



Patiëntenboekje

Waldenström heeft een langzaam progressief verloop. Dat betekent dat de aandoening wel steeds ernstiger wordt, maar dat dit proces heel geleidelijk verloopt.

ZIEKTE VAN WALDENSTRÖM



De ontwikkeling van stamcel tot lymfocyt kan verstoord worden. Afhankelijk van de fase van ontwikkeling en de soort lymfocyt die ontspoot, kan de ziekte van Waldenström ontstaan.

Ziekte van Waldenström

WAT IS DE ZIEKTE VAN WALDENSTRÖM?

De ziekte van Waldenström is een kwaadaardige woekering van lymfocyten, een van de soorten witte bloedcellen. De ziekte is genoemd naar de Zweedse internist Jan Waldenström (1906-1996) die de ziekte voor het eerst beschreef in 1944. De aandoening valt onder de non-hodgkinlymfomen (lymfklierkanker) en de medische term is lymfoplasmacytair lymfoom of macroglobulinemie van Waldenström.

De ziekte begint vaak sluimerend. Waldenström heeft een langzaam progressief verloop. Dat betekent dat de aandoening wel steeds ernstiger wordt, maar dat dit proces heel geleidelijk verloopt.

WAT GEBEURT ER IN JE BEENMERG?

De stamcellen in je beenmerg groeien uit tot bloedplaatjes, rode bloedcellen en witte bloedcellen. Eén soort witte bloedcellen heet lymfocyten. Lymfocyten zitten in je beenmerg en in je lymfklieren. Ze spelen een belangrijke rol in je afweersysteem.

De ontwikkeling van stamcel tot lymfocyt kan op een of andere manier verstoord worden. Afhankelijk van de fase van ontwikkeling en de soort lymfocyt die ontspoot, kan de ziekte van Waldenström ontstaan.

Sommige afwijkende lymfocyten maken ook afwijkende eiwitten aan. Deze heten M-proteïnen. M staat voor monoklonaal, dat wil zeggen van één type lymfocyt afkomstig. Bij de ziekte van Waldenström zijn deze M-proteïnen van het IgM subtype. Dat afwijkende eiwit is de oorzaak van veel klachten die voorkomen bij de ziekte van Waldenström. Het kan bijvoorbeeld het bloed stroperig maken en bloedingen veroorzaken. De woekerende cellen in het beenmerg kunnen gezonde cellen verdringen. Dat verstoort de aanmaak van andere bloedcellen en zo kan bloedarmoede ontstaan.

Soms wordt het M-proteïne niet volledig aangemaakt, maar vind je alleen kleine brokstukken terug. Deze heten het Bence Jones-eiwit (in de urine) of vrije lichte ketens (in het bloed). Dit eiwit is zowel in het bloed als in de urine te meten.

MGUS

Een teveel aan (IgM-)M-proteïne in je bloed hoeft niet te betekenen dat je de ziekte van Waldenström hebt. Je kunt ook een andere, zelfs onschuldige aandoening hebben.

Bij ouderen komt bij 5 tot 8% van de patiënten een laag gehalte aan M-proteïne in het bloed voor. De aanwezigheid van M-proteïne zonder verdere afwijkingen heet MGUS: monoclonal gammopathy of undetermined significance. Bij de meeste mensen die M-proteïne in hun bloed hebben blijft de situatie stabiel en is behandeling niet nodig. Slechts bij een klein deel van de mensen gaat MGUS na verloop van tijd over in de ziekte van Waldenström. Soms duurt dat jaren, soms gebeurt het plotseling. Op basis van een risicoanalyse wordt af en toe het M-proteïne in het bloed gemeten om te kijken wat er gebeurt. Of en wanneer MGUS 'omslaat' in de ziekte van Waldenström, valt niet te voorspellen. Maar gelukkig gebeurt het meestal niet.

HOE VAAK KOMT DE ZIEKTE VOOR?

De ziekte van Waldenström is een zeldzame aandoening. Per jaar krijgen ongeveer 215 mensen deze diagnose te horen. In Nederland zijn er meer dan 1500 mensen met deze aandoening. Het is een ziekte die vooral bij oudere mensen voorkomt. Veel patiënten zijn ouder dan zestig jaar. Het gaat om iets meer mannen dan vrouwen.

