くの医療関係者のご協力を頂いたことに感謝したい。また、本稿に記した著者らの研究成果は厚生労働省の難治性疾患克服研究事業および国立病院機構共同臨床研究による支援を受けて行われたことを記す。

## ■ 文 献

- 1) Fraser GR: Association of Congenital Deafness with Goiter (Pendred's syndrome) A study of 207 Families. *Ann Hum Genet* **28**: 201-249, 1965.
- 2) Everett LA, et al: Pendred syndrome is caused by mutations in a putative sulphate transporter gene (PDS). *Nat Genet* **17**: 411-422, 1997.
- 3) Li XC, et al: A mutation in PDS causes non-syndromic recessive deafness. *Nat Genet* **18**: 215-217, 1998.
- 4) Reardon W, et al: Prevalence, age of onset, and natural history of thyroid disease in Pendred syndrome. *J Med Genet* **36**: 595-598, 1999.
- 5) Alasti F, et al: Pendred Syndrome/DFNB4. In: GeneReviews™ (ed by Pagon RA, et al) [Internet], p1993-2013, University of Washington, Washington, 2012. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1467/>]
- 6) Okamoto Y, et al: Subgroups of enlarged vestibular aqueduct in relation with SLC26A4 mutations and hearing loss. *Laryngoscope*. [in press]
- 7) Campbell C, et al: Pendred syndrome, DFNB4, and PDS/SLC26A4 identification of eight novel mutations and possible genotype-phenotype correlations. *Hum Mutat* **17**: 403-411, 2001.
- 8) Tsukamoto K, et al: Distribution and frequencies of PDS(SLC26A4) mutations in Pendred syndrome and nonsyndromic hearing loss associated with enlarged vestibular aqueduct: a unique spectrum of mutations in Japanese. *Eur J Hum Genet* **11**: 916-922, 2003.
- 9) Azaiez H, et al: Genotype-phenotype correlations for SLC26A4-related deafness. *Hum Genet* **122**: 451-457, 2007.
- 10) Yang T, et al: Transcriptional control of SLC26A4 is involved in Pendred syndrome and nonsyndromic enlargement of vestibular aqueduct(DFNB4). *Am J Hum Genet* **80**: 1055-1063, 2007.
- 11) Yang T, et al: Mutations of KCNJ10 together with mutations of SLC26A4 cause digenic nonsyndromic hearing loss associated with enlarged vestibular aqueduct syndrome. *Am J Hum Genet* **84**: 651-657, 2009.
- 12) Dossena S, et al: Molecular and functional characterization of human pendrin and its allelic variants. *Cell Physiol Biochem* **28**: 451-466, 2011.
- 13) Everett LA, et al: Targeted disruption of mouse Pds provides insight about the inner-ear defects encountered in Pendred syndrome. *Hum Mol Genet* **10**: 153-161, 2001.
- 14) Kim HM, Wangemann P: Failure of fluid absorption in the endolymphatic sac initiates cochlear enlargement that leads to deafness in mice lacking pendrin expression. *PLoS One* **5**: e14041, 2010.
- 15) Singh R, Wangemann P: Free radical stress-mediated loss of Kcnj10 protein expression in stria vascularis contributes to deafness in Pendred syndrome mouse model. *Am J Physiol Renal Physiol* **294**: F139-148, 2008.
- 16) Twyffels L, et al: Pendrin: the thyrocyte apical membrane iodide transporter? *Cell Physiol Biochem* **28**: 491-496, 2011.
- 17) Hulander M, et al: Lack of pendrin expression leads to deafness and expansion of the endolymphatic compartment in inner ears of Foxi1 null mutant mice. *Development* **130**: 2013-2025, 2003.
- 18) Ishihara K, et al: Salicylate restores transport function and anion exchanger activity of missense pendrin mutations. *Hear Res* **270**: 110-118, 2010.
- 19) Jabba SV, et al: Macrophage invasion contributes to degeneration of stria vascularis in Pendred syndrome mouse model. *BMC Med* **4**: 37, 2006.
- 20) Choi BY, et al: Mouse model of enlarged vestibular aqueducts defines temporal requirement of Slc26a4 expression for hearing acquisition. *J Clin Invest* **121**: 4516-4525, 2011.



