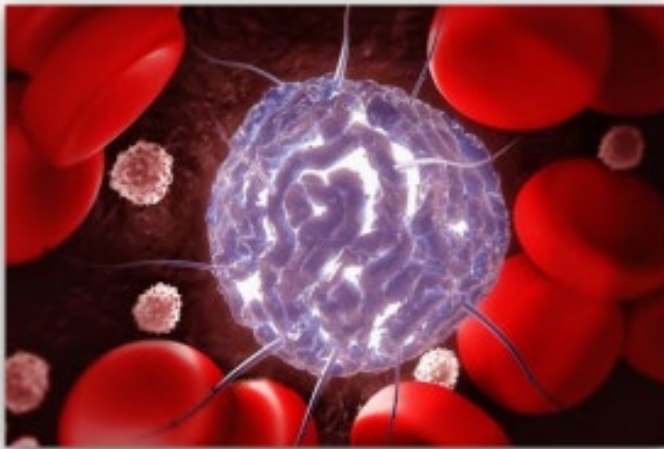


Locatie: Academisch Medisch Centrum

Informatie voor patiënten

Allogene perifere bloed stamceltransplantatie





Inhoud

Inleiding	3
Allogene perifere bloed stamceltransplantatie	4
De donor	6
De mobilisatieprocedure	8
De leukaferese	8
De myeloablatieve therapie (conditionering)	10
Infusie van de stamcellen	11
De herstelperiode	12
Graft-versus-host-ziekte (GVHD)	14
Acute GVHD	16
Chronische GVHD	17
Infecties	18
Algemene gevolgen	19
Tenslotte	22

Inleiding

Uw behandelend arts heeft aan u voorgesteld om een allogene perifere bloedstamceltransplantatie (AlloPBSCT) te ondergaan. Dit is een intensieve behandeling die uit verschillende onderdelen bestaat. In dit boekje wordt algemene informatie over de AlloPBSCT gegeven. Daarna komen de verschillende onderdelen van de AlloPBSCT aan bod, in dezelfde volgorde als u ze tijdens de behandeling zal tegenkomen.

De informatie geldt zowel voor transplantaties van familiedonoren als van onverwante donoren (matched unrelated donor, MUD).

Veel informatie over de behandeling zal in gesprekken met uw arts, stamcelcoördinator en verpleegkundige aan de orde komen. Deze informatie is bedoeld als aanvulling daarop.

Allogene perifere bloed stamceltransplantatie (alloPBSCT)

De alloPBSCT is een behandelingsvorm die wordt toegepast voor verschillende soorten kanker en heeft als doel kwaadaardige cellen te vernietigen.

Chemotherapie en bestraling hebben niet alleen invloed op de kankercellen, maar ook op sommige gezonde cellen. Vooral snelgroeiende gezonde cellen, zoals cellen in het beenmerg en slijmvliezen, worden beschadigd. De dosering van de chemotherapie en bestraling is zo hoog dat het beenmerg zich normaal gesproken niet kan herstellen. De alloPBSCT zorgt ervoor dat beenmergherstel optreedt. Daarnaast heeft de transplantatie met de donorcellen effect op eventueel nog aanwezige tumorcellen, doordat de donorcellen een afweerreactie in gang kunnen zetten tegen deze tumorcellen (graft-versus-tumor effect, zie hieronder).

Om te kunnen begrijpen wat perifere bloedstamcellen zijn en wat het nut is van een transplantatie met deze cellen, is het nodig om iets te weten over bloedcellen.

Bloed bestaat uit een vloeistof waarin zich de bloedcellen bevinden. Er zijn drie verschillende soorten bloedcellen: rode bloedcellen (erythrocyten), witte bloedcellen (leukocyten) en bloedplaatjes (trombocyten).

Deze cellen hebben allemaal een eigen functie:

- De bloedplaatjes spelen een belangrijke rol bij de bloedstolling;

- De witte bloedcellen zorgen voor de afweer tegen infecties;
- De rode bloedcellen zorgen ervoor dat de ingeademde zuurstof vanuit de longen door het lichaam wordt vervoerd.

Al deze bloedcellen worden gemaakt in het beenmerg. In het beenmerg bevinden zich de moedercellen, ook wel stamcellen genoemd, die zich kunnen delen en ontwikkelen tot deze verschillende soorten bloedcellen.

