

Impressie van het DHC 23

Behalve de belangrijke stands van bijvoorbeeld Stichting leukemie, Hematon, Oscar en Stichting Zeldzame Bloedziektes, waarschijnlijk allemaal bemenst door vrijwilligers (!) was het deze dag weer mogelijk elkaar te ontmoeten en te luisteren naar presentaties. Een korte samenvatting van elke presentatie;

1. **State of the art van Multiple Myeloom door Niels vd Donk:**

- Voor fitte patiënten is de standaard behandeling nu 4x Dara-VRD+ SCT+2xDaraVRD+nabehandeling met Lenalidomide
- VRD heeft de voorkeur boven VTD vanwege minder polyneuropathie bij Lenalidomide ten opzichte van Thalidomide. Bovendien is Lenalidomide goedkoper en beter verkrijgbaar
- In de toekomst is er wellicht plaats voor CAR-T, Iberdomide en/of Teclistamab
- Voor niet-fitte patiënten is de standaard DaraLendex (met of zonder Bortezomib) of DaraVMP. Bij nierfalen dient sowieso Bortezomib te worden gegeven
- Als end-of-care behandeling is nu de keus uit palliatie of in studie Teclistamab of CAR_T

2. **Supportive care bij Multiple Myeloom door Simone vd Linden**

- Vroeger bestond supportive care alleen uit zuurstof, transfusies en pijnbehandeling'
- Nu is supportive care een waaier van ondersteuning op allerlei gebieden: fysiek (transfusies, zuurstof), psychisch, sociaal, pijn, muziektherapie, voeding, beweging, palliatie en spiritueel
- Bij polyneuropathie geef je bij voorkeur Duloxetine
- Steeds belangrijker wordt het goede moment te kiezen voor Advanced Care Planning

3. **Aandacht voor ET en PV door Laura Griffioen**

- Met hulp van vragenlijst MPN-SAFF is een flink aantal patiënten met ET of PV geïnterviewd
- Over het algemeen gaven zij aan een goed kwaliteit van leven (met Hydrea) te ervaren
- Ze gaven ook aan meer voorlichting (over toekomstperspectief) te willen en meer begeleiding-op-maat.

4. **Acute nierinsufficiëntie, hypokaliaemie en hyponatriemie door Tim Dekker en Ernst-Jan van ;t Wout**

- Creatinine is een aanwijzing voor de nierfunctie maar is ook afhankelijk van spiermassa
- Nierfunctiestoornissen kunnen pre-renaal, renaal of post-renaal zijn
- Nierfunctiestoornissen ontstaan door ziekte of juist door behandeling
- TLS ontstaat doordat veel zouten vrijkomen bij een cytotoxische behandeling
- Hyperkalinmie kan ook vals zijn: door te veel stuwing bij de bloedafname bijvoorbeeld

5. **Schimmelinfecties bij de hematologische patiënt en de rol van profylaxe door Elisabeth de Kort**

- Schimmels kunnen draderig zijn (filamenteus, zoals Aspergillus) of juist niet (zoals candidae)
- Bij candidae bestaat kans op hepto-splenale candidiasis
- Diep neutropeen, lang neutropeen of lage T-cellen geven grotere kans op schimmels
- Schimmelinfecties zijn vaak ernstig, voorkomen is beter dan moeten genezen
-]Fluconazol helpt echter alleen tegen candida, niet tegen filamenteuze. Dan geef je Amfoterizine
- Beide middelen hebben echter ook nadelen en niet iedereen krijgt schimmels dus dat is het dilemma

- Bij hypomethylerende middelen (Azacitidine, Decitabine) en Venetoclax geef je profylaxe tegen schimmels
- Bij Ibrutinib en bij CAR-T zijn patiënten ook diep-neutropeen dus overweeg profylaxe
- Screenen op schimmels (veelvuldig kweken) wordt aanbevolen.

