7月24日　SNUC Web病理カンファレンスのまとめ

1. 長崎大学症例　60代　アルコール性肝硬変移植後肝障害症例

臨床経過：肝移植後、腎障害の合併があり、CINIトラフ低値で維持、MMF1500ｍｇ併用。移植後4ヶ月、16ヶ月、28ヶ月の3回の肝生検歴有り（プロトコール的肝生研）。当初全く炎症所見無かったが、一部細胞浸潤、肝炎像がでてきた。トランスアミナーゼの上昇なし。術後のDSA上昇無し。自己抗体の出現無し。

羽賀先生コメント：わかりにくい病理像である。細胆管増生、形質細胞の出現、軽度の線維化があり、リンパ球の実質内浸潤がある。ACR,AMRとして典型的ではない。慢性型の急性拒絶反応の初期ともいえる。CNIの濃度を少し上げて、反応を見る価値があるのではないだろうか。

議論：このような状況（肝機能正常）で免疫抑制剤を増やす必要があるか、各施設どうするか。

リンパ球浸潤からPTLDは疑わなくて良いか：リンパ球が大型で無く、悪性とは言えないと思われる。

1. 金沢大学症例　40代　PBC。CP12,MELD24で移植（TB23mg/dl）。血液型不適合。14日前にリツキサン投与（薬物反応があり、2日後ステロイド併用で再投与）。術前2回血漿交換。B細胞抑制十分で移植。

術後トランスの上昇で,3週間、55日の2回肝生検。1回目の肝生検時は、ACR,AMR否定され薬物性の疑いと判断。しかし、DSA高値で血漿交換、IVIG,　エベロリムス投与。トランスの遷延があり、2回目の生検。

この間、抗体値、B細胞の増加なし。2回目の生検にかけて、下痢が持続し、E. Cecium などが継続して出ていた。血倍陰性。

羽賀先生コメント：

（１）21日目：中心静脈周囲の出血壊死があり、何らかの虚血性変化を考えたい。ACR,AMRは否定的。感染が加わっている可能性あり。

（２）55日目：細胆管内の胆汁うったいが目立つ。炎症所見は引いてきている。AMRではzone, 2,３の胆汁うったい多いことあるが、この症例では門脈域の変化も少なく、AMRといえない。やはり感染と判断が難しい。むしろ免疫抑制は比企気味でも良かった症例ではないか。

（結果）：術後2.5年経過し、健在とのこと。

議論：DSAの測定方法と意義。ＨＬＡ抗体陽性者は、研究書で測定しているとのこと。