Door toediening van groeifactoren kunnen deze stamcellen tijdelijk in het bloed terecht komen. Groeifactoren zijn hormonen die het beenmerg stimuleren. Zodra stamcellen in het bloed terecht zijn gekomen, kunnen ze uit het bloed van de donor worden verzameld en na bewerking per infuus via de bloedbaan aan de patiënt worden gegeven: de transplantatie. Na de transplantatie zoeken de perifere bloedstamcellen van de donor hun plaats in uw beenmerg op en zorgen daar voor de aanmaak van nieuwe bloedcellen.

Onder de witte bloedcellen bevinden zich de zogenaamde lymfocyten. Onder normale omstandigheden beschermen lymfocyten het lichaam tegen het binnendringen van bacteriën, virussen en schimmels. De getransplanteerde donor lymfocyten kunnen echter ook achtergebleven tumorcellen bij de patiënt als vreemd herkennen en proberen deze uit te schakelen. Dit wordt het graft-versus-tumor effect genoemd en is een belangrijk onderdeel van het effect van de alloPBSCT. De keerzijde hiervan betreft de zogeheten graft-versus-host (transplantaat-tegen-ontvanger) ziekte (GVHD), waarbij donorlymfocyten gezonde weefsels van de patiënt als

vreemd herkennen en aanvallen. Hierop komen we later terug.

De donor

Het is voor het slagen van een stamtransplantatie noodzakelijk dat het weefseltype van de donor overeenkomt met dat van de patiënt. Bij ieder mens bevinden zich op de celwand bepaalde erfelijke kenmerken, zogeheten HLA-eiwitten (HLA is een afkorting van Human Leukocyten Antigen). De structuur van deze HLA-eiwitten wordt via beide ouders overgeërfd. De kans dat kinderen van dezelfde ouders gelijke HLA-eiwitten hebben, bedraagt 25%. We noemen dit HLA-identiek. Omdat kinderen de helft van hun genetische informatie van hun vader en de andere helft van hun genetische informatie van hun moeder krijgen zijn ouders en kinderen in het algemeen nieHLA-identiek, maar haplo-identiek aan elkaar. Als een verwante donor (ouder, kind of een broer of zus) voor de helft (via één ouder) identiek is met de ontvanger (patiënt), spreken we van een haplo-identieke donor.

Als u geen broers of zussen heeft, of zij niet HLA-identiek blijken, kan in de “donorbank” gezocht worden naar een onverwante donor. De donorbank is een internationaal bestand, waarin bijna 14 miljoen mensen geregistreerd staan. Het zoeken naar een geschikte onverwante donor gebeurt via Matchis en neemt over het algemeen 4-8 weken in beslag. De kans een onverwante donor te vinden is afhankelijk van uw etnische achtergrond.

Als u geen HLA-identieke broer of zus hebt en er geen volledig HLA-identieke onverwante donor gevonden kan worden, dan komt u in aanmerking voor een haplo-identieke stamceltransplantatie. De resultaten van haplo-identieke stamceltransplantaties zijn mogelijk net zo goed als volledig HLA-identieke transplantaties. De behandeling na de transplantatie is echter anders (zie post-transplantatie chemotherapie).

Samengevat zijn er 3 verschillende donoren mogelijk:

- HLA-identiek: broer of zus
- Haplo-identiek: vader, moeder, broer, zus, kind
- Onverwante HLA-identieke donor ('matched unrelated donor' = MUD), afkomstig uit een internationale donorbank.
- In zeldzame gevallen kan gekozen worden voor navelstreng stamcellen of 90% identieke niet-verwante donor.

De keuze voor een specifieke donor is van vele factoren afhankelijk. Uw arts en uw verpleegkundige zullen met u bespreken voor welk type donor bij u gekozen is en de redenen daarvoor.

Als een familielid (broer, zus, vader, moeder, zoon, dochter, etc) van u de donor is, wordt hij/zij medisch onderzocht door een arts op onze polikliniek om goedgekeurd te worden voor donatie. Dit is altijd een andere arts dan uw eigen behandelend arts. Het komt soms voor dat een verwante donorlid na deze keuring wordt afgewezen als donor. Er kan dan alsnog voor gekozen worden een onverwante donor te zoeken.

In zeldzame gevallen wordt een familielid wel goedgekeurd als donor maar bestaat er een risico op het overdragen van een virus, zoals hepatitis. U wordt dan expliciet om uw toestemming gevraagd. Dit zal alleen voorkomen indien de artsen van onze afdeling het risico aanvaardbaar vinden en er geen of niet tijdig een andere verwante of niet-verwante donor beschikbaar zou zijn.