## 次世代シーケンサーを用いた難聴の遺伝子診断に関する検討

松永 達雄、鈴木 直大、務台 英樹、難波 一徳、加我 君孝

国立病院機構東京医療センター臨床研究センター

A review of studies using next-generation sequencing for the genetic diagnosis of hearing loss

Tatsuo Matsunaga, Naohiro Suzuki, Hideki Mutai, Kazuhiro Namba, Kimitaka Kaga

National Institute of Sensory Organs, National Hospital Organization Tokyo Medical Center

In this review, we evaluate recent studies that have used next-generation sequencing (NGS) for the genetic diagnosis of hearing loss. Hereditary hearing loss is genetically heterogeneous and caused by a large number of deafness genes. Because of the extreme genetic heterogeneity, genetic diagnosis has been applied only to a subset of patients. NGS can perform parallel sequencing of billions of nucleotides at low cost and high speed, which makes it ideally suited for the comprehensive genetic testing of hereditary hearing loss. We are developing an original protocol based on NGS for the targeted genomic capture of all known deafness genes with the aim of establishing an efficient genetic test for deafness.

---

**Key words** : Hereditary hearing loss, deafness gene, genome, comprehensive genetic testing

**和文キーワード** : 遺伝性難聴, 難聴遺伝子, ゲノム, 網羅的遺伝子検査

---

### 論文要旨

本稿では次世代シーケンサー (Next Generation Sequencer : NGS) を用いた難聴の遺伝子診断の研究について、我々の研究の概要を含めて紹介する。遺伝性難聴では極めて多数の原因遺伝子があることが際立った特徴である。我々のこれまでの遺伝子検査結果の検討からは、遺伝子診断が可能な遺伝性難聴はまだ一部に限られた。NGSを用いた遺伝子解析ではDNA配列を断片化して同時に超並列に塩基配列を読むことで大量の遺伝子解析を短時間で安価に行える。このため、この解析技術は既知の全難聴遺伝子の網羅的解析に適していると考えられた。我々は既知の全難聴遺伝子のタンパク質コード領域のみに解析のターゲットを絞ったNGSにより高い頻度で原因診断が可能であると考えて研究を進めている。

### はじめに

遺伝性難聴が疑われる患者の診療において、患者あるいはその両親から難聴の原因を知りたいと求められる機会は多い。また、医師としての立場からは難聴の原因を

理解した上で診療を行いたいと考える。近年の難聴の分子遺伝学的研究の進歩により、一部の遺伝子変異に対する遺伝子検査が可能となり、こうした要望に応えることができる機会が徐々に増えている。そして遺伝子検査により原因が確定した上での診療経験は、原因別に整理・検討できるため、後の患者の医療により効果的に活かせる。しかし、現在のところ大多数の難聴遺伝子は主として技術的困難のために検査できない。本稿では、より効果的、効率的な難聴の遺伝子診断を目標とした次世代シーケンサー (Next Generation Sequencer : NGS) を用いた研究について、我々の取り組みと国際的な状況を紹介する。

### 遺伝性難聴と遺伝子診断について

難聴はおよそ出生500人に1人で認められる頻度の高い障害であり、その難聴者の約3分の2では原因が遺伝子にある<sup>1)</sup>。この遺伝性難聴においては、約70%の患者が難聴以外の症状を伴わない非症候群性難聴であり、それ以外の約30%の患者が難聴以外の症状を伴う症候群性

