８月２１日　病理web検討会

1. 熊本大学症例

｛臨床経過｝21才女性、胆道閉鎖症に対する生体肝移植後２年の肝機能異常。２年間で、体重が53ｋｇから80ｋｇへの増加があり、代謝内科による減量指導中。プログラフの血中濃度が不安定で、概ねトラフ5ng/ml程度で管理中であったが、投与量は増減されていた。

トランスアミナーゼが40-60ＩＵ/Ｌ程度あり、プロトコール的な肝生検が実施された。

（熊本大学での病理診断）門脈域に形質細胞を含む混合細胞浸潤あり、内皮炎は目立たず、胆管傷害はあり、サイロケラチン染色でもやや萎縮性。細胆管反応はない。中心静脈周囲炎は目立たない。肥満があるが、脂肪肝炎の所見無し。診断「遅発性の細胞性拒絶反応」

（羽賀教授のコメント）：ほぼ門脈域の炎症だが、一部interface hepatitisの所見あり。門脈域にはリンパ球主体、形質細胞を含む混合性細胞浸潤があり、血管内皮炎は目立たないが、１カ所、中心静脈周囲炎がある。胆管が不明朗な部分があり、胆管傷害は明らかにある。細胆管増生はない。門脈域の線維化、remodelingとも言える変化があり、Ｆ２のレベルである（少し以前から起こっていた変化であると推測できる）。

診断「Ｔ細胞関連遅発性の急性拒絶反応で、中等度以上」

➡免疫抑制を強化して経過をみること。

1. 長崎大学症例

（臨床経過）58才女性、ＨＣＶ-ＬＣ生体肝移植後４ヶ月後の重度肝障害（ＴＢ、トランスアミナーゼの上昇）。左葉移植、過小グラフトではない。不適合移植でもない。術後５日目にoutflow block があり再開腹して肝臓の位置修正で改善した既往がある。その後血小板減少＝ＩＴＰがあり、治療で軽快するも血小板５万程度。３ヶ月頃までは肝機能は良かった。エコー上の血流障害はない。トランスは300程度で推移、ＴＢが上昇し、８ｍｇ/ｄｌととなり、移植後４ヶ月で肝生検。ＨＣＶ-ＲＮＡはlog 7.9程度と高値持続。また、生検直前のＣＴで、内側区域の血流障害（鬱血？）があった。胆道合併症はない。肝生検は外側区域からされている。所見上、拒絶は否定的であり、まつＨＣＶ再燃と断定できなかったが、ＲＮＡも高く、黄疸の増強もあり、ＤＡＡを開始した。結果として、ＴＢは以遷延しているが、トランスの低下が見られている。

（長崎大学での病理診断）肝細胞の膨化、好酸体をわずかに見る。門脈域の軽度線維化有るも細胞浸潤は軽度。細胆管増生が目立つ。薬剤性肝障害を否定できない。典型的なＨＣＶ再燃と言えない。

（羽賀教授のコメント）：肝細胞の膨化、細胆管反応がある。肝内末梢では門脈見えにくい。門脈が見えないのが結果か原因か不明。脂肪肝に近い状態で、血流不全、あるいは薬物などが考えられる。好酸体があることを考えると急性肝炎みたいな変化も考えられるが、典型的ウイルス肝炎は考えにくい。明確な原因が不明。