Ook een onverwante donor moet medisch goedgekeurd worden. Dit gebeurt in het betreffende donorcentrum. Omdat hiervoor soms extra onderzoeken bij de donor nodig zijn, kan het gebeuren dat de datum van transplantatie uitgesteld moet worden.

De mobilisatieprocedure

Het proces waarbij de perifere bloedstamcellen van de donor zich vanuit het beenmerg naar het bloed verplaatsen, wordt mobilisatie genoemd. Uw donor krijgt groeifactoren toegediend zodat stamcellen zich naar het bloed kunnen verplaatsen. Deze groeifactor, die G-CSF (Neupogen) heet, wordt tweemaal per dag thuis toegediend door middel van een injectie onder de huid, gedurende 4 dagen. Daarna is het moment gekomen om de bloedstamcellen te verzamelen.

De leukaferese

De leukaferese wordt gedaan met behulp van een speciaal apparaat, het "leukaferese-apparaat".
Bij een familiedonor vindt leukaferese in het AMC plaats

Op de dialyse afdeling, en is de procedure als volgt: bij de donor wordt een infuus in beide armen geplaatst. Indien uw donor moeilijk te prikken is zal er een speciaal infuus in de lies worden geplaatst. Het infuus wordt aangesloten op het leukaferese-apparaat. Dit apparaat filtert de perifere bloedstamcellen uit het bloed. Deze worden in een apart zakje opgeslagen. Voor het verzamelen van voldoende perifere bloedstamcellen volstaat meestal 1 leukaferese maar soms zijn er 2 nodig. Per dag wordt 1 leukaferese gedaan, deze duurt ongeveer 4 tot 6 uur.

In het Laboratorium voor Cel Therapie van Sanquin wordt bekeken of er voldoende stamcellen zijn verzameld. Als er voldoende stamcellen geoogst zijn, wordt het toedienen van de G-CSF bij uw donor gestaakt. Als er echter niet voldoende stamcellen geoogst zijn, is het nodig om de volgende dag de leukaferese te herhalen. De verzamelde stamcellen worden per dag in het laboratorium bewerkt en vervolgens aan u toegediend. Indien er meerdere leukafereses nodig zijn om voldoende stamcellen te oogsten vindt de teruggave van de stamcellen, de transplantatie, dus 's morgens en 's middags plaats.

Bij een onverwante donorprocedure vindt deze procedure in een donorcentrum plaats. Zodra voldoende stamcellen zijn geoogst, worden deze binnen 1 dag naar het AMC gebracht. Na een korte telling en bewerking in ons laboratorium, worden de stamcellen aan u toegediend.

Incidenteel worden de stamcellen direct uit het beenmerg in plaats van het bloed geoogst. Dit gebeurt bij de donor onder algehele narcose op een operatiekamer.

De myeloablatieve therapie (conditionering)

De behandeling die voorafgaand aan de alloPBSCT wordt gegeven, heeft als doel de nog aanwezige kankercellen in uw lichaam te vernietigen. Dit wordt myeloablatieve therapie (vernietigen van alle beenmergcellen) genoemd. Bovendien maakt deze behandeling het nestelen van de donor stamcellen mogelijk.

De myeloablatieve therapie kan bestaan uit een behandeling met een hoog gedoseerde chemotherapie of uit een behandeling met hoog gedoseerd cytostaticum gevolgd door bestraling van het hele lichaam. De aard van de myeloablatieve therapie hangt af van de vorm van kanker die u heeft. De chemotherapie wordt in de loop van een aantal dagen toegediend. De toediening gebeurt in principe via een Centraal Veneuze Katheter (ook wel lange lijn genoemd), een infuus in een groot bloedvat in de hals. Dit infuus wordt de dag van opname geplaatst, onder lokale verdoving bij de interventie radiologie.

De bestraling van het hele lichaam, die vaak als tweede onderdeel wordt gegeven, heet TBI (Total body Irradiation). U krijgt een afspraak voor een intakegesprek op de afdeling Radiotherapie van het AMC, daar zullen ze de hele procedure met u bespreken.