難聴である<sup>2)</sup>。非症候群性難聴の原因遺伝子はこれまでに61種類報告されており、現在も増え続けている(Hereditary Hearing Loss Homepage, <http://hereditaryhearingloss.org>)。また、難聴以外の症状を伴う症候群性難聴も多数存在している。そして、これらの遺伝性難聴の大部分は単一遺伝子疾患であり、遺伝子検査で原因診断が確定する。症候群性難聴の中には、乳幼児期は難聴以外の症状がないため非症候群性難聴との鑑別が困難なPendred症候群やUsher症候群などもあり、乳幼児の非症候群性難聴の原因には、このような症候群性難聴の原因遺伝子も考慮する必要がある。このように遺伝性難聴では極めて多数かつ多様な原因遺伝子があることが他の遺伝性疾患と異なる際立った特徴である。

遺伝性難聴が疑われる難聴者あるいは原因不明の難聴者において、遺伝子検査を行い遺伝的原因を診断するのが遺伝子診断である。難聴の遺伝子診断の診療への活用の具体例としては、原因および病態の理解と説明、難聴および合併症の特徴と経過の予測、治療法の選択、予防的対応と増悪時対応、遺伝カウンセリングなどがある。近年、国内でも新生児聴覚スクリーニングの普及により、難聴の早期発見例が増えているが、乳幼児では聴覚や難聴の病態の評価が困難な場合がある。このような時にも遺伝子診断による難聴の病態や特徴の予測が有用となる。

これまでの遺伝子診断の検討

現在、診断を目的とした難聴遺伝子検査を行う国内外の多くの施設においては、1) 頻度の高い遺伝子

(GJB2遺伝子など)、2) 比較的頻度の高い遺伝子の特定の変異(数種類~数百種類)、3) 臨床的特徴から可能性があると推測される遺伝子、の一部あるいは組み合わせで解析を行っている。

我々の施設でも、これまで上述の1) - 3)の方法を組み合わせた方法で遺伝子検査を行い遺伝子診断に活用してきた<sup>3),4)</sup>。2012年までの10年間の原因不明の難聴者での結果を図1にまとめた。原因が確定した難聴者は、保存臍帯を用いたサイトメガロウイルス検査を実施して先天性サイトメガロウイルス感染が難聴の原因と判明した症例を含めても、発症が4歳以下では約42%、5 - 19歳では20%、20 - 39歳では13%であった。原因が確定しなかった症例の中には遺伝的要因以外の原因による難聴も含まれていると考えられるが、これまでの検査方法では調べることができない原因遺伝子による遺伝性難聴も多く含まれていると推測される。原因診断の確率をさらに高めるためには、既知の多くの(できれば全ての)難聴遺伝子を短時間で経済的に調べることができる検査方法が必要であることが示された。

次世代シーケンサーを用いた遺伝子検査の確立のための検討

NGSは近年開発された全く新しいシーケンス技術であり、DNA配列を断片化して同時に超並列に塩基配列を読むことで、大量の遺伝子解析を短時間で安価に行うことが可能である<sup>5)</sup>。そこで我々はNGSを用いた遺伝子検査による遺伝子診断の確立を目指して研究を進めた。NGSを用いた解析ではヒト全ゲノム(30億塩基)

