

DIAKLINIEK

Een Hongaarse rollercoaster

M. Bonny¹, G. Vanneste², P. Doubel³, P. Debruyne⁴, E. Suys¹

¹ Dermatoloog, Praktijk dermatologie, Handelskaai, Kortrijk en dienst dermatologie, AZ Groeninge, Kortrijk

² Anatoom-patholoog, Dienst pathologische anatomie, AZ Groeninge, Kortrijk

³ Nefroloog, Dienst nefrologie, AZ Groeninge, Kortrijk

⁴ Medisch oncoloog, Dienst medische oncologie, AZ Groeninge, Kortrijk

Correspondentieadres:

Michiel Bonny

Praktijk dermatologie

Handelskaai 1G

8500 Kortrijk

E-mail: michiel.bonny@telenet.be

Wij beschrijven de casus van een 67-jarige dame die zich presenteert met roodpaarse papels laag op het abdomen en suprapubisch (figuur 1). Een jaar eerder onderging zij een niertransplantatie omwille van eindstadium nierfalen op basis van autosomaal dominante hepatorenale polycystose. In de voorgeschiedenis heeft patiënte een endometriumcarcinoom waarvoor hysterectomie en radiotherapie is toegepast. Biopt van een papel toont het beeld van een kaposisarcroom (KS). Staging met PET-CT toont geen letsels op afstand. Patiënte wordt behandeld met aciclovir en radiotherapie. De huidige immuunsuppressie bestaat uit tacrolimus en mycofenolaatmofetil. In overleg met de nefrologen wordt tacrolimus vervangen door sirolimus. Dit leidt tot een volledige remissie van het KS.

Echter omwille van sirolimus-pneumonitis wordt opnieuw tacrolimus gestart. Zeven maanden later, twee jaar na de initiële presentatie, vertoont patiënte een recidief aan de benen en buikwand maar tevens

chyleus ascitesvocht, pleuritis, pericarditis en aantasting van de maagmucosa. Patiënte wordt behandeld met paclitaxel wekelijks met mooi resultaat. Omdat het hier gaat om een immuunsuppressie geïnduceerd KS, wordt besloten tot transplantectomie, vanwege de contra-indicatie voor sirolimus. Tot op heden is patiënte opnieuw in remissie.

KS is een lymfovascuoloproliferatieve aandoening uitgaande van de endotheelcellen waarvan het ware maligne karakter nog steeds ter discussie staat. Mogelijk betreft het eerder een reactieve proliferatie. Zoals vaak ligt de waarheid waarschijnlijk ergens in het midden.

KS werd voor het eerst beschreven door Moritz Kaposi in 1872 als idiopathische multiple gepigmenteerde sarcoma's van de huid.¹

KS wordt onderverdeeld in vier categorieën:^{1,2}

- 1) klassiek KS: oudere mannen van Oost-Europese of mediterrane afkomst;
- 2) endemisch KS: jonge populatie in zwart Afrika;
- 3) epidemisch KS: geassocieerd met aids;
- 4) immuunsuppressie of transplantatiegeassocieerd KS: stijgende prevalentie.

Immuunsuppressie na transplantatie balanceert tussen het bewaren van (de functie van) het transplantaat en het risico op infectie en maligniteit. Alle tumoren komen veel vaker voor in een transplantatiepopulatie. Als dermatologen zijn we goed vertrouwd met de hogere incidentie van BCC en SCC (tot 250 x meer kans). De incidentie van KS is ongeveer 500 x hoger.^{1,2} KS komt voor bij 0,5%-5,3% van de transplantatiepatiënten afhankelijk van de etnische achtergrond; meer bij Joodse, mediterrane, Afrikaanse, Arabische origine (0,01%-0,06% in de algemene populatie) en treft meer mannen dan vrouwen, 3:1; doch in mindere verhouding dan de klassieke vorm, 15:1. Gemiddeld manifesteert KS zich 13-21 maanden na transplantatie.³ Meestal is er louter cutane aantasting en zelden viscerale aantasting. De incidentie nam toe vanaf de jaren tachtig sinds de introductie van de calcineurine inhibitoren.¹

De pathogenese van KS wordt langzaam opgehelderd met recente moleculair biologische inzichten.¹ Een latente infectie met het in 1994 ontdekte KS-geassocieerde herpesvirus, ook bekend als humaan herpesvirus 8 (HHV8), is een noodzakelijke maar onvoldoende voorwaarde. De graad van immuunsuppressie is een belangrijke cofactor. De reactivatie van HHV8 brengt een hele chemokine



Figuur 1. Roodpaarse papels laag op het abdomen en suprapubisch.

machinerie op gang waarbij de upregulatie van VEGF en diens receptor Flk-1/KDR een centrale rol spelen.^{3,4}

De hoeksteen van de behandeling is het aanpassen van de immuunsuppressie. Dit omvat meestal het stoppen van de calcineurine inhibitoren (ciclosporine, tacrolimus). Daarvoor in de plaats kan een mTOR-inhibitor opgestart worden (sirolimus, everolimus). Hierbij wordt vooral ingewerkt op de angiogenese via downregulatie van VEGF en verminderde endotheliale respons op VEGF. Deze aanpak is frequent gerapporteerd en geeft vaak goede resultaten, zeker bij louter cutaan KS.¹⁻⁴ Mogelijke problemen zijn achteruitgang van de nierfunctie of intolerantie, zoals in onze casus. Andere opties zijn chemotherapie (doxorubicin, vincristine, bleomycine, paclitaxel).¹ Ondanks de rol van HHV8 lijkt antivirale therapie weinig zinvol.

SAMENVATTING

Een niertransplantatiepatiënte ontwikkelt een jaar na de transplantatie roodpaarse papels op het abdomen. Histologie toont het beeld van kaposisarcoom. De immuunsuppressie wordt gewijzigd naar sirolimus met goede respons. Omwille van intolerantie dient sirolimus gestopt te worden met recidief kaposisarcoom tot gevolg. Er wordt gestart met chemotherapie met goed resultaat. Er wordt nadien een transplantectomie uitgevoerd. Deze casus illustreert het belang van het type immuunsuppressie bij niertransplantatiepatiënten met kaposisarcoom.

TREFWOORDEN

kaposisarcoom – immuunsuppressie – niertransplantatie

LITERATUUR

1. Stallone G, Infante B, Grandaliano G, et al. Kaposi's sarcoma and mTOR: a crossroad between viral infection neoangiogenesis and immunosuppression. *Transpl Int* 2008;21:825-32.
2. Najafi F, Kafaie P, Neamatzadeh H. Treatment of an early Kaposi's sarcoma case post kidney transplantation bij sirolimus: a case report. *Acta Med Iran* 2017;55:139-41.
3. Campistol J, Schena F. Kaposi's sarcoma in renal transplant recipients-the impact of proliferation signal inhibitors. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22(Suppl 1):i17-i22.
4. Volkow P, Zinser J, Correa-Rotter R. Molecularly targeted therapy for Kaposi's Sarcoma in a kidney transplant patient: case report, "what worked and what did not". *BMC Nephrology* 2007;8:6.

SUMMARY

A renal transplant recipient developed reddish purple papules on the abdomen one year after transplantation. Skin biopsy revealed Kaposi sarcoma. Immunosuppressive medication was switched to sirolimus with a good response. Because of intolerance to sirolimus the medication was stopped resulting in a relapse of the Kaposi sarcoma. The patient was then successfully treated with chemotherapy. Afterwards the renal graft was removed. This case illustrates the importance of the type of immunosuppression in renal transplant recipients with Kaposi sarcoma.

KEYWORDS

Kaposi sarcoma – immunosuppression – renal transplant

GEMELDE (FINANCIËLE) BELANGENVERSTRENGELING

Geen