De TBI wordt standaard verspreid over zes behandelingen gegeven (twee keer per dag gedurende drie dagen). De TBI zelf duurt enkele minuten per keer, maar de hele sessie neemt zo'n 20 minuten in beslag. Gedurende de TBI moet u stil blijven liggen en heeft u slechts contact met de laboranten via de intercom. U kunt

muziek meenemen om te kunnen ontspannen tijdens de bestraling.

Tijdens of direct na de radiotherapie kunnen een aantal bijwerkingen optreden:

- Vermoeidheid en lusteloosheid
- Misselijkheid en braken
- Diarree en buikkrampen
- Koorts tot 39°C, die vier tot zes uur na de bestraling optreedt. Deze koortspiek kan enkele uren aanhouden
- Opgezette speekselklieren door de bestraling op de slijmvliezen. Het beste kunt u dan ijswater drinken of waterijsjes eten; dat verzacht de pijn.

Infusie van de stamcellen

De stamcellen van uw donor worden teruggegeven via uw infuus. Het transplantaat bestaat uit een zakje ter vergelijking met een bloedtransfusie, maar minder rood. Het transplantaat is 1 dag voorafgaande aan de transplantatie geoogst bij de donor.

Familie en vrienden mogen bij de transplantatie aanwezig zijn, evenals uiteraard uw donor als het een familiedonor betreft.

Post-transplantatie cyclofosfamide (chemotherapie)

Bij haplo-identieke (half-identieke) stamceltransplantaties en soms ook volledig-identieke transplantaties wordt enkele dagen na de transplantatie weer chemotherapie

(cyclofosfamide) gegeven. Dit dient ter preventie van omgekeerde afstoting, ook wel graft-versus-host ziekte genoemd (hierover leest u meer onder Graft-versus-host-ziekte (GVHD) op pagina 14). Zonder deze post-transplantatie cyclofosfamide is er zeer grote kans op omgekeerde afstotingsreactie.

Soms kan uw arts ook bij volledig HLA-identieke stamceltransplantatie in overleg met u ervoor kiezen om ter preventie van omgekeerde afstotingsreactie u met post-transplantatie cyclofosfamide (chemotherapie) te behandelen. De mogelijke voor- en nadelen hiervan en de overwegingen voor zo een keuze worden van tevoren met u besproken.

De herstelperiode

Na de teruggave van de perifere stamcellen volgt een periode die door de meeste patiënten als zwaar wordt ervaren.

Ongeveer een week na het begin van de chemotherapie begint namelijk de zogenaamde "dip". Dit is een toestand van verminderde weerstand die wordt veroorzaakt door het afnemende aantal rode en witte bloedcellen en bloedplaatjes. Het beenmerg is immers uitgeschakeld door de chemotherapie en het duurt ongeveer 2 tot 3 weken voordat de uitrijping van de donor stamcellen voldoende bloedcellen (witte, rode bloedcellen en bloedplaatjes) kunnen aanmaken.

Uiteindelijk zal het nieuwe beenmerg uitgroeien en uw eigen beenmerg verdringen.

Door het tijdelijk sterk verminderde aantal witte bloedcellen heeft u tijdens de dip een verlaagde afweer tegen infecties. Daarom krijgt u uit voorzorg antibiotica toegediend. Regelmatig worden kweken bij u afgenomen om infecties zo snel mogelijk te kunnen opsporen en behandelen.

Het is belangrijk dat er geen mensen bij u op bezoek komen die verkouden zijn of een andere infectie bij zich dragen, om zo het risico op besmetting te verkleinen. U mag tijdens de dip gewoon uw kamer verlaten maar daarbij moet u wel opletten dat u plaatsen waar veel mensen bij elkaar zijn, zoals volle liften en conversatiezalen, vermijdt.

In de mond en het maagdarmstelsel kunnen door slijmvliesbeschadigingen als gevolg van de chemotherapie gemakkelijk infecties ontstaan. Een goede mondverzorging is belangrijk tijdens de dip. U krijgt over de mondverzorging instructies van de mondhygiëniste/verpleegkundige. Daarnaast kunnen deze slijmvliesbeschadigingen leiden tot een pijnlijke mond en buik, vaak gepaard gaand met diarree

Door het sterk verminderde aantal rode bloedcellen krijgt u last van bloedarmoede. Dit wordt regelmatig gecontroleerd door middel van bloedonderzoek. Als het nodig is, krijgt u een bloedtransfusie.