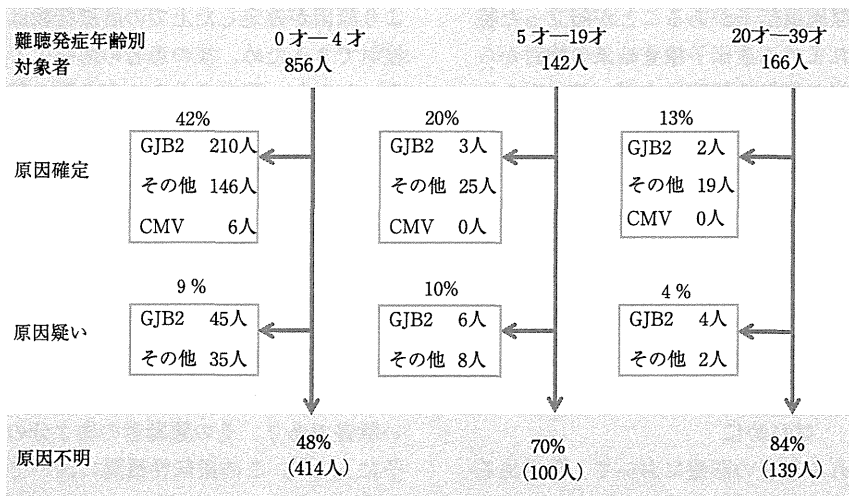


図1 当施設における難聴者の遺伝子検査結果

の塩基配列も解読できるが、それには時間もかかり、費用も高い。全ゲノム中でタンパク質をコードしているのは約2%であり、その領域に遺伝性疾患の原因となる変異の85%が存在していると推測されている<sup>6)</sup>。そこで、ゲノム上の特定の領域にターゲットを絞り解析するターゲットリシーケンシングという技術を用いて、タンパク質コード領域のみにターゲットを絞り解析するエクソーム解析が、遺伝性疾患の効率的・網羅的ゲノム解析法として報告されている<sup>7),8)</sup>。さらに難聴遺伝子のみにターゲットを絞ったターゲットリシーケンシングも報告されている<sup>9)~13)</sup>。

我々は難聴遺伝子検査をより高い感度で短時間で安価に行うことを目指して、既知の全難聴遺伝子のタンパク質コード領域のみに解析のターゲットを絞ったNGS検査の確立を目指して研究を進めている(図2)。NGSを用いた遺伝子解析では、例えば既知難聴遺伝子のターゲットリシーケンシングであっても1人の難聴者に対して多数の原因候補となる遺伝子変異が見つかり、その中から一つに絞る(つまり難聴の原因を確定する)ことが困難である場合が多い。我々は図3に示した多段階の解析

を行って絞り込みを行うことで、高い確率で原因を確定できると考えている。

以上のようなNGSを用いたシーケンスとそのデータ解析は膨大かつ複雑であるため、適正な遺伝子診断につなげるためには遺伝診療の専門家、分子生物学の専門家、バイオインフォマティクスの専門家が連携して進める必要がある。我々は、慶應義塾大学医学部臨床遺伝学センターおよび分子生物学教室、理化学研究所ゲノム医科学センター情報解析研究チームとの連携により本研究を進めている。

### 今後の展望

分子遺伝学的検査の臨床活用には、分析的妥当性、臨床的妥当性、臨床的有用性、倫理的法的社会的問題の検討と問題点の解決が必要とされている。我々は、分子遺伝学的検査及びNGSの診療活用に関するガイドライン(表1)に沿って、NGSを用いた難聴遺伝子検査の確立のための検討と問題点の解決に取り組んでいる。さらに、NGS検査を効果的に医療に活用できるための総合的なチーム医療体制の確立と、効果的な臨床活用を進めるた

