1.　新潟大学提示症例

（三浦先生提示）胆道閉鎖症で乳児期生体肝移植後18年目ころからトランスアミナーゼ高値症例。肥満を伴う。免疫抑制剤は術後7年で完全中止。移植後20年で肝生検を行った。

→羽賀先生による病理所見は、１．免疫抑制剤離脱症例、門脈域には炎症は不明瞭。少し線維化あり。明らかな拒絶反応はなし。２。単純性の高度な脂肪肝80％程度。（大滴性脂肪肝）。

→その後、栄養指導、ダイエット、運動などで徐々に肝機能改善。

２．長崎大学提示症例

（三好先生提示）50代多発肝腎嚢胞　生体肝移植後。術後regT細胞輸注療法症例。術後早期に肝静脈狭窄でステント留置、出血血腫圧迫で血腫除去（このとき肝生検）を実施、術後1か月で退院後、肝機能異常で再入院、51日目に生検。

→初回生検（4日目再開腹時）：（長崎大）中心静脈周囲に出血が目立つ。門脈域の繊維性拡大無く細胞浸潤軽度。胆管若干変成あり。→羽賀先生：中心静脈周囲に出血、凝固壊死があり、循環障害による肝細胞壊死と思われる。Shock liverでもみられる所見である。

　2回目の肝生検（28日目　protocol biopsy）:（長崎大）出血像消え、門脈域では、胆管ダメージ少し有り、炎症細胞浸潤は大きな変化無し（少しある）、Ｖ因子は少し細胞浸潤有り。Ｐ１Ｂ１Ｖ１でスコア３．→羽賀先生：長崎の読み通り。拒絶は不確実ではっきりしない。免疫抑制調整は不要。

　3回目の肝生検（52日目）：（長崎大）門脈域の細胞浸潤が強くなり、胆管は不明瞭になっている。Ｐ１Ｂ２Ｖ２でスコア5点と診断。正し線維化は強くなかった。急性拒絶反応と診断した。→羽賀先生：急性拒絶反応で良い。Ｐ２Ｂ２Ｖ１かと思われ、中等度の拒絶反応である。

→その後の経過：再度生検の後、ステロイドパルスをして、再度生検して、なお急性拒絶有り、ＡＴＧ使用し、反応あり改善して退院した。

　4回目の生検：（長崎大）3回目と比べて門脈域の細胞浸潤は若干減少。胆管障害は変性持続。線維化は無し。Ｂ２Ｐ１Ｖ１と判断。　→羽賀先生：非常に肝細胞のアポトーシス（好酸体）が増加。慢性拒絶の初期の時に、“transition hepatitis”という形態があり、初期の慢性拒絶としてもみれる。これは正確な機構は不明であるが、急性から慢性に移行するような「小葉内の炎症とか細胞壊死　アポトーシス」がみられる像を示し、Banffの記載でtransition hepatitisというように命名されている。そのとき、胆汁うったいがあったり、門脈域が萎縮したりすることがある。この症例でも、門脈域が萎縮性で小型であるのも気になる。

アポトーシスは、正常な肝臓では基本的には見えないはず。球性拒絶におけるリンパ球浸潤と無関係に生じるアポトーシスは、ウイルス性肝炎か、今回の例のように、慢性拒絶の初期でありうるので臨床医に警鐘をならすべき。

長崎からの質問：術後早い時期だが、慢性拒絶としていいのか？→慢性拒絶は時期的なもので影響されないので、そう言えないということはない。慢性拒絶の早期像は可逆性はあるので、もし、臨床的に改善しているなら、必ずこれ以降進行していくとは限らない。

熊本からの質問：

ＡＴＧを使う前に、ステロイドパルスに見切りをつける目安はあるか？→通常の１ｇパルスでまったく反応がなかったので、すぐ見切りをつけた。

肝生検針のストロークは？→内科にお任せで不明。

通常のTreg療法での生検像は大きな問題なくみえるものか？→そうである。

→その後の経過は問題無し。