平成 31 年 2 月 18 日　第 27 回 Web 病理検討会

① 岡山大学症例　移植後 2 年で　「Delayed acute rejection」を生じた例
原疾患 PBC、左葉移植、
免疫抑制：FK+Steroid+MMF
（1）術後 9 日目にトランス上昇有り、RAI=P2B0V3 で生検前からパルスしていたが、その二日目に肝酵素上昇著明。（生検あり）高度の拒絶と判断して、ATG7 日間投与して改善、その後の生検もあり。改善いったん退院。その後胆管狭窄あるもステントで改善。FK+Steroid+MMF(500mg)で維持。
羽賀先生：2 回目の生検では、門脈域が萎縮性で目立たない。中心静脈周囲の線維化と細胞の脱落もある。
（2）術後 2 年 4 ヶ月で再び肝酵素上昇。ステロイドパルスで改善。一部形質細胞もあり、de Novo AIH も鑑別したい。
→羽賀先生コメント：グリソン主体の炎症細胞浸潤があり、一部小葉内に及ぶ。P3V2B1 で拒絶とは思う。この解釈として、中心静脈周囲の線維化と広がる肝炎像があり、炎症が門脈からなのか中心静脈からの広がりなのか、わかりにくい。De Novo AIH とはいえないと思うが、severe rejection でして妥当と思われる。

今後の免疫抑制については------
少なくとも下げないように。MMF は増量している（500/500）。FK　6-10 程度。プレドニンは 5m g 程度で維持。またフォロー生検を 1 年後？

② 熊本大学症例
59 才男性、HC 肝硬変再発後の再移植症例。再移植後胆汁漏あり、再回復腸瘻造設した既往あり。術後 2 年でストマ閉鎖。CRP 軽度上昇、GGTP200-300、ALT50-100 で経過してきていたが、定時生検では特に問題なかった。8 年後の生検でも、F1>F2,　A1。Keratin 染色はしていない。後区域胆管の拡張があるも、胆汁うったい症状無し。
10 年後の生検：熊大病理の診断---大きなグリソンがあり、大型の胆管がみえる。リンパ球、形質細胞、好中球浸潤有り、門脈域が少ない。小葉間胆管、

細胆管の確認ができにくい。Azan で中心静脈周囲に線維化もみられ、感染の持続と、慢性拒絶も否定できない、という判断であった。

羽賀先生コメント：慢性拒絶反応の初期としてみていた。ほとんどの門脈域が萎縮性で胆管も消失しているところがある。一見したより門脈域は多いが不明瞭な門脈域になっている。
長崎から質問：慢性拒絶にしては炎症細胞の誘導が少ないのではないか。
羽賀先生：全くないわけではない。

今後の方針として-----免疫抑制剤の減量はしないように。