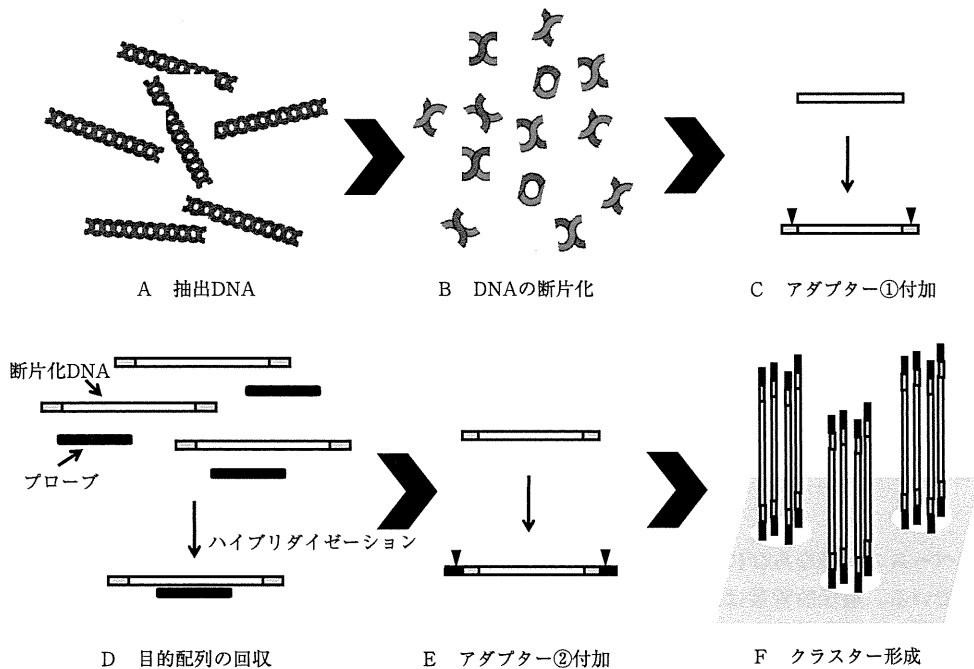


図2 当施設における難聴遺伝子のNGS解析

- A: 血液検体からDNAを抽出
- B: 超音波によりDNAを断片化
- C: 断片化DNAにシーケンス用塩基配列(アダプター①)を付加
- D: 目的の遺伝子塩基配列を特異的プローブとのハイブリダイゼーションにより回収
- E: 回収したDNAにクラスター形成用塩基配列(アダプター②)を付加
- F: チップ上でクラスター形成、その後NGSでシーケンス

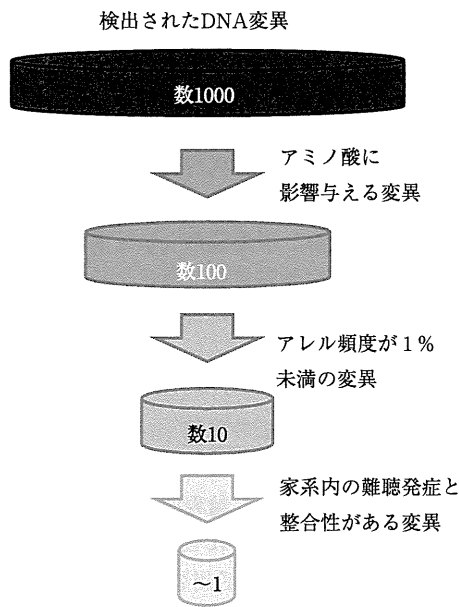


図3 当施設におけるNGS解析データの絞り込み工程

表1 分子遺伝学的検査及びNGSの診療活用に関するガイドライン

<ul style="list-style-type: none"> <li>・「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン（日本医学会、2011）」</li> <li>・「稀少遺伝性疾患の分子遺伝学的検査を実施する際のベストプラクティス・ガイドライン（日本人類遺伝学会遺伝学的検査標準化準備委員会、2010）」</li> <li>・「遺伝学的検査に関するガイドライン（遺伝医学関連学会、2003）」</li> <li>・「全ゲノムシーケンシング・全エクソンシーケンシングを診療に活用する際の留意点（アメリカ臨床遺伝専門医会、2012）」[Points to consider the clinical application of genomic sequencing（American College of Medical Genetics and Genomics, 2012）]</li> </ul>
--

めの基盤データベースの構築ならびにガイドラインの検討にも取り組んでいる。遺伝的背景は人種によって大きく異なるため、日本人の遺伝性難聴の遺伝子変異と臨床像を解明していく必要がある。このように、今後取り組むべき課題が多く残されているが、疫学的な研究には多施設共同研究による集団的アプローチが適しており、個別化された研究や独創的アイデアの研究には個別のチームによるアプローチが適している。今後、この両方のアプローチをバランス良く進めることで、我が国の難聴の

