

# Multipel myeloom: de ziekte van Kahler, van diagnose tot zorg

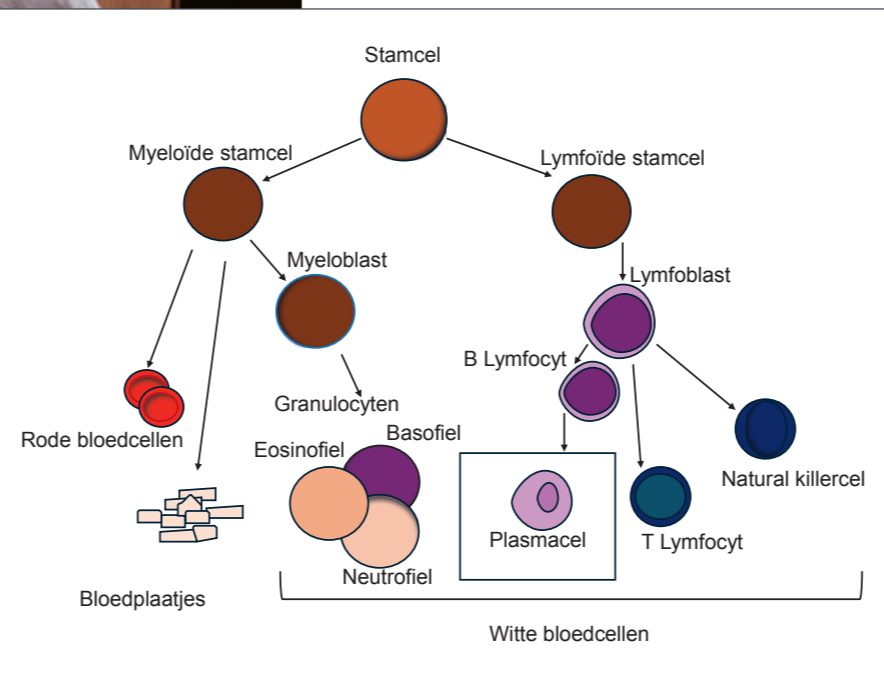


Auteurs: Anneleen Vanhellemont, verpleegkundig specialist multipel myeloom, UZ Leuven, en Johanna Cooreman, stafmedewerker verpleegkunde Wit-Gele Kruis van Vlaanderen

Multipel myeloom (MM) of de ziekte van Kahler, is een relatief **zeldzame vorm van bloedkanker** die ontstaat in de plasmacellen van het beenmerg. De plasmacellen zijn uitgegroeide B-lymfocyten die instaan voor de productie van immunoglobulinen (antilichamen, deze bestaan uit eiwitketens). Doordat deze plasmacellen zich ongecontroleerd gaan vermenigvuldigen, gaat er bij de meerderheid van de MM-patiënten ook een overproductie zijn van een bepaald immunoglobuline, meestal IgG of IgA.

Bij 20% van de patiënten produceren myeloomcellen geen volledige immunoglobulinemoleculen maar alleen vrije lichte ketens, ook wel lichte keten myeloom genaamd.

**“Thuisverpleegkundigen hebben, door hun nauwe zorgrelatie, een essentiële rol in de zorg voor patiënten met MM.”**



## SYMPTOMEN

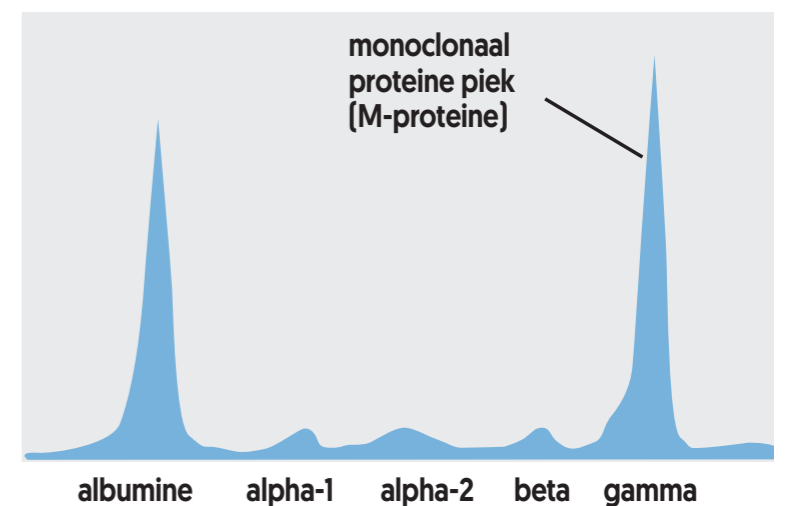
De symptomen van MM worden ook wel **de CRAB-symptomen** genoemd. Deze klachten variëren en komen niet bij iedereen tegelijk voor. (zie figuur 1)

C	R	A	B
<b>Calciumverhoging</b> (Hypercalciëmie) Door botafbraak.	<b>Nierinsufficiëntie</b> (Renal insufficiency) Door overaanbod van monoclonale immunoglobulinen (paraproteïne).	<b>Anemie</b> Bloedarmoede [Anemie]. Door de onderdrukking van het beenmerg.	<b>Botbeschadiging</b> (Bone lesions) Door verhoogde botafbraak en verminderde botaanmaak door woekering in het beenmerg.