OORZAKEN

Over de oorzaak van de ziekte van Waldenström is niets bekend.

Klachten en symptomen

Het komt regelmatig voor dat de ziekte van Waldenström bij toeval wordt ontdekt. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren als je bloed om een heel andere reden onderzocht wordt. De ziekte kan jarenlang zonder klachten bestaan. Krijg je wel klachten, dan kunnen die heel uiteenlopend zijn. Het gevolg is dat je dokter de ziekte soms pas laat herkent. Dat komt natuurlijk ook omdat die maar zo zelden voorkomt.

De belangrijkste ziekteverschijnselen zijn:

- Vermoeidheid, koorts en afvallen; dit komt vaak voor bij mensen met kanker. Bij de ziekte van Waldenström kunnen deze verschijnselen nog een extra oorzaak hebben: de vergrote milt kan tegen de maag drukken, zodat je bij de maaltijd snel het idee hebt dat je vol zit.
- Bloedarmoede is een van de meest voorkomende complicaties; je merkt dit bijvoorbeeld aan een sneller hartritme, vermoeidheid, hoofdpijn, kortademigheid of een algemeen zwaktegevoel.
- Door het verstoorde afweersysteem heb je meer kans op infecties.
- Bloeduitstortingen en andere bloedingen komen vaak voor.
- De woekering van lymfocyten kan leiden tot een vergroting van de lymfklieren, de milt en de lever. Dit veroorzaakt uiteenlopende klachten, zoals een zwaar gevoel in de buik, mechanische beperkingen, galwegverstoppingen, miltinfarct, nier- of leverfalen (als er geen goede afvloeiing meer is).
- Het fenomeen van Raynaud; M-proteïnen hebben de neiging bij kou te gaan klonteren. Dat kan tintelingen of gevoelloosheid in handen en voeten veroorzaken.
- De stroperigheid van het bloed kan een goede doorstroming belemmeren. Gevolgen zijn onder meer bloedneuzen, hartproblemen, hoofdpijn en wazig zien.
- Aantasting van de uiteinden van de zenuwen door M-proteïne. Dat heet polyneuropathie. Ook dat veroorzaakt tintelingen in handen en voeten, pijn en gevoelloosheid. Veel waldenströmpatiënten hebben daar last van.

In het algemeen zijn het juist de grotere lymfklierzwellingen die geen pijn doen, die je zou moeten laten controleren. Die zijn namelijk het gevaarlijkst. Helaas geeft je lichaam geen signaal en laat je daarbij een beetje in de steek.

Onderzoek en diagnose

Om vast te stellen of je de ziekte van Waldenström hebt, zijn verschillende onderzoeken nodig. Je bloed wordt onderzocht op onder meer het aantal bloedcellen, hemoglobinegehalte (Hb), type en hoogte van het M-proteïne, nierfunctie, leverfunctie, en de aanwezigheid van het zogenaamde Bence Jones-eiwit.

Ook is er een beenmergonderzoek nodig. Voor onderzoek van het beenmerg wordt een beenmergpunctie en soms ook een beenmergbiopsie gedaan. Deze ingreep gebeurt meestal in het bekken. Een beenmergpunctie is nodig om het beenmerg te kunnen onderzoeken. Het beenmerg wordt daarbij met een holle naald uit het binnenste gedeelte van het bot opgezogen, meestal aan de achterkant van het bekken. Dat gebeurt onder plaatselijke verdoving. Toch is de ingreep helaas niet pijnloos, omdat het bot zelf niet verdoofd kan worden. Het beenmerg wordt gekleurd en onder de microscoop bekeken. Bij een beenmergbiopsie wordt een soort dunne appelboor in het bot gezet. Via die boor wordt een pijpje bot uit het bekken gehaald. De hele procedure duurt tien tot vijftien minuten. De punctie zelf duurt slechts enkele seconden, het nemen van een biopt duurt iets langer. Je beenmerg wordt onderzocht op het aantal en type afwijkende cellen.

Verder krijg je een röntgenonderzoek (ct-scan), onder meer naar lymfklieren en grootte van de milt en lever. Je kunt ook een thoraxfoto en een echo van de buik krijgen. Soms is een PET-scan nodig. Een bezoek aan de neuroloog of oogarts kan ook nodig zijn.