遺伝子診断研究が世界をリードできると考えている。

謝 辞

発表の機会を頂いた第22回日本耳科学会総会会長の村上信五先生、座長の森望先生、川瀬哲明先生に感謝致します。本研究にご協力頂いた難聴者およびそのご家族の方に感謝申し上げます。また、本研究にご協力頂きました慶應義塾大学医学部臨床遺伝学センター、小崎健次郎教授、慶應義塾大学医学部分子生物学教室、清水厚志講師、慶應義塾大学医学部耳鼻咽喉科学教室小川郁教授、国立病院機構東京医療センター臨床研究センター藤井正人部長に感謝申し上げます。本研究は厚生労働科学研究補助金（H23－実用化（難病）－一般－013）により行った。

付 記

本稿の受理後に関連する論文が掲載された。

Mutai H, Suzuki N, Shimizu A, Torii C, Namba K, Morimoto N, Kudoh J, Kaga K, Kosaki K, Matsunaga T. Diverse spectrum of rare deafness genes underlies early-childhood hearing loss in Japanese patients: a cross-sectional, multi-center next-generation sequencing study. *Orphanet J Rare Dis.* 2013 Oct 28; 8 (1): 172.

参考文献

- 1) Morton CC, Nance WE : Newborn hearing screening -a silent revolution. *N Engl J Med* 18 : 2151-2164, 2006.
- 2) Smith RJ, Bale JF Jr, White KR : Sensorineural hearing loss in children. *Lancet* 365 : 879-890, 2005.
- 3) 松永達雄、幸池浩子、務台英樹：難聴の遺伝子検査. *神経内科* 68 : 415-421, 2008.
- 4) Matsunaga T : Value of genetic testing in the otological approach for sensorineural hearing loss. *Keio J Med* 58 : 216-222, 2009.
- 5) Mardis ER : The impact of next-generation sequencing technology on genetics. *Trends Genet* 24 : 133-141, 2008.
- 6) Majewski J, Schwartzenuber J, Lalonde E, et al. : What can exome sequencing do for you? *J Med Genet* 48 : 580-589, 2011.
- 7) Choi M, Scholl UI, Ji W, et al. : Genetic diagnosis by whole exome capture and massively parallel DNA sequencing. *Proc Natl Acad Sci USA* 106 : 19096-19101, 2009.

- 8) Ng SB, Buckingham KJ, Lee C, et al. : Exome sequencing identifies the cause of a mendelian disorder. *Nat Genet* 42 : 30-35, 2010.
- 9) Brownstein Z, Friedman LM, Shahin H, et al. : Targeted genomic capture and massively parallel sequencing to identify genes for hereditary hearing loss in Middle Eastern families. *Genome Biol* 12 : R89, 2011.
- 10) Diaz-Horta O, Duman D, Foster II J, et al. : Whole-exome sequencing efficiently detects rare mutations in autosomal recessive nonsyndromic hearing loss. *PLoS One* 7 : e50628, 2012.
- 11) Baek JI, Oh SK, Kim DB, et al. : Targeted massive parallel sequencing: the effective detection of novel causative mutations associated with hearing loss in small families. *Orphanet J Rare Dis* 7 : 60, 2012.
- 12) Shearer AE, DeLuca AP, Hildebrand MS, et al. : Comprehensive genetic testing for hereditary hearing loss using massively parallel sequencing. *Proc Natl Acad Sci USA* 107 : 21104-21109, 2010.
- 13) De Keulenaer S, Hellemans J, Lefever S, et al. : Molecular diagnostics for congenital hearing loss including 15 deafness genes using a next generation sequencing platform. *BMC Med Genomics* 5 : 17, 2012.
- 
- 論文受付 25年1月15日  
論文受理 25年1月15日
- 別刷請求先：〒152-8902 東京都目黒区東が丘2-5-1  
国立病院機構東京医療センター臨床研究センター聴覚障害研究室 松永 達雄
-