Figuur 1

## DIAGNOSE

Via een **bloedonderzoek** wordt onder meer het paraproteïne in kaart gebracht via een eiwitelektroforese (de scheiding van eiwitten op basis van elektrische lading en massa). Bij personen met MM is er overproductie van een bepaald immuunglobuline door een monoclonale paraproteïnepeik. (zie figuur 2)



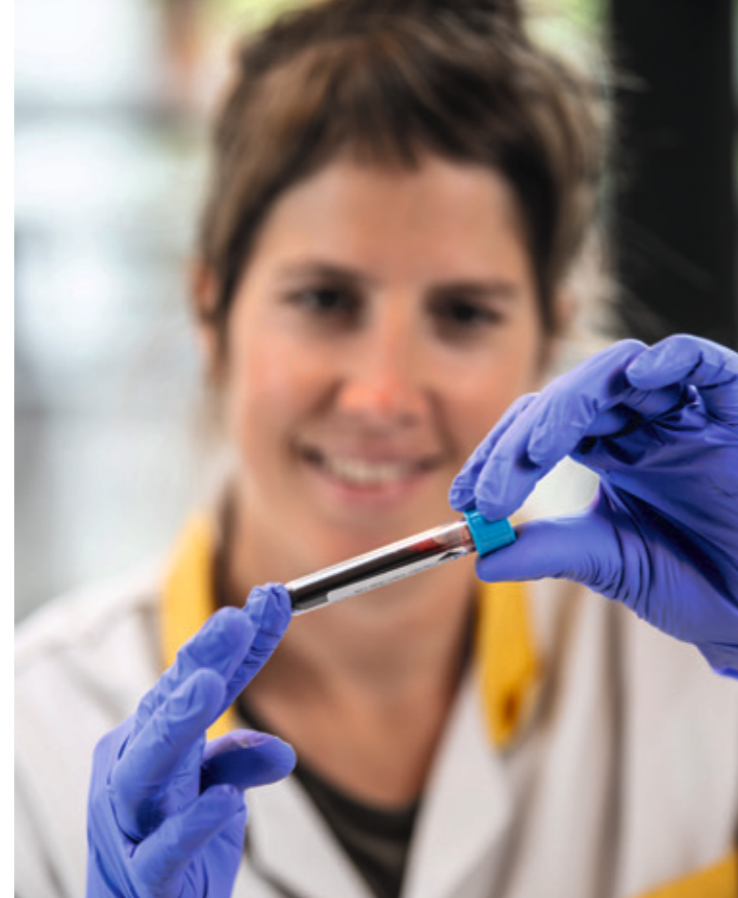
Figuur 2

In een **24-uurs urinedebiet** wordt de hoeveelheid Bence-Jones-eiwit [een abnormaal eiwit geproduceerd door de aangetaste plasmacellen] bepaald.

**Een beenmergonderzoek** (aspiratie en bioptie) dient om de hoeveelheid plasmacellen in beeld te brengen. Ook wordt **beeldvorming** gebruikt om de eventuele botaantasting aan te tonen.



De MM-diagnose wordt gesteld als er meer dan 10% plasmacellen zijn in combinatie met de CRAB-symptomen. Zijn er nog geen klinische symptomen, dan zijn er enkele indicaties om sneller met de behandeling te starten: meer dan 60% plasmacellen in het beenmerg, een abnormale hoeveelheid vrije lichte ketens en meer dan één botbeschadiging op MRI.



#### HOE EEN 24-UURS URINEDEBIET VERZAMELEN?

##### Stap 1:

Verzamel de dag vóór het consult 24 uur lang de urine. Bijvoorbeeld: start om 8u de dag voordien, eindig om 8u op de dag van het consult

- Start met een lege blaas: om 8u loost patiënt urine in het toilet (of wc-stoel) ongeacht mictiedrang.
- De rest van de dag en nacht gaat alle urine in de collectebus.
- Op de dag van het consult gaat om 8u de laatste urine in de collectebus (ook ongeacht mictiedrang).

##### Stap 2:

Meet de totale hoeveelheid urine door deze af te lezen op de collectebus en noteer op de collectebus of urinetype.

**Indien enkel een urinetype mee naar het ziekenhuis moet:**

##### Stap 3:

Meng de urine door de bus enkele malen te kantelen. Draai de goed gesloten bus om en steek de tube in de voorziene opening.\* Vul de tube met urine.

##### Stap 4:

Giet de resterende urine weg in het toilet. Spoel de bus met kraanwater. Laat ze drogen.