SPANNING EN ONZEKERHEID

Totdat de diagnose definitief is heb je vast veel vragen over je ziekte, die de arts nog niet kan beantwoorden. Dat kan spanning en onzekerheid met zich meebrengen, zowel bij jou als bij je naasten. Het helpt als je weet wat er bij de verschillende onderzoeken gaat gebeuren. Die informatie krijg je niet altijd vanzelf. Vraag er daarom naar op de afdelingen waar de verschillende onderzoeken plaatsvinden. Stel je ongerustheid ook aan de orde als je met je dokter praat. Vraag goed door en neem gerust je partner of iemand anders mee. Wees niet bang om iemand van Hematon te bellen of te mailen. Je bent echt niet de enige die zoiets doet en de lotgenoten aan de andere kant van de lijn zijn graag bereid jouw vragen te beantwoorden. Zij zijn zelf ervaringsdeskundige, dus ze weten hoe het is om in spanning en onzekerheid te verkeren. Bel naar 030-760 38 90 of mail lotgenotencontact@hematon.nl.

MYD88-GEN

In 2012 bleek dat bij meer dan 90% van de patiënten met waldenström een specifieke mutatie voorkomt in het MYD88-gen. Dit gen is betrokken bij de overleving van B-lymfocyten en komt ook voor bij andere vormen van (vooral agressieve) lymfklierkanker. De mutatie blijkt echter niet tot zeer weinig voor te komen bij lymfomen die op waldenström lijken, zoals marginalezonelymfoom en chronische lymfatische leukemie. De genafwijking komt ook niet voor bij het multipel myeloom. Bijna alle patiënten met waldenström hebben deze mutatie. Dit kan dus helpen bij het stellen van de diagnose. Ongeveer de helft van de patiënten met een IgM-MGUS heeft deze mutatie ook. Het standaardbeleid bij deze patiënten, alleen controle, verandert daardoor echter niet. Testen of de MYD88-mutatie aanwezig is kan in meerdere laboratoria in Nederland. Als dit gen aanwezig is dan weet je dus bijna zeker dat je te maken hebt met de ziekte van Waldenström.

CXCR4-GEN

In 2014 bleek dat iets minder dan een derde deel van de waldenström-patiënten ook meerdere genetische afwijkingen kan hebben in een ander gen: het CXCR4. Het gaat hierbij echter om veel verschillende mutaties en daardoor is dit veel lastiger te testen. Deze mutatie komt veel minder vaak voor, maar wordt in studies meegenomen om te kijken of het vóór-komen van dit gen iets voorspelt over het verloop van de ziekte.

De ontdekking van beide mutaties geeft veel inzicht in het ontstaan van de ziekte. Ze zullen mogelijk in de toekomst ook gericht aangepakt kunnen worden met geneesmiddelen.

WAIT-AND-SEE

Zo lang je geen klachten of symptomen hebt, kiezen jij en je behandelend arts in eerste instantie vaak voor een wait-and-seebeleid. Dat wil zeggen: gecontroleerd afwachten hoe de ziekte zich ontwikkelt.

De keuze voor dit beleid is niet ingegeven door het feit dat er geen goede behandelmogelijkheden zijn. Maar het is beter de behandeling te 'bewaren' tot het moment dat het echt nodig is. Afwachten geeft immers geen slechtere overlevingskans. Bovendien heb je dan niet onnodig last van de bijwerkingen van behandeling. Met het wait-and-seebeleid wordt zo lang mogelijk de kwaliteit van leven intact gehouden. De lengte van deze periode verschilt per patiënt. Een klein deel van de patiënten heeft zelfs nooit een behandeling nodig.

Ben je pas gediagnosticeerd met de ziekte van Waldenström dan is het vaak lastig om het wait-and-seebeleid te aanvaarden. Je hebt de diagnose kanker gekregen en je behandelend arts besluit niets te doen, af te wachten. Dat voelt niet logisch.

Krijg je met het wait-and-seebeleid te maken, dan kan het prettig zijn om naar een van de Hematondagen te gaan. Daar krijg je informatie over de ziekte van Waldenström in het algemeen en over de ontwik-

kelingen op het gebied van wait-and-see in het bijzonder. Ook heb je soms de mogelijkheid om een workshop te volgen waarbij je leert omgaan met wait-and-see, ook wel live-and-see genoemd. Hematon heeft over wait-and-see ook een apart boekje gemaakt.