## Pendred 症候群の診断と治療

国立病院機構東京医療センター耳鼻咽喉科

松 永 達 雄

### はじめに

Pendred 症候群は感音難聴と甲状腺腫を特徴とする常染色体劣性遺伝の症候群性難聴である。本症候群は最も頻度の高い症候群性難聴であり、小児難聴の主要な原因の一つである。近年、本症候群の原因として *SLC26A4* 遺伝子が発見され、それは前庭水管拡大を伴う非症候群性難聴 *DFNB4* と同一の原因遺伝子であることも明らかになった。このため、この2つの疾患を同一の病態とみなす場合もある<sup>1)</sup>。

### 疫学・病態

*SLC26A4* 遺伝子変異による難聴の割合は、先天性難聴では3%、小児難聴(4歳の時点)では7%である<sup>2)</sup>。*SLC26A4* 遺伝子はタンパク質 pendrin を産生し、これは内耳においては  $Cl^-/HCO_3^-$  の交換輸送、甲状腺においては  $Cl^-/I^-$  の交換輸送に働く。変異による内リンパへの  $HCO_3^-$  排出の低下から *KCNJ10* 発現の低下、蝸牛内静止電位の低下と続き難聴になる<sup>3,4)</sup>。甲状腺腫の病態はまだ不明である。

### 症状と経過

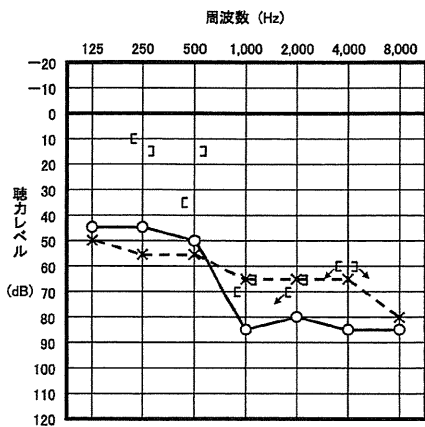
難聴は大部分が先天性であり、進行・変動する場合も多いが、その頻度は報告によりさまざまである。オーゾグラムの特徴は高音域の障害が強く、低音域に気骨導差を認める(図1A)。頭部への衝撃あるいは重量物を持ち上げるなどにより急性増悪する場合が多いが、誘因がなくても急性増悪する場合もある。急性増悪後の経過は回復することが多いが、残存する場合もある。難聴の急性増悪時に回転性めまい発作が随伴することも多く、眼振、悪心、嘔吐を伴うことも多い。本症の幼少児が突然倒れて動けず、泣きだすような場合には、めまい発作を疑う。めまいは1日から数日で回復するが、反復する場合もある。また、持続性の平衡機能障害を呈する場合もある。甲状腺腫の発症はほぼ全例で10歳前後かそれ以後であり、成人後の発症も少なくない。約25%は甲状腺腫を発症しないが、甲状腺 perchlorate 放出検査では異

常を認める。血液中の甲状腺ホルモン値が低下する頻度は低く、10%以下である。

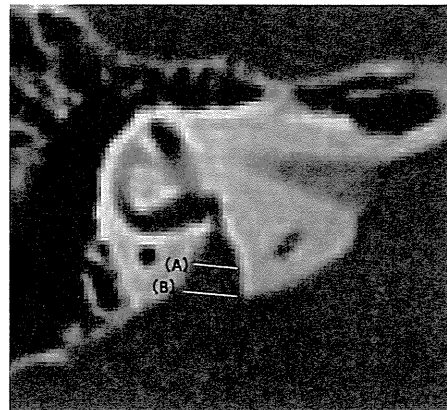
### 診 断

Pendred 症候群の国際的な診断基準は、1) 感音難聴(通常は先天性、非進行性、高度あるいは重度の聴力低下)、2) 両側性前庭水管拡大(蝸牛低形成(Mondini 奇形)を伴う場合と伴わない場合がある)、3) 甲状腺腫または甲状腺 perchlorate 放出検査で異常、である<sup>1)</sup>。一方、*DFNB4* の診断基準は、1) 感音難聴(多くは先天性、進行性に高度あるいは重度となる場合もある)、2) 前庭水管拡大(蝸牛奇形を伴わない)、3) 甲状腺機能が正常、である。