*\* Het is belangrijk om dit zo te doen. De tube is immers vacuüm, en anders zuig je ze vol met lucht waardoor er geen urine meer bij kan.*

#### BEHANDELING

De behandeling van MM richt zich zowel op symptoomverlichting (pijnstilling, bisfosfonaten ...) als op specifieke antimyeloombehandelingen. Die zijn de afgelopen jaren sterk veranderd, waardoor de behandeling van MM vaak complex is met een **combinatie van verschillende antikankergeneesmiddelen**, zoals:

- **doelgerichte behandelingen**, zoals proteasoomremmers (bv. bortezomib, carfilzomib en ixazomib);
- **immunotherapie**, zoals immunomodulerende middelen (bv. thalidomide, lenalidomide en pomalidomide), monoklonale antilichamen (bv. daratumumab), antilichaamgeneesmiddelconjugaat (bv. brentuximab vodotin), bispecifieke therapieën (bv. teclistamab) en CAR-T;
- **corticosteroiden**.

Bij jonge fitte mensen zal een hoge dosis **chemotherapie** overwogen worden, gevolgd door een **autologe stamceltransplantatie**. Daarbij worden eigen stamcellen, die afgenomen waren toen de ziekte onder controle was, opnieuw toegediend. Deze zwaardere behandeling leidt vaak tot betere resultaten bij goed geselecteerde patiënten..

Gezien de complexiteit in de behandelingen, is het cruciaal dat verpleegkundigen erop toezien dat medicijnen correct worden ingenomen en dat ze goede zorg verlenen m.b.t. de nevenwerkingen. Veel van deze therapieën worden oraal ingenomen en kunnen dus klaargezet worden door de thuiszorg. Deze antitumorale medicatie mag echter niet door een zorgkundige worden toegediend.

#### PROGNOSE

De prognose voor MM varieert afhankelijk van verschillende factoren: het stadium van de ziekte, de respons op behandelingen en de algemene gezondheid

van de patiënt. Hoewel het een ongeneeslijke aandoening is, kan een langdurige remissie bekomen worden. 33% van de patiënten is na 10 jaar nog in leven.

#### ZORGNODEN

MM en de behandeling ervan gaan gepaard met vele complicaties of neveneffecten. Behandeling, opvolging en ondersteuning van deze elementen is noodzakelijk. Door je nauwe zorgrelatie speel je als thuisverpleegkundige een essentiële rol in de zorg voor patiënten met MM.

**Pijn en vermoeidheid** zijn twee van de meest voorkomende en meest onderschatte complicaties van MM. Pijn is vaak gerelateerd aan de botaantasting die bij 80% van de patiënten bij diagnose aanwezig is.

Verder hebben MM-patiënten een verhoogd risico op het ontwikkelen van **infecties**. Onderzoek toont aan dat zij maar liefst 7 keer meer kans hebben op bacteriële infecties en zelfs 10 keer meer kans op virale infecties in vergelijking met de algemene bevolking. Deze infecties manifesteren zich meestal in de luchtwegen. Heb je dus als zorgverlener infectiesymptomen, draag dan een mondkapje bij de verzorging.

**Nierinsufficiëntie** treedt bij ongeveer 60% van de myeloompatiënten op tijdens het verloop van hun ziekte. Patiënten dienen voldoende te drinken en moeten worden afgeraden om op eigen initiatief nefrotoxische geneesmiddelen zoals NSAID's in te nemen.

De behandelingen kunnen vervelende **neveneffecten** teweegbrengen, waaronder perifere neuropathie of gastro-intestinale bijwerkingen zoals constipatie, diarree, smaakverandering of zelfs smaakverlies. Deze neveneffecten kunnen de therapietrouw compromitteren en een aanzienlijke invloed hebben op de levenskwaliteit.

#### AANDACHTSPUNTEN BIJ ORALE ANTIKANKERMIDDELEN

##### Medicatie voorbereiden/klaarzetten

- Lees zorgvuldig het voorschrift en manipuleer orale antikankergeneesmiddelen met handschoenen om direct contact te vermijden.
- Controleer specifieke aandachtspunten, zoals frequentie, tijdstip van inname, onverenigbaarheden en oplosbaarheid/pletbaarheid.
- Bewaar orale antikankergeneesmiddelen altijd in hun originele verpakking/blister op een veilige plaats en volgens voorschrift.
- Behandelplannen kunnen tijdens het ziekenhuisbezoek gewijzigd worden. Controleer de medicatie indien reeds klaargezet.

##### Therapietrouw bevorderen

- Ondersteun en informeer patiënten zodat ze het medicatieschema begrijpen en volgen. Patiënten zijn vaak overweldigd door het aantal medicijnen bij de start van een nieuwe behandeling.
- Bespreek barrières voor correcte inname en zoek samen naar oplossingen.
- Moedig patiënten aan om bijwerkingen te melden en bied ondersteuning, bijvoorbeeld door het bijhouden van een dagboek.

Als een patiënt **een dosis heeft gemist of overgegeven**, mag deze nooit een dubbele dosis innemen of een nieuwe dosis innemen.

Het wordt aanbevolen om **overgebleven medicatie terug te brengen** naar het ziekenhuis.