

American Society of Nephrology Renal Week, Denver, Colorado, November 2010

Van 18 tot 21 november 2010 vond in Denver, Colorado, het grootste nierpathologie congres van het jaar plaats: American Society of Nephrology Renal Week.

Op dit congres komen alle onderzoeksgebieden in het veld van de nierziekten aan de orde, zowel het klinische als het basale onderzoek. Van deze vele onderwerpen zal ik hierna één van de sessies die ik had bijgewoond nader toelichten.

Het betreft een sessie getiteld: “Understanding and treating the late failing allograft”. Hierin kwamen verschillende onderdelen aan bod, beginnend met de verschillende oorzaken voor het verlies van een transplantaat. Dit is in te delen in primaire non-functie, acute resectie en laat transplantaat verlies. Wat betreft de laatste is deze in te delen in glomerulaire oorzaken (terugkerende ziekte, *de novo* ziekte, transplantaat glomerulopathie) en IFTA (= interstiële fibrose en tubulaire atrofie), hetgeen in essentie het histologisch beeld beschrijft zonder dat het een oorzaak hiervoor aanwijst. Het wordt wel gezien als gevolg van terugkerende resectie (antilichaam gemedieerd/cellulair), pyelonefritis, calcineurineremmer toxiciteit, (BK) virusinfectie, ureterobstructie, chronische hypertensie of slechte transplantaat functie.

Vervolgens werd de rol van het nierbiopt besproken. Zoals hiervoor gezegd bestaat in de context van het late transplantaat verlies de term IFTA. Prognostisch is het van belang dat hier aangegeven wordt of er “fibrose geassocieerde inflammatie” is of dat deze 2 processen (tubulaire atrofie/fibrose en inflammatie) op verschillende plaatsen in het biopt plaatsvinden. Het eerste heeft namelijk een slechtere prognose. De term IFTA is echter geen diagnose, maar slechts een beschrijving van het histologisch beeld. De rol van C4d immunohistochemie in het biopt is ook nog onduidelijk; een deel van de patiënten met C4d-depositie in het biopt zal een transplantaat glomerulopathie ontwikkelen, en ruim 70% van de patiënten met een transplantaat glomerulopathie heeft in een voorafgaand biopt C4d depositie, maar de exacte relatie is nog niet bekend. Ook tonen niet alle biopten van patiënten die voldoen aan de klinische criteria voor antilichaam gemedieerde resectie depositie van C4d, waarbij er aanwijzingen zijn dat de gevallen zonder C4d depositie mogelijk een snellere progressie naar transplantaat glomerulopathie tonen. Al met al blijkt dat het nu in de praktijk belangrijk is om de klinische data en oudere biopten mee te nemen bij de interpretatie van het te beoordelen biopt en zo tot een diagnose te komen.

In de presentatie hierna wordt ingegaan op het terugkomen van de verschillende ziekten in het transplantaat. De frequentie hiervan, alsmede het beloop, is sterk afhankelijk van de oorspronkelijke ziekte. Zo zal MPGN (membranoproliferatieve glomerulonefritis) type II terugkeren in de grote meerderheid van de patiënten, terwijl voor bijvoorbeeld FSGS (focale globale en segmentale glomerulosclerose), dit percentage veel lager ligt. Ook is het percentage dat terugkeert sterk afhankelijk van de gebruikte onderzoeksmethode; in protocollaire biopten ligt het percentage hoger dan in biopten genomen op klinische indicatie, hetgeen aangeeft dat het microscopisch terugkeren van de ziekte niet per se direct zal leiden tot klinische symptomen. De behandeling van de terugkerende ziekte is vaak moeilijk, juist omdat de ziekte onder immuunsuppressie is teruggekeerd. Bij FSGS kan bijvoorbeeld overwogen worden om bij high-risk patiënten te plasmafereren, reeds kort na de transplantatie. Ook lijkt het hebben van minder

proteïnurie pre-transplantie, zoals bijvoorbeeld bewerkstelligd kan worden door nefrectomie, een gunstig effect te hebben op het terugkeren van de ziekte.

Tot slot werden de verschillende oorzaken van overlijden onder transplantatiepatiënten besproken waarbij wordt opgemerkt dat “dood de meest voorkomende oorzaak van verlies van het transplantaat is”. Deze oorzaken zijn cardiovasculair van aard, of ten gevolge van infectie of een maligniteit. Wat betreft het laatste laat onderzoek zien dat mTOR remmers zoals sirolimus een klein verlagend effect hebben op het aantal maligniteiten, doch dat hier meer bijwerkingen gezien worden.

Al met al was het een congres waar ik uiteraard vele boeiende praatjes heb bijgewoond, welke varieerden van basaal tot klinisch. Deels was er presentatie van abstracts (zowel poster als oraal), deels waren er sessies waarbij experts uit het gebied de huidige stand van zaken weergaven, zoals de sessie hierboven beschreven. Ik heb veel geleerd, zowel voor mijn promotieonderzoek als voor mijn opleiding tot patholoog.

Suzanne Wilhelmus
AIOSKO Pathologie LUMC
Leiden, november 2010