



# Quando l'IRIS incontra il sarcoma di Kaposi: un caso clinico

**Autori:** *Raissa Aronica, Gabriella De Girolamo, Francesca Cancelli, Vera Mauro, Marco Ridolfi, Serena Valeri, Patrizia Pasculli, Cecilia Tosato, Andrea Brogi, Paola Guariglia, Claudio Maria Mastroianni*

**Affiliazioni:** Dipartimento di Sanità Pubbliche e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma

**Parole chiave:** sarcoma di Kaposi, IRIS, Kaposi polmonare, ART

## Introduzione

Il sarcoma di Kaposi (KS) è un tumore mesenchimale dei vasi sanguigni e linfatici causato dall'Herpesvirus umano 8 (HHV-8) [1]. Tra le varie forme di KS, quella epidemica o AIDS-relata (AIDS-KS) ha una maggiore tendenza ad evolvere in senso aggressivo, coinvolgendo comunemente la cute ma potendo anche dare interessamento linfonodale o viscerale [2].

Il KS può inoltre presentarsi per la prima volta come parte della Sindrome da Immunoricostruzione (IRIS), entità nota come KS-IRIS, associata con maggior frequenza a coinvolgimento polmonare. [3]

## Caso clinico

Vi presentiamo il caso di un uomo di 59 anni con recente diagnosi istologica di KS cutaneo, ricoverato presso il Reparto di Malattie Infettive del Policlinico Umberto I di Roma per tosse e febbre (giorno 0).

In settima giornata di degenza veniva effettuata diagnosi clinica di pneumocistosi AIDS-relata (nadir CD4+ 40/mmc, zenit HIV-RNA 43000 cp/ml) per cui eseguiva 21 giorni di trattamento con trimetoprim/sulfametossazolo (TMP-SMX) con miglioramento del quadro clinico e radiologico. Si eseguivano inoltre Quantiferon TB gold e CMV-DNA su sangue, risultati negativi. Lo studio con EGDS e RCSC per stadiazione di KS non mostrava lesioni viscerali. Iniziava ART in dodicesima giornata con bictegravir/emtricitabina/TAF con riduzione, dopo tre settimane, dell'HIV-RNA a 48 cp/ml. Veniva dimesso (giorno 27) con profilassi per *P. jirovecii* e *T. gondii*.

Al giorno 62 compariva dispnea con emoftoe, per cui il paziente veniva nuovamente ricoverato. La TC torace ad alta risoluzione (HRTC) mostrava nuovi addensamenti a vetro smeriglio associati ad una lieve insufficienza respiratoria per cui iniziava terapia empirica con TMP-SMX, ceftriaxone e azitromicina. La ricerca su sangue di CMV, EBV e galattomannano risultava negativa, HHV8-DNA risultava positivo (1903 cp/ml). Esami microbiologici e citologici su espettorato risultavano tutti negativi. Eseguiva fibrobroncosopia che mostrava a carico di entrambi gli emisistemi bronchiali mucosa diffusamente iperemica e facilmente sanguinante. Si eseguiva broncolavaggio alveolare su cui venivano inoltre eseguiti: galattomannano, ricerca patogeni respiratori (Multiplex PCR), citologico, ricerca germi comuni e miceti, PCR per *M. tuberculosis*, PCR per *P. jirovecii*, tutti risultati negativi.

Nonostante il trattamento antibiotico empirico, si assisteva ad un peggioramento degli scambi respiratori che richiedeva O<sub>2</sub> terapia con FiO<sub>2</sub> 0.40. Nel sospetto di KS polmonare veniva richiesto esame citologico specifico su espettorato con colorazione immunocitochimica HHV8 anti-LANA: alcune cellule della serie monocito/macrofago presentavano colorazione puntata nucleare, espressione di infezione HHV8. Si eseguiva ricerca molecolare PCR su espettorato che dimostrava alti titoli di HHV8-DNA (262000 cp/ml). Iniziava pertanto terapia cortisonica e antiproliferativa con doxorubicina liposomiale, con netto miglioramento del quadro clinico dopo una settimana. La HRTC di controllo eseguita al giorno 101 dimostrava netta riduzione in numero ed estensione degli addensamenti parenchimali polmonari.

