

令和元年 6 月 24 日 SNUC-LT 令和元年度第 1 回 web 病理検討会

Webex 録画番号：0858-1

症例 1：長崎大学

20 才代 PSC 右葉生体肝移植後

術後早期動脈閉塞 再吻合 aborted，肝梗塞・膿瘍合併するも肝内動脈側副血行再開。術後 4 ヶ月退院。

生検 1（5 POM）：軽度トランス上昇。

施設病理所見-chronic cholangitis, mild ACR(P1,B2, V1)

羽賀教授診断：拒絶よりも、HAT に伴う胆管合併症。PSC 再発の否定は難しいことがあるが、今回は、術後 5 ヶ月という早期である事（通常は 2 年程度でゆっくりくる）、PSC 以外の胆道合併症を惹起する要因がある事、などから、PSC 再発は否定的。

生検 2（1 POY）：定時生検。臨床的には安定（胆道狭窄から胆管ステントを入れた後）。

施設病理所見- chronic cholangitis, mild ACR(P1,B2, V1).前回より、門脈域の炎症細胞、好中球増加、胆管変成が強くなっている。

羽賀教授診断：前回同様、慢性胆道炎症、狭窄の所見。前回より改善は無く、むしろ悪化傾向。臨床的な安定と病理所見の齟齬があるが、病理所見では、例えば胆管障害などで部分的な変化もありうるので、臨床所見と病理所見が異なることはあり得る。

生検 3（17 POM）：黄疸増強 {TB30 前後}、トランスは低下傾向。ステント交換できず吻合部閉塞状態。直接担当造影上は、枯れ枝状変化。現在、脳死再移植待機中。

施設病理所見- chronic cholangitis, cholestasis, P1,B2,V1。炎症細胞浸潤増加、胆管変成所見増強、胆汁うったい、一個の胆管で、同心円状の線維化あり。

羽賀教授診断：HA 拒絶に由来する胆道狭窄で一連の変化は説明できる。同心円状の短肝繊維化は、PSC 再発に特異的ではなく、慢性の胆道狭窄の所見であり得る。好中球浸潤も多く、PSC 再発は最後まで否定的。

症例 2 熊本大学症例

20 才代 PSC, 右葉生体肝移植後

術後早期にトランス上昇あり、ステロイドパルス、その後、肝静脈狭窄にステント挿入 (non-anastomotic stricture)。55 病日 退院。

生検：13 ヶ月後軽度のトランス上昇。(DSA は陰性) マクロ造影的には胆道系には問題無し。

施設病理所見・ 2 カ所の門脈域の浮腫状腫大。リンパ球、形質細胞、好酸球の浸潤有り、好中球は少ない。胆管変成があり、門脈内皮下に細胞浸潤有り。PSC の再発戸へ言えない。P2,V1,B の軽度の拒絶反応。C4d 染色は陽性と捉えていない。

羽賀教授診断：胆管障害、その内皮の核配列の乱れがあり、胆道狭窄所見があることは間違いない。形質細胞浸潤がある事は、拒絶なら de novo AIH か AMR を想起させるが、胆道系を含めて考えると、PSC 再発の疑いがある。なお、C4d 染色は内皮類洞でうっすらと染まっており、これが継続して見られるなら、AMR も考え得る。DSA 陰性でも C4 d 陽性なら、病理的な意味はあり得る。PSA 再発と、拒絶反応は相関するものでなく別個に考えるべきである。

この症例では、拒絶反応である事も念頭に、当面免疫抑制を落とさずに経過を見ることが必要であろう。