



Informatie

Myelodysplastisch Syndroom (MDS) Patiënt Informatie Dossier

Inleiding

Van uw behandelend specialist heeft u te horen gekregen dat bij u de diagnose Myelodysplastisch syndroom (MDS) is vastgesteld. Vanwege deze diagnose en mogelijke behandeling ontvangt u in een korte tijd veel informatie. Juist in een periode van spanning en onzekerheid is het moeilijk om alle informatie te onthouden. Daarom hebben we in dit Patiënt Informatie Dossier (PID) alle informatie over MDS voor u gebundeld. Dit biedt u de mogelijkheid om de informatie thuis rustig door te lezen.

Dit PID is een aanvulling op het PID Hematologie / oncologie waarin informatie is opgenomen over kanker in het algemeen en een kwaadaardige bloedziekte. In het PID Hematologie / oncologie vindt u ook meer informatie over de verschillende hulpverleners met wie u gedurende uw ziekte traject te maken kunt krijgen. Denk hierbij aan arts(en), verpleegkundige(n), huisarts, medewerker van de Thuiszorg, enzovoort. U vindt hier terug hoe, maar ook wanneer, u contact kunt opnemen met de diverse hulpverleners.

Informatie over uw ziektebeeld

Oncologische hematologie

Normale lichaamscellen groeien, delen en sterven volgens een vast patroon. Nieuwe cellen worden aangemaakt om beschadigde, versleten of afgestorven cellen te vervangen. Door veranderingen in het DNA kunnen zich echter kwaadaardige cellen ontwikkelen. Deze kankercellen blijven groeien en zich delen en wijken af van normale cellen. In plaats van te sterven, blijven ze in leven en produceren ze nieuwe abnormale cellen.

Wanneer een aandoening valt onder de oncologische hematologie, zegt dit niets over de ernst van de ziekte of over de mogelijkheid deze te behandelen. Er zijn niet-oncologische aandoeningen die ongeneeslijk of levensbedreigend zijn en er zijn oncologische aandoeningen die vrijwel zonder klachten verlopen, goed te genezen zijn en die de levensverwachting van patiënten niet verkorten.

Sommige vormen van kwaadaardige hematologische aandoeningen vormen een tumor (een abnormale weefselmassa). Andere vormen - zoals leukemie - doen dit niet. Bