平成28年9月 27日

第４回web病理検討会

（18-19：20）司会：熊本大学　山本

症例供覧

1. 長崎大学　50才代女性。　HCV肝硬変への死体肝移植後、胆汁うったい、HCV肝炎再発を経て、不適合移植によると思われる肝内胆管不整、吻合部狭窄を生じた例

（ゼロ生検、肝生研所見３回分　　63日、118日、130日）

羽賀先生のコメント

1. ゼロ、再灌流後の生検

長崎大学の所見と一致、軽度（5％未満）の脂肪沈着のみ、で特に問題なし。

　　　（２）63日

　　　　　　門脈域に細胞浸潤無し、小葉内炎症、好酸性小体→急性肝炎（HCV）（高RNAとう臨床所見を踏まえて）

　　　（３）118日

　　　　　　門脈域での拒絶の所見なし、慢性肝炎像もない。小葉内に胆汁うったい、アポトーシス、cholesatic hepatitis とは言える。急性肝炎の増悪。胆道狭窄は、小葉間胆管周囲に好中球浸潤あり、肝細胞浮腫もあるので、胆管狭窄もあるかもしれないが、主体とは言えないだろう。CMV肝炎の可能性は標本上からはいえない。

　　　（４）135日

　　　　　　124日のERCでvanishing bile duct synd.　を間上げて再度生検。門脈域の炎症が増悪、好中球も出現して胆管炎もあるかも。胆管病変の合併を前回より積極的に考えたい。肝細胞の腫大とアポトーシスは継続して肝炎像は持続。FCHの可能性も考慮したいが、interface hepatitisの所見が乏しい。CK7染色では細胆管ははっきりしなくて、HCVに伴うというより、単に胆道病変のための変化と考える。

　　　　　その後胆汁うったい増悪、189日のERBで肝内胆管不整。

臨床的には、HCVへのDAA治療を行って、TBのピーク37は16程度まで下降してそれ以上、下がらない。入院中。

羽賀先生は、このERCの像からは、病理がどうあれ、ABO不適合肝移植の合併症と断言できると思う。（抗体価は全く上がった既往がない。C4dは陰性→かつてと違い、最近は、抗体が上がらなくても、典型的な壊死を伴わなくても遅発性に徐々に進行する病変がみられるようになっていると感じる）

1. 熊本大学

（１）1歳6月。急性肝不全。移植後再生不良性貧血またはHPS。骨髄穿刺液は供覧できず。骨髄生検の方が鑑別に望ましい。摘出肝はsubmassive necrosis ,原因不明。肝生研所見は、急性拒絶反応像。（羽賀先生のコメントは熊本大学病理診断通り）

（２）2ヶ月。高チロシン血症。摘出肝の病理。多発腫瘍があるが、悪製造はなく、再生結節である。この年（2歳未満）での肝癌発症はまずない。肝生検所見は、急性拒絶反応で、熊本大学の診断通り。

次回：10月20日予定。