Door het sterk verminderde aantal bloedplaatjes hebt u een verhoogde kans op bloedingen. Dit kan zich op verschillende manieren uiten, bijvoorbeeld door blauwe plekken, bloedneuzen of bloedend tandvlees. Ook het

aantal bloedplaatjes wordt regelmatig gecontroleerd en zondig krijgt u een transfusie van bloedplaatjes.

Na een periode van ongeveer tien tot veertien dagen zal er een langzaam maar zeker herstel van de bloedwaardes optreden. In het algemeen duurt de dip ongeveer twee weken. Als er verder geen complicaties zijn, kunt u met ontslag. De eerste drie tot zes maanden komt u wekelijks terug op de poli. U krijgt apart informatie over de adviezen voor de leefregels thuis.

Misschien bent u al behandeld met hoge dosis chemotherapie en komen bovengenoemde bijwerkingen u bekend voor. Een complicatie die vrij specifiek is voor de alloPBSCT, is de “veno-occlusive disease” van de lever (VOD). Dit is een tamelijk zeldzame complicatie die in de eerste drie weken na de stamceltransplantatie kan ontstaan en wordt gekenmerkt door pijn rechts in de bovenbuik en het vasthouden van vocht. Bij deze symptomen zal een echo van de buik worden gemaakt en zo nodig een behandeling worden gestart.

De allogene stamceltransplantatie kan ook na herstel van de dip tot complicaties leiden. De belangrijkste worden hieronder beschreven:

Graft-versus-host-ziekte (GVHD)

Bij een allogene transplantatie bestaat de kans op een omgekeerde afstotingsreactie: Deze reactie wordt veroorzaakt door de lymfocyten van de donor, die cellen van de patiënt als ‘vreemd’ herkennen.

Ter voorkoming van GvHD krijgt u afweerderdrukkende medicijnen: ciclosporine (Neoral) en mycopenolaat mofetil (Cellcept), sirolimus (Rapamune) of tacrolimus (Prograft). Deze medicijnen kunnen bijwerkingen veroorzaken, zoals misselijkheid, spierkrampen en spierpijn, hoofdpijn, diarree en verhoogde bloeddruk. Om de dosering Neoral, sirolimus of tacrolimus goed in te stellen, worden op de poli bloedspiegels gemeten. U wordt daarom verzocht de Neoral, sirolimus of de tacrolimus de dag van het polibezoek niet thuis al in te nemen maar pas op de poli na de bloedafname. Van Cellcept worden geen bloedspiegels gemeten. Ongeveer 3 maanden na de transplantatie wordt beoordeeld of gestart kan worden met het afbouwen van de afweerderdrukkende medicijnen.

Omdat bij een haplo-identieke donor de weefseltypering (HLA typering) slechts voor de helft identiek is tussen patiënt en donor is er na een haplo-identieke transplantatie meer kans op graft versus host ziekte. Om dat tegen te gaan krijgt u indien u een haplo-identieke donor heeft na de transplantatie gedurende 2 dagen opnieuw chemotherapie. Hiermee wordt het risico op graft versus host ziekte vergelijkbaar als bij een niet gerelateerde donor.

Er bestaan 2 vormen van GVHD: acuut en chronisch

Acute GVHD

Acute GVHD treedt in de eerste drie maanden na de alloPBSCT op. Met name de huid, darmen en lever zijn hier gevoelig voor.

Het vroegste verschijnsel van acute GVHD is meestal roodheid van de huid. De roodheid kan zich verspreiden over een groter gedeelte van het lichaam, alsof het door de zon is verbrand. Hierbij kan ook koorts optreden. Bij GVHD van de darmen kan krampende buikpijn met ernstige diarree ontstaan waarbij patiënten grote hoeveelheden vocht verliezen. Geelzucht (gele huid en ogen) kan een teken zijn dat de GVHD ook in de lever actief is.

De diagnose GVHD wordt altijd bevestigd met weefselonderzoek, dat wil zeggen een huid-, darm- of lever biopsie. De behandeling is afhankelijk van de ernst. Lichte vormen van GVHD van de huid worden behandeld met een prednisoncrème. Voor ernstige vormen is behandeling met prednisontabletten of -infuus nodig. Deze behandeling is vaak, maar niet altijd, effectief. De kans op het optreden van enige mate van acute GVHD is ongeveer 50 procent (bij onverwante en haplo-identieke donoren wat hoger dan bij HLA-identieke donoren). Acute GVHD kan overgaan in een chronische vorm.