## Reference bibliografiche:

- [1] Ulrich R Hengge et al., Update on Kaposi's sarcoma and other HHV8 associated diseases. Part 1: epidemiology, environmental predispositions, clinical manifestations, and therapy. *Lancet Infect Dis* . 2002 May;2(5):281-92.
- [2] Taisa Davaus Gasparetto et al., Pulmonary involvement in Kaposi sarcoma: correlation between imaging and pathology, *Orphanet J Rare Dis*. 2009 Jul 14;4:18.
- [3] Stanley M Nwabudike et al., Pulmonary Kaposi Sarcoma: An Uncommon Cause of Respiratory Failure in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy-Case Report and Review of the Literature, *Case Rep Infect Dis* . 2016;2016:9354136.



Fig. 1 TC giorno 7

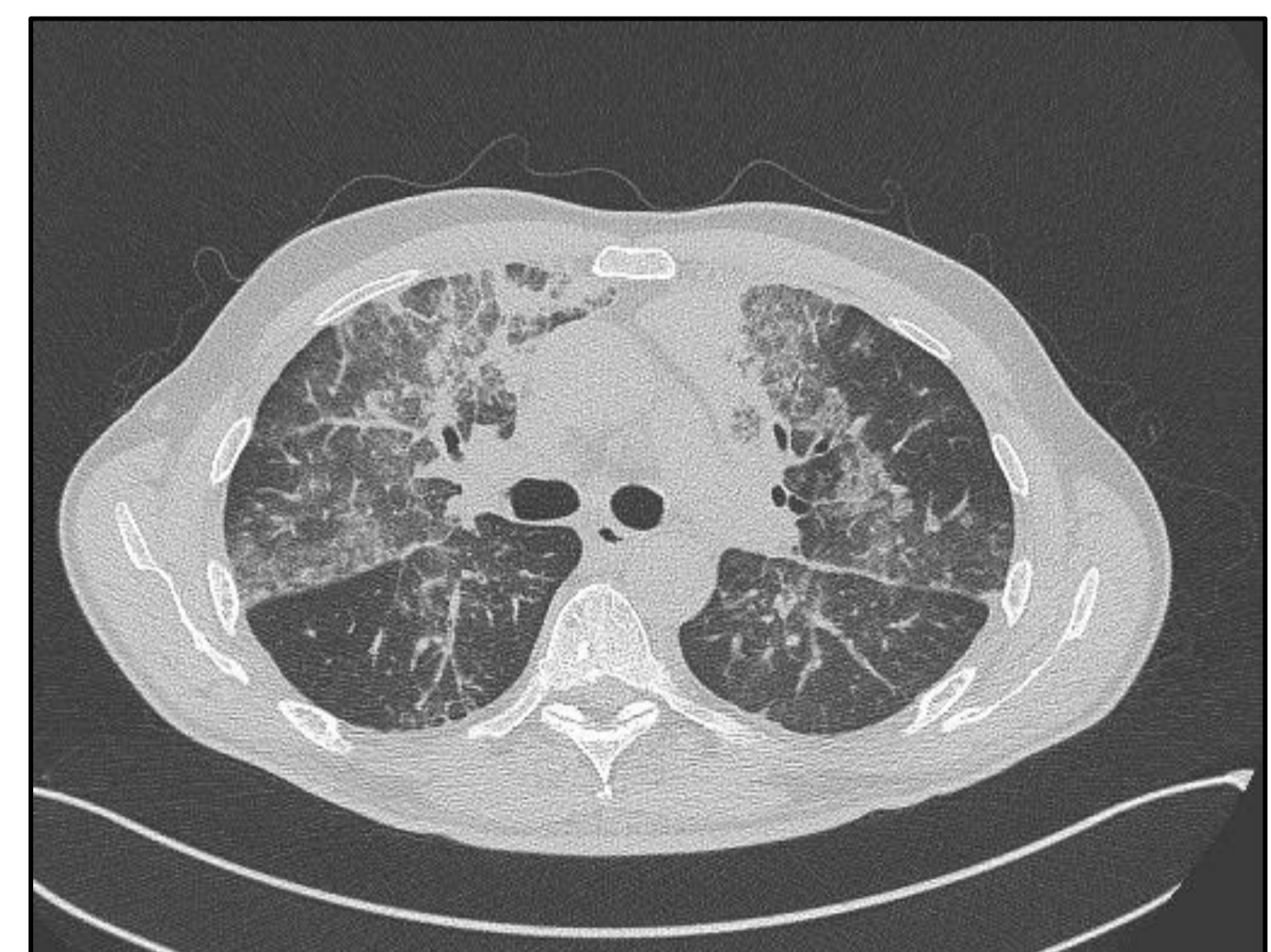


Fig. 2 TC giorno 72

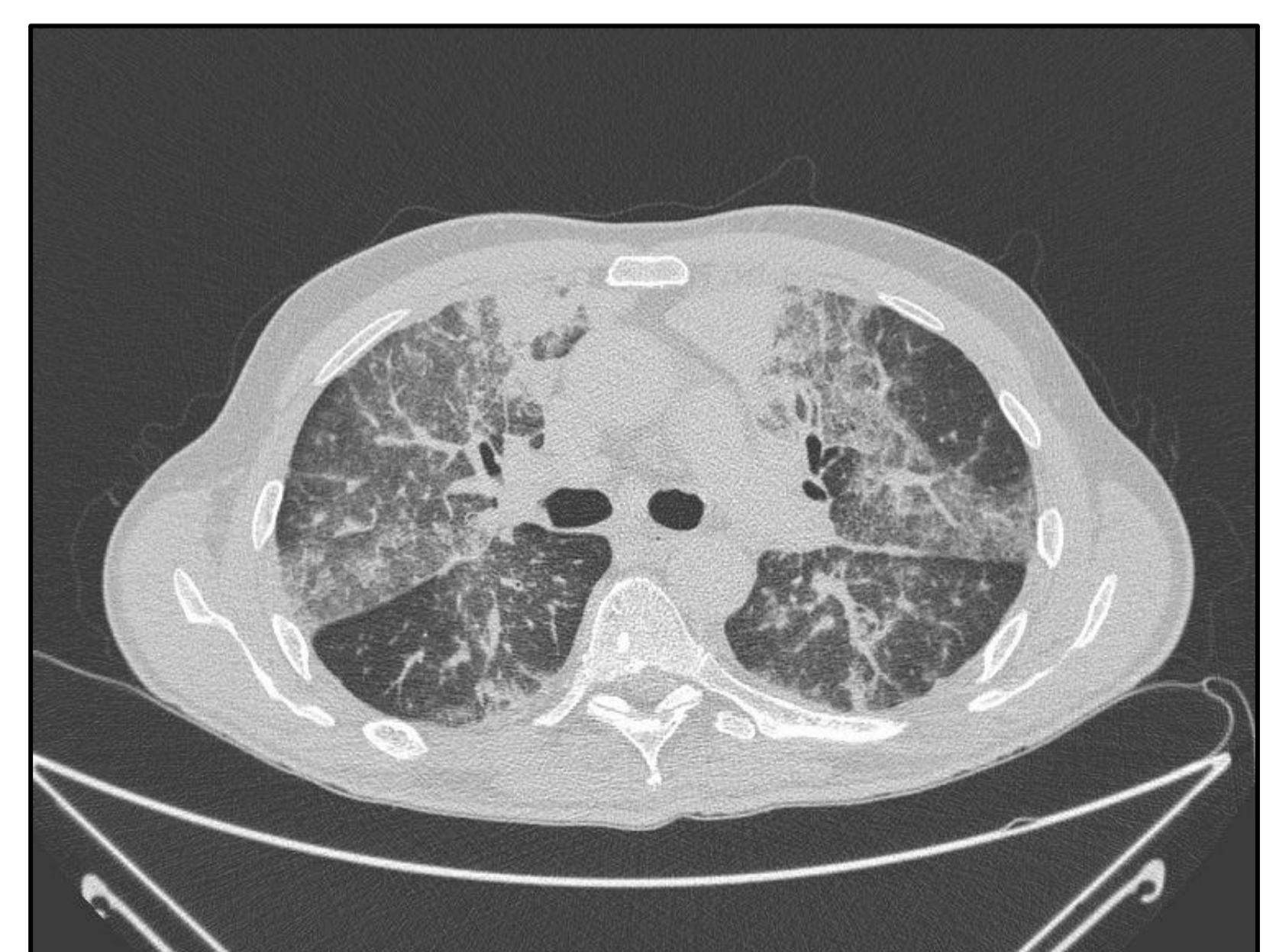


Fig. 3 TC giorno 83

## Conclusione

In caso di sintomatologia respiratoria ingravescente dopo inizio di ART in paziente AIDS con KS mucocutaneo, la diagnosi differenziale deve tener conto di un possibile coinvolgimento polmonare da parte del sarcoma, dopo aver escluso altre possibili cause di natura infettiva, collaborando strettamente con il virologo e l'anatomopatologo al fine di ottimizzare l'iter diagnostico-terapeutico.

