

2019年10月7日 病理カンファレンス提出症例（熊本大学）

2019年2月のカンファレンスで提出した慢性拒絶が疑われた症例のフォロー肝生検の報告です。

症例：59歳、男性

原疾患：C型肝硬変

生体肝移植

初回；2001年1月他大学で生体肝移植施行。術後二次性胆汁鬱滞性肝硬変を来し、再移植へ。

再移植；2008年2月当院で生体再肝移植施行。MELD score：17、血液型 O(+)→O(+)

HLA 型：問題なし HLA クロスマッチ：陰性

ドナー：長男 グラフト：右葉グラフト、GRWR：0.69%

HCV 陰性症例（初回手術後に PEG+Rib 治療施行）

術後経過：

術後胆管空腸吻合部縫合不全をおこし、24POD 腹腔ドレーンの腹水中アミラーゼ高値にて 37POD 空腸離断術、胆道外瘻・小腸人工肛門造設術施行。胆管空腸縫合不全治癒にて 2010年6月人工肛門閉鎖、脚の空腸空腸吻合術施行。

ALP や  $\gamma$ GTP は高めで推移していたが、トランスアミナーゼやビリルビンは正常で経過してきた。画像上明らかな胆管狭窄はなし。

→定期肝生検（H19-00923）

前回（2019年2月）カンファレンスに提出分。

小葉間胆管、細胆管の確認ができにくく、中心静脈周囲に線維化もみられ、ほとんどの門脈域が萎縮的で胆管も消失していることから、慢性拒絶反応の初期像を見ている可能性があるとのことで、免疫抑制剤を強化。プログラフ 0.5mg/0.5mg 同量で継続し、セルセプトを 500mg/500mg より 1000mg/1000mg へ増量。

肝酵素、胆道系酵素高めで推移、黄疸は上昇なく経過。

→定期肝生検（H19-0773）

<data>

2019年9月肝生検前 AST=52, ALT=55, T-Bil=0.9,  $\gamma$ GTP=298

<免疫抑制>

FK trough 4-7、MMF 1000/1000