6. Venetoclax bij AML en interacties door Dave de Leeuw

- AML bij ouderen neemt toe, de prognose zonder SCT is nog steeds matig
- Hypomethylerende therapie geeft gemiddeld 4 maanden meer overleving
- Venetoclax bindt aan normale cellen die apoptose bevorderen
- Venetoclax gecombineerd met chemo geeft gemiddeld nog eens 5 maanden langere overleving
- Daarom nu de standaard eerste lijn voor niet-fitte patiënten
- De belangrijkste bijwerkingen zijn neutropenie en infecties (en gastro-intestinaal)
- Daarnaast is er een groot risico op TLS. Daarom moet Venetoclax worden opgebouwd. Dit doe je per dag. De eerste dagen controleer je al na een aantal uren
- TLS voorkom je verder door goed te drinken, eventueel Hydrea en Allopurinol
- Vanwege neutropenie, overweeg je profylactisch anti-schimmels (bij diepe neutropenie) en antibiotica (Levoflox)
- Vanwege interacties (Cyb3a) moet dan de Venetoclax-dosering sterk worden aangepast (verlaagd). Wees je bewust van cumulatieve toxiciteit
- Door al die risico's en controles wordt de eerste gift vaak klinisch gegeven
- Snel na de start doe je al een controle BMP, meestal al na 14 dagen. Soms moet je dan al even stoppen namelijk.

7. Ervaringen en begeleidingsbehoeften bij CAR-T door Britt Snoek

- Er is onderzoek gedaan naar patiënten met 1 van 3 soorten lymfomen
- Deze hebben dus allemaal eerst al meerder behandelingen achter de rug, waren opnieuw progressief maar zagen door de CAR-T de gemiddelde 5 -aars overleving met een spectaculaire 43% stijgen
- In het onderzoek zijn 12 patiënten en 7 mantelzorgers geïnccludeerd
- Conclusie was vooral dat men meer behoefte had aan op maat gesneden begeleiding

8. Bispecifieke antilichamen werkzaamheid en effectiviteit door Marjolein vd Poel

- B-cellen maken een grote diversiteit aan antilichamen (bestaande uit lichte en zware ketens)
- antilichamen binden zich aan antigenen waarna celdood ontstaat
- monoclonale antilichamen hebben maar 1 manier van binden aan een antigeen
- bispecifieke antilichamen kunnen zich ook binden aan T-cellen (Epcoritamab). Dus enerzijds aan CD 20 en anderzijds aan CD3 van de T-cel (bij Non-Hodgkin)
- er kan ook een medicijn gebonden worden aan een antilichaam: antibodydrugs zoals Brentuximab]
- de bijwerkingen van bispecifieke antilichamen zijn vooral CRS (CytokineReleaseSyndrome) en ICANS (neurologische afwijkingen). Beiden zijn bij goede behandeling reversibel
- bij CRS zie je al koorts bij 38,0, hypotensie en desaturatie. Er zijn 4 gradaties, meestal komen allen 1 en 2 voor. De behandeling bestaat vooral uit steroïden en Tocilizumab
- bij ICANS valt vooral op dat het handschrift van de patiënt verandert en ook vermindering van cognitie en bewustzijn. Ook hier zijn 4 gradaties en behandel je zoals bij CRS

Toekomstbeelden

- DGBCL: er zijn in studie goede resultaten met Epcoritamab sc. Je moet eerst opbouwen en daarna eens in de 4 weken tot progressie. CRS en ICANS komen weinig voor en kunnen goed behandeld. Glofitamab iv in studie is nieuw met hele goede resultaten tot nu toe. Het mooie is verder dat na 12 kuren je geheel kan stoppen, bij Complete Remissie
 - FL: voor patiënten met een hoge Flipi is er nu in studie Mosunetuzumab iv: opbouwen tot onderhoud niveau tot progressie. Tot nu toe goede respons met weinig bijwerkingen
 - MM: Teclistamab en Tolquetamab sc (binden aan CD3 en BCMA) geven een goede respons, terwijl de patiënten al eerder minstens 6 lijnen behandeling heeft gehad. Er zijn wel bijwerkingen maar grotendeels reversibel
- 9. 's avonds was er nog een samenzijn met Victor Mids en een voordracht over kosten in de gezondheidszorg door Erwin Kompanje.**