1.　長崎大学症例：前回（８月）に提示された、Ｃ型肝硬変に対する肝移植後遷延する肝機能障害例の続報で、術後５ヶ月に至ってなお肝障害が遷延し、肝生検が再度行われた症例。

前回以降、ＤＡＡの使用でＨＣＶウイルス活性は落ち着くも、患者さんの倦怠感が持続、感染傾向があり、細菌、真菌に対する抗菌療法を継続中。トランスはいったん下降して250前後に再上昇、黄疸は軽快して2ｍｇ/ｄｌ程度。

（羽賀先生の診断、コメント）

門脈領域に慢性拒絶の所見無し、アポトーシスもなく肝炎の所見にも乏しい。肝細胞で、核の周囲がピンク、周辺がすりガラス状でツートンカラーになっており、このような所見は、「多剤薬物性肝障害」の時に生じやすい。

ＤＡＡ使用後、いったんトランスが下がっていることから、前回の上昇がＨＣＶの影響が一部あった可能性はあるが、断言できない。

2.熊本大学症例：50才代女性。原因不明肝硬変に対する左葉グラフト（0.73％）生体肝移植後、半年頃より胆道系酵素の上昇を認めた症例。肥満だが、ＮＡＳＨは否定。ＡＬＴ。ＴＢはほぼ性状で、ＧＧＴＰだけが600程度に上昇、胆汁酸も高値。胆道系は造影上狭窄が否定された。味覚異常にて、CNIがＦＫからＣｓＡに変更になっている。移植後早期に、ＴＢ、ＡＬＴの上昇があり、ステロイドパルスをした既往はある。

（羽賀先生の診断、コメント）

門脈域にリンパ球、形質細胞がある。無い飛燕はないが、中心静脈周囲肝細胞の脱落と炎症はあり。

Banff2016では、以前のde novo AIHをplasama-cell rich　rejectionというようになっている(plasama cell 20% 程度あるとき)。

軽度のＡＣＲという診断でいいと思う。門脈域で胆管がきていいないので、ＣＲの要素はないと思うが、要注意である。