Chronische GVHD

Chronische GVHD manifesteert zich op een andere wijze en kan voorkomen met of zonder voorafgaande acute GVHD. Chronische GVHD bestaat vaak uit droge ogen en een droge, soms pijnlijke mond. Daarnaast kunnen pigmentveranderingen van de huid optreden en in ernstige gevallen verstijving van de huid. Ook kan de werking van de lever en/of de longen aangetast zijn.

Chronische GVHD kan een reden zijn om de afweer onderdrukkende medicijnen tijdelijk niet, en vervolgens zeer langzaam af te bouwen en eventueel prednison of andere middelen toe te voegen.

Iets meer dan de helft van de patiënten ontwikkelt chronische GVHD (bij onverwante en haplo-identieke donoren wat vaker dan bij HLA-identieke donoren). Voor het merendeel verloopt dit mild en is hier goed mee te leven, maar ook chronische GVHD kan ernstig verlopen en geeft een verhoogd risico op ernstige infecties.

Het is belangrijk te weten dat GVHD niet alleen negatieve aspecten heeft. Patiënten die GVHD doormaken hebben in het algemeen namelijk minder kans op terugkeer van de ziekte. Dit komt omdat het graft-versus-tumor effect en GVHD in feite uitingen zijn van dezelfde activiteit van de lymfocyten van de donor. In geval van GVHD tegen de gezonde weefsels van de patiënt, in geval van graft-versus-tumor effecten tegen de tumorcellen van de patiënt. Vaak ontstaan deze effecten hand in hand.

Infecties

Door de alloPBSCT en de afweer onderdrukkende medicijnen die u moet gebruiken om GVHD te voorkomen of te behandelen bent u vatbaar voor infecties. Uit voorzorg krijgt u daarom medicijnen die infecties met bepaalde bacteriën en virussen kunnen voorkomen: cotrimoxazol (Bactrimel) en valaciclovir (Zelitrex). Deze medicijnen gebruikt u tot ruim een jaar na de alloPBSCT en langer als er sprake is van chronische GVHD.

Tijdens de opnameperiode en de eerste maanden na de transplantatie op de poli wordt uw bloed één keer per week gecontroleerd op het verschijnen van het cytomegalovirus (CMV), indien u of de donor deze infectie in het verleden heeft doorgemaakt. Zo'n infectie kan ooit zonder duidelijke klachten zijn verlopen maar het virus blijft altijd aanwezig in het lichaam. Door de verminderde afweer na de alloPBSCT kan zo'n CMV infectie opvlammen en problemen veroorzaken. Het virus geeft echter niet direct klachten. Met de bloedtest kan een infectie in een vroeg stadium worden ontdekt en behandeld. Zodra het CMV aantoonbaar is, zult u gedurende tenminste twee weken behandeld worden met een antiviral medicijn (Valcyte), dat u thuis kunt innemen. Wanneer er GVHD optreedt waarvoor prednison moet worden gegeven, bestaat er een toegenomen kans op CMV. In dat geval wordt uit voorzorg Valcyte gegeven.

Indien u een alloPBSCT krijgt van een haplo-identieke of onverwante donor, vindt tevens controle plaats op het

EBV, het Pfeiffer-virus. Ook hiervoor geldt dat vroegtijdige onderkenning problemen kan voorkomen.

Samenvattend worden de belangrijkste complicaties na een alloPBSCT veroorzaakt door GVHD en infecties. Deze complicaties doen zich meestal voor in het eerste jaar na de transplantatie, kunnen soms ernstig verlopen en kunnen zelfs tot overlijden leiden. De kans om aan complicaties te overlijden is ongeveer 20% (bij onverwante en haplo-identieke donoren wat hoger dan bij HLA-identieke donoren).

Het doel van de alloPBSCT is uiteraard genezing van de onderliggende hematologische ziekte. Helaas geldt dat deze intensieve behandeling toch niet voor alle patiënten afdoende is en de kans bestaat dat de ziekte terugkomt. Het risico daarop, en de mogelijkheden die er zijn in geval van recidief na transplantatie is afhankelijk van details van uw ziektebeeld. Er kan dan ook geen algemene informatie over gegeven worden.

Algemene gevolgen

Een allogene stamceltransplantatie kan vaak leiden tot ernstige vermoeidheid en weinig eetlust. Dit kan lang aanhouden en een deel van de patiënten keert niet terug naar het oude conditieniveau. Dit is ook afhankelijk van het optreden van eventuele complicaties.

