

平成 31 年 1 月 21 日 通算 26 回 web 病理検討会 内容

症例 1 (金沢大学) 70 代女性

「原疾患 PBC 拡大右葉グラフト生体肝移植術後 16 年目に肝性脳症を発症した症例」

臨床経過：移植時から継続して存在する PC シヤントはある。胆管拡張も以前から画像上あるが、これも特に経時的に変化無く臨床的に問題にならなかった。肝性脳症はすぐ改善し、その後再発無し。

疑問点：これまで大きな問題なく経過してきて、この時期の肝性脳症が生じた病態は何か？

それまでの肝生検

2 年目：特に異常なし

12 年目：脂肪肝 (30%)、PBC 再発無し

今回 (16 年目)：

病理診断 (羽賀先生)：すりガラス様肝細胞。門脈域で、動脈肥厚があり、門脈内腔がはっきり見えない。類洞の拡張がある。細胆管反応がみられる。拒絶反応があるとはいえない

“non-cirrhotic portal hypertension”という診断

質問：胆管増生は、拒絶と言えないか。

(羽賀先生) 拒絶の時の細胆管反応では、胆管の内腔が見えるようなものは少ない。内腔が見えるときは、むしろ狭窄を考える。

今後の対応：現在高齢で心不全の治療中でもあり、PC シヤントにアプローチはできそうだが積極的にシヤントを閉鎖にいくようなことは躊躇する。よって経過観察。

症例 2 (長崎大学) 60 代女性

「術後 2 ヶ月 NANB 肝硬変後区域移植後、肝酵素、ビリルビン上昇遷延」

臨床経過：DSA 軽度高値、ドナー脂肪肝、術中動脈再吻合、術後早期肝静脈狭窄 (ステント留置)、真菌・CMV 感染合併

疑問点：遷延する肝機能異常の原因は何か？

肝生検 (44 日目)

羽賀先生診断:胆汁うっ滞が強い。感染症(sepsis)と過小グラフト症候群(SFS)の鑑別になる。胆汁うっ滞は、門脈域周囲の細胆管内が中心である。その原因として、sepsis, SFS または虚血再灌流傷害の遷延、が鑑別対象になる。前者二つの鑑別は難しい。頻度的に考えれば、1 感染, 2.SFS、と考える。1 として、短肝周囲の好中球が少ないので、迷う点がある。

今後の対応：現在、免疫抑制を緩和して経過を見ている。