Maar inmiddels staat vast dat wait-and-see echt veilig is en dat het beter is om de aanpak met medicijnen te bewaren tot ze echt nodig zijn.

Behandeling

Na een tijd kun je verschijnselen krijgen die behandeling noodzakelijk maken. In de meeste gevallen gaat het om

- algemene gezondheidsklachten zoals afvallen of overmatig transpireren
- vermoeidheid
- bloedarmoede
- vergrote lymfklieren en/of milt
- hartkloppingen, kortademig bij inspanning
- hoofdpijn, wazig zien
- tintelingen bij tenen/voeten of vingertopjes
- bloedingen
- infecties
- huiduitslag

EXPERTISECENTRUM

Nederland kent een systeem met tien expertisecentra. Elk ziekenhuis kan een centrum raadplegen voor overleg en advies over hematologische zorg. Bij de ziekte van Waldenström zou dat zeker moeten gebeuren, omdat het om een zeldzame aandoening gaat. Als er overleg is geweest met een expertisecentrum, wordt in het patiëntendossier aangegeven met wie en wanneer dat is gebeurd en wat de uitkomsten waren. De hematoloog zal je de resultaten van deze consultatie mededelen. Doet hij dat niet uit zichzelf, vraag er gerust naar.

BEHANDELPLAN

Als eerste wordt er een behandelplan opgesteld. Dat gebeurt op grond van richtlijnen die de hematologen in de Stichting Hemato-oncologie voor volwassenen in Nederland (HOVON-verband) afgesproken hebben. Het plan wordt vastgesteld in nauwe samenspraak tussen behandelend hematoloog en jou als patiënt.

Zo'n behandelplan is heel belangrijk en het gesprek erover tussen behandelaar en patiënt nog belangrijker. Realiseer je voortdurend dat het over jou gaat, dat je dus ook wat te zeggen en te beslissen hebt. Laat je goed informeren, stel vragen en laat de hematoloog niet weggaan voordat je een duidelijk beeld hebt van wat er komen gaat. En spreek anders af om er snel nog eens over te praten, zodat je tijd hebt erover na te denken en er met anderen over te praten.

SOORTEN BEHANDELINGEN

IMMUUNTHERAPIE

Een veelgebruikte behandeling is immuuntherapie. Bij immuuntherapie worden antistoffen gericht ingezet tegen kwaadaardige cellen. De werking is dus heel anders dan die van chemotherapie én heeft minder bijwerkingen. Rituximab is een antistof waarmee inmiddels de nodige ervaring is opgedaan. Dit middel wordt per infuus of onderhuidse injectie toegediend.

IMMUUNTHERAPIE MET CHEMOTHERAPIE

Immuuntherapie en chemotherapie worden vaak gecombineerd, deze zogenaemde immuunchemotherapie levert goede resultaten op. Een veelgebruikte combinatie van middelen is de R-CP-kuur, bestaande uit rituximab, cyclofosfamide (chemotherapie) en prednison (steroïd hormoon). Een vergelijkbare kuur is de DRC-kuur, die bestaat uit dexamethason, rituximab en cyclofosfamide. De combinatie rituximab en bendamustine is ook een effectieve kuur in het terugdringen van de ziekte.

GERICHTE THERAPIE

Ibrutinib (Imbruvica) is het eerste geregistreerde medicijn voor de behandeling van patiënten met een recidief van de ziekte van Waldenström of voor patiënten die een eerste behandeling nodig hebben maar die zo zwak zijn dat ze geen immunotherapie aankunnen. Dit medicijn is een BTK-remmer (bruton tyrosine kinase) die levenslang, of zolang het medicijn werkzaam is, ingenomen moet worden. Een BTK-remmer voorkomt dat B-lymfocyten zich kunnen nestelen in lymfklieren en dat ze kunnen overleven. Op deze manier vertragen de BTK-remmers de voortschrijding van de kanker. Er zijn echter nog geen gegevens over langetermijngebruik bekend. Ibrutinib is ook een geregistreerd medicijn in de behandeling van mantelcellymfoom en chronische lymfatische leukemie (twee andere lymfklierkankers). Deze BTK-remmers grijpen in op het proces van lymfoomvorming, met het risico van infecties. Andere bijwerkingen zijn onder meer milde diarree, spier- en gewrichtspijn en longontsteking.