Vaak bestaat angst om infecties op te lopen. De meeste infecties zijn echter afkomstig van bacteriën of schimmels die u zelf bij u draagt. Het is niet nodig een geïsoleerd bestaan te leiden. Wel is het verstandig om

direct contact met zieke mensen te vermijden en de eerste drie maanden na de alloPBSCT geen grote mensenmassa's op te zoeken.

Een half jaar tot een jaar na de alloPBSCT wordt in principe begonnen met vaccinaties. Dit betreft vaccinaties zoals die op de kinderleeftijd worden gegeven (difterie, polio en tetanus) en daarnaast vaccinaties tegen meningococcon, pneumococcon en Haemophilus influenzae. Indien er sprake is van chronische GVHD, worden de vaccinaties uitgesteld. Jaarlijks dient u een griep prik te krijgen. Ook wordt geadviseerd de personen die met u samenleven (gezin) een griep prik te geven.

Door de intensieve chemotherapeutische behandeling voorafgaand aan de alloPBSCT is het vrijwel zeker dat u onvruchtbaar wordt. Voor mannelijke patiënten is het mogelijk om voor de behandeling sperma in te laten vriezen. Voor vrouwen is dat minder eenvoudig. Indien gewenst kunnen vrouwen doorverwezen worden naar een arts gespecialiseerd in vruchtbaarheid, om hierover verder te praten. Door de chemotherapeutische voorbehandeling, radiotherapie en de transplantatie zelf kan de hormoonhuishouding verstoord raken. Bij zowel mannen als vrouwen worden na de transplantatie spiegels van geslachtshormonen gecontroleerd en zo nodig hormonen voorgeschreven.

Medisch gezien is het niet nodig om seksueel contact te vermijden maar de behoefte hieraan kan door de hele behandeling en eventuele complicaties verminderd zijn. De hoge dosis chemotherapie kan vrouwen vervroegd in de overgang laten raken. Daardoor, maar ook ten gevolge van de bestraling en eventuele chronische GVHD kan een

droge vagina ontstaan. Bij mannen kan door chronische GVHD de penis geïrriteerd raken. Seksueel contact kan hierdoor pijnlijk zijn. Het is goed om dit bij uw arts of verpleegkundige aan te geven, zodat naar een oplossing kan worden gezocht.

De bestraling kan leiden tot een verminderde schildklierfunctie en hierop vindt bloedcontrole plaats. Daarnaast wordt de botdichtheid gecontroleerd. Bij afwijkende waarden worden botversterkende medicijnen voorgeschreven.

Door de weefselschade als gevolg van de chemotherapie en bestraling heeft u een grotere kans dan een gezond persoon op de ontwikkeling van een nieuwe kwaadaardige ziekte. Een toename van nieuwe vormen van kanker wordt pas waargenomen vanaf circa 10 jaar na het einde van de behandeling. Dit is mede reden om de poliklinische controles niet na een aantal jaar te beëindigen. Omdat kanker sowieso veel voorkomt, is het soms moeilijk een relatie aan te tonen met de oorspronkelijke behandeling.

Tenslotte

Wij hopen u met deze informatie voldoende geïnformeerd te hebben. Hopelijk heeft dit een bijdrage geleverd aan het maken van een weloverwogen keuze voor het wel of niet ondergaan van een AlloPBSCT. Als u na het lezen nog vragen heeft, aarzel dan niet om deze te stellen aan uw arts of stamcelcoördinator. Schrijf uw vragen zondig op een briefje.

Hieronder een aantal adressen en telefoonnummers waar u wellicht van dienst kunnen zijn:

- Polikliniek oncologie/ hematologie 020-5662096
- Verpleegafdeling F6 Zuid 020-5666677
- Stamceltransplantatie coördinator 020-5666238 of 020-5669111 sein 59630
- Verpleegkundig specialist GvHD Gerianne Hoogendoorn 020-5669111 sein 62096
- SCT contactgroep, Plesmanlaan 125,1066 CX Amsterdam www.sct.nfk.nl
- Adolescent en Young Adult (AYA) met kanker www.aya4net.nl
- Informatieboekje uitgegeven door patiënt contactgroep SCT in samenwerking met Nederlandse stamceltransplantatie Verpleegkundigen (SIG NSV)