まず問診で、難聴の有無、発症時期、経過、家族歴、そしてめまいや甲状腺腫に関する情報を確認する。その後、発達年齢に応じた乳幼児聴力検査、純音聴力検査、他覚的聴力検査で、本症に特徴的な聴覚所見を評価する。難聴を認める場合には、側頭骨CTまたは内耳MRIによる画像検査で前庭水管拡大と蝸牛低形成を検討する。前庭水管の中間部が1.5mm以上あるいは中頭蓋窩への開口部が2mm以上で拡大ありと判定する場合が多い(図1B)。蝸牛低形成では蝸牛の頂回転と第2回転の境界が確認できない。甲状腺は視診、触診、超音波検査、必要があればCT、MRIなどで評価する。甲状腺機能は血液検査(T3、T4、TSH、サイログロブリン)、perchlorate 放出検査で評価する。しかし、perchlorate 放出検査は放射性物質を用いることから現在は国内での実施施設が限られている。*SLC26A4* 遺伝子の検討も診断に有用である。ただし、本遺伝子のミスセンス変異の判定には機能解析などを含めた慎重な検討が求められる。鑑別診断としては、他の原因による感音難聴と甲状腺腫の合併、あるいはperchlorate 放出検査で偽陽性を呈する橋本病などの疾患の合併を考慮する。



A) Pendred 症候群症例のオーディオグラム。



B) Pendred 症候群症例の側頭骨 CT. 右耳の拡大した前庭水管に中間部径 (A) および中頭蓋窩への開口部径 (B) を白線で示した。

図 1

管理と治療

Pendred 症候群の診断の際には長期的な症状の経過について十分に説明する。これにより、1) 難聴の進行、変動に対する不安の緩和、2) 成長してからの甲状腺腫の早期診断と不要な検査、治療の回避、3) めまい発作時の対応、に備える。難聴に対しては定期的に聴力検査を行う。また、急性増悪の誘因となりうる頭部への衝撃と重量物の持ち上げなどはなるべく避けるように説明する。

難聴・めまいの急性増悪時は突発性難聴に準じた経口あるいは経静脈のステロイド投与を行う。頻回の場合はステロイドによる副作用を考慮して投与しない場合もある。聴力の回復は突発性難聴と異なり、急性増悪から数カ月以上経過して認められる場合がある。めまい発作に対しては危険な病態でないことを確認の上、そのことを説明して自然回復を待つ。慢性難聴では、程度に応じて補聴器あるいは人工内耳を用い、小児では療育を行う。通常、適応例における人工内耳の効果は高い。甲状腺腫が増大して、生活に支障が出る場合には手術的に摘出する場合もある。甲状腺ホルモンが低下した場合には、甲状腺ホルモン製剤の内服を開始する。

遺伝カウンセリング

両親（患者が小児の場合）あるいは本人（患者が成人の場合）の希望に応じて遺伝カウンセリングを行う。Pendred 症候群では、保因者である両親の子が発症する確率は25%である。

参考文献

- 1) Alasti F, Van Camp G, Smith RJH: Pendred Syndrome/DFNB4. GeneReviews™ [Internet]. updated 2012 Dec 20, Pagon RA, Bird TD. Dolan CR (eds). University of Washington, Seattle; 1993.
- 2) Morton CC, Nance WE: Newborn hearing screening—a silent revolution. N Engl J Med 2006; 354: 2151-2164.
- 3) Singh R, Wangemann P: Free radical stress-mediated loss of Kcnj 10 protein expression in stria vascularis contributes to deafness in Pendred syndrome mouse model. Am J Physiol Renal Physiol 2008 Jan; 294: F139-148.
- 4) 松永達雄, 藤岡正人, 細谷 誠: Pendred 症候群研究の現況と展望. 日本臨牀 2013; 71: 2215-2222.

連絡先 〒152-8902 東京都目黒区東が丘 2-5-1  
 国立病院機構東京医療センター耳鼻咽喉科 松永達雄

