平成29年10月 16日Ｈ29年度第5回病理検討会　討議内容

症例１：熊本大学　54才男性　急性肝不全（原因不明）

右葉（ＧＲＷＲ0.8％）生体肝移植後、トランスアミナーゼ（ＡＬＴ＞ＡＳＴ）が500以上に上昇した症例。免疫抑制は3剤併用。

生検１：術後35日、生検２：術後51日

熊本大学の安里先生の診断と羽賀先生のコメントはほぼ一致：

　１：門脈域軽度細胞浸潤、胆管傷害軽度、内皮炎ごく軽度。胆汁うったい　あり。➡拒絶反応は明確で無い。感染症、あるいは過小グラフトなどが疑われる。

　２：炎症細胞浸潤は１よりさらに減少。Sinusoidの拡張、胆汁うったいが少し残る。➡拒絶所見なし。確定的な病理診断困難。

その後、次第にトランスが下降した。

症例２：金沢大学　44才女性　原因不明の肝硬変（ＡＩＨかと思われる）。脳症ＩＩ度、ＭＥＬＤ29点で脳死肝移植。ドナー70才代。

免疫抑制3剤併用。1週目から腹水が5Ｌ程度あり。

生検１：術後13日、生検２：27日、生検３：39日、その後死亡剖検。

羽賀先生コメント

生検１：中等度の拒絶反応。中心静脈周囲には肝細胞の脱落萎縮あり。鬱血の状態。門脈域の拒絶所見と中心静脈域の鬱血所見が独立してある状態。この時点では、血管造影上大血管の狭窄や血栓無し。

生検２：拒絶反応無し。ＣＶ周囲は鬱血増悪、ＨＶ狭窄を考える。この時点でのＶＯＤの鑑別は困難。

生検３：（感染の悪化あり。エコー上の門脈血流の低下あり）。

ＰＶは炎症無く、ＰＶの内腔は開いている。ＣＶ周囲は細胞脱落が著明。やはり2に続いて、outflow blockを考える。感染でも鬱血所見出るが、これほどにはならない。

剖検肝（バーチャルスライドなく、ＰＰＴ提示の所見のみ）：マクロで肉づく肝で、鬱血高度。マクロ上の大血管閉塞無し。病理学的にも鬱血。Budd-Chiariではなく、Sinusoidal Obstruction Syndr.またはＶＯＤ。確定診断は困難。

（なお、ＤＳＡは陰性とのこと）

高齢ドナーでは、脂肪肝や細胞膨化はあるが、鬱血は起こるわけでは無い。