Er worden momenteel ook andere BTK-remmers onderzocht, maar ibrutinib is tot nu toe de enige geregistreerde BTK-remmer die gebruikt wordt bij de behandeling van waldenström.

RADIOTHERAPIE

Als sommige grote klieren door hun ligging en omvang problemen veroorzaken, dan kan radiotherapie een oplossing bieden.

STAMCELTRANSPLANTATIE

Als je relatief jong bent en in een goede conditie verkeert, dan kunnen jij en je dokter een stamceltransplantatie overwegen. Hierbij krijg je stamcellen toegediend. Je arts beoordeelt of deze behandeling geschikt voor je is, welke voorbehandeling (conditionering) je nodig hebt en welke nazorg voor jou het beste resultaat zal opleveren. Er zijn twee vormen van stamceltransplantatie:

- autologe stamceltransplantatie, waarbij je eigen stamcellen worden geoogst en later worden teruggegeven;
- allogene stamceltransplantatie, waarbij stamcellen bij een donor worden geoogst die je daarna krijgt toegediend.

In beide gevallen moeten de stamcellen eerst geoogst worden, voordat ze kunnen worden toegediend om zieke of verdwenen stamcellen te vervangen. Hematon heeft patiënteninformatie over zowel autologe als allogene stamceltransplantatie.

ONDERSTEUNENDE BEHANDELINGEN

Naast het bestrijden van de ziekte zelf, kan je arts een aantal ondersteunende behandelingen voorstellen. Deze behandelingen zijn erop gericht de gevolgen van de ziekte zo veel mogelijk te bestrijden:

- medicijnen tegen de pijn die veroorzaakt wordt door polyneuropathie;
- toediening van erytropoëtine, een hormoon dat de aanmaak van rode bloedcellen stimuleert; hiermee wordt bloedarmoede tegengegaan (deze verergert soms tijdens een behandeling, dankzij toediening van erytropoëtine is een bloedtransfusie wellicht niet nodig);
- plasmaferese vervangt je eigen plasma door dat van een donor of een eiwitoplossing; deze behandeling wordt toegepast als je bloed te stroperig is;
- antibiotica om infecties te voorkomen, met name tijdens therapie;
- psychosociale hulp;
- revalidatie;
- fysiotherapie;
- diëtetiek.

TRIALS

Een trial is een wetenschappelijk onderzoek. Vaak worden daarbij twee behandelmethoden met elkaar vergeleken. De onderzoekers kijken dan bijvoorbeeld naar het effect en de bijwerkingen van de behandeling. Het voordeel van meedoen aan een trial is dat je behandeld wordt volgens de laatste inzichten en naar een strak protocol. Bovendien word je binnen een trial extra zorgvuldig gevolgd en begeleid. Vraag aan je hematoloog of je in aanmerking komt voor een trial die nu loopt of binnenkort start.

Vooruitzichten

Het is niet mogelijk te genezen van de ziekte van Waldenström met standaardbehandelingen. Maar vaak houdt de ziekte zich geruime tijd rustig, wel vijf tot zeven jaar, en is er dus geen behandeling nodig. En als de ziekte wel de kop opsteekt, zijn er goede medicijnen om de ziekte tijdelijk tot stilstand te brengen.

Na de start van de eerste behandeling bedraagt de mediane levensverwachting ruim zeven jaar. Dat wil zeggen: de helft van de mensen is na die zeven jaar nog in leven, de andere helft is overleden. Bij het vaststellen van deze overleving is het gebruik van nieuwe geneesmiddelen zoals ibrutinib nog niet meegenomen. Voor de huidige patiënten ligt de mediane levensverwachting daarom waarschijnlijk hoger. De verwachting is dat nieuwe medicijnen voor een nog langere levensverwachting zullen zorgen. Ofwel, de overleving zal verbeteren. Na elke herhaling van de ziekte (recidief) is een andere behandeling mogelijk. Hoe meer nieuwe behandelingen worden ontwikkeld hoe beter de prognose is en hoe langer de levensverwachting.

