令和3年2月15日　第32回web病理検討会の内容

症例：20才女性（熊本大学）　再々移植症例

原疾患：Wilson病、初回1年後に難治性拒絶で再移植（生体）、その13年後再々移植（生体）

①術後8日目。トランス上昇。

熊大病理：中〜高度のACR、胆汁うったいが強い。C4dは有意でなかった。

羽賀先生：小葉間胆管は見えている。強い拒絶以外の原因としては不明。虚血再灌流障害はなさそう。

（パルス、ATGで治療）

②術後30日目　黄疸が遷延（TB15程度）

熊大病理：門脈域の細胞浸潤は減少。内皮炎もなく、ACRはない（治療効果あり）。中心静脈周囲の胆汁うったいが著明。小葉間胆管もみえる。

羽賀先生：炎症細胞浸潤の減少著明。小葉間胆管がみえるところと配列不整のところがあり、胆管障害が高度であったことをうかがわせる。原因は不明。

③術後60日目　黄疸はゆっくり減少。しかしやや下がり度待った。

熊大病理：ACRはなし。胆汁うったいは依然としてある。C4ｄも軽度陽性。

羽賀先生：胆汁うったいはあるが、大部分の肝細胞は正常。組織像全体として改善している。だが、門脈域での小葉間胆管がみえにくく、今後も要注意。（ductopeniaに成りやすい傾向）

その後、胆管狭窄を伴い、EBS挿入した。

なお、再々移植であり、初回、再移植のグラフトは摘出している；その摘出肝病理像は？

①初回移植肝：肝細胞の編成、壊死脱落ありACRもある。65才ドナーであった。

 羽賀先生：ductopeniaではない。血管病変もあり、閉塞やAMRが疑われる

②再移植肝：胆汁うったい、肝細胞壊死あり。小葉間胆管、HAが見えにくい。

　 羽賀先生：肝門部の炎症あり、胆管尚逸消失、胆管炎もある。＝慢性拒絶反応であろう。

総合的に、拒絶反応を起こしやすい人なのだろうと思う。原疾患（Wilsonの特性ではない）

現時点の免疫抑制は、痙攣がありタクロから、Cs+ステロイド＋MMF

サーティカンはどうなんだ（4剤で？）？→今は熊大としては考えていない。