Over Hematon

Bloedkanker of lymfklierkanker zet je leven op z'n kop. De diagnose roept veel vragen en onzekerheid op. Medische vragen over behandeling en kansen op herstel. Wat is eigenlijk een lymfoom, myeloom of leukemie? Wat betekent een stamceltransplantatie en hoe kan ik de informatie van de specialist goed begrijpen? Maar ook vragen op praktisch, sociaal en financieel gebied. Verandert de relatie met mijn partner en kinderen? Hoe vertel ik het mijn werkgever? En wat zijn mijn rechten bij re-integratie op mijn werk of het overstappen naar een andere ziektekostenverzekeraar?

Herken je dit soort vragen, waar vaak moeilijk antwoord op te vinden is? Maak dan gebruik van Hematon en word lid! Hematon is er voor mensen met bloed- of lymfklierkanker, mensen die een stamceltransplantatie (hebben) ondergaan en hun naasten. Hematon biedt betrouwbare ervaringsdeskundigheid en komt op voor jouw belangen. Wij snappen je zorgen en vragen.

Wat kun je van Hematon verwachten?

- Een welkomstpakket met onder meer het bijzondere boek Ervaringen, dat nieuwe leden veel herkenning en informatie biedt.
- Persoonlijk contact via onze lotgenoten-telefoon (030-760 38 90), voor alle vragen over omgaan met je ziekte. Maar ook als je behoefte hebt aan een luisterend oor van iemand die begrijpt waarmee je zit. Mailen kan ook: lotgenotencontact@hematon.nl.
- Vragen stellen, kennis en ervaringen delen via onze besloten Facebookgroepen (facebook.com/hematon.nl) of via twitter (@HematonNL). Ontmoet op een laagdre-

pelige manier andere mensen die leven met dezelfde ziekte en leer van elkaar.

- Medische informatie over jouw ziekte in begrijpelijke taal via www.hematon.nl. Op onze site vind je daarnaast nieuws over onder andere de laatste medische ontwikkelingen en over onze activiteiten en diensten. Via blogs, video's en links naar sociale media leer je meer over je ziekte en kun je in contact komen met andere patiënten of naasten.
- Belangenbehartiging bij bijvoorbeeld overheid, verzekeraars, ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen. We vertegenwoordigen het patiëntenperspectief bij vraagstukken rond onder meer dure medicijnen, meedoen aan wetenschappelijk onderzoek, kwaliteit van zorg of kanker en werk.
- Coaches Kanker en werk, en handige online tools die je ondersteunen als je aan het werk gaat of wilt blijven.
- Eenmaal per kwartaal Hematon Magazine, boordevol interviews, nieuws en medische updates (voor leden) en zo'n tienmaal per jaar de digitale Hematonnieuwsbrief.
- Informatie- en lotgenotenbijeenkomsten bij jou in de buurt, met experts en ervaringsdeskundigen. Ontmoet andere mensen met dezelfde ziekte en wissel ervaringen uit. Kijk op www.hematon.nl/agenda voor alle activiteiten en bijeenkomsten.

Word lid!

Wil je gebruik maken van alle diensten van Hematon of wil je ons werk ondersteunen? Kijk op www.hematon.nl en klik op de banner 'Word lid!' Lukt dat niet, bel dan: 030 760 34 60.

Aan dit boekje is met de grootst mogelijk zorgvuldigheid gewerkt. Echter, je kunt geen rechten ontlenen aan de inhoud. Waar mogelijk houden wij rekening met de in Nederland geldende behandelrichtlijnen. Toch kan de werkwijze in een specifiek ziekenhuis afwijken van de informatie die hier wordt gegeven.

COLOFON

Uitgave Stichting Hematon
Augustus 2018

TEKST

Miriam Jans, mmv Monique Minnema,
internist-hematoloog UMC Utrecht

FOTOGRAFIE

Henk Jan Ritsma

VORMGEVING

Marker Ontwerp

STICHTING HEMATON

Postbus 8152
3503 RD Utrecht
030 291 60 90
info@hematon.nl

NL70 RABO 0177 8963 10

Stichting Hematon heeft de status van Algemeen Nut Beogende Instelling (ANBI). Dit houdt in dat donaties aan de stichting aftrekbaar zijn als giften aan het goede doel. Hematon maakt deel uit van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties en wordt gesubsidieerd door KWF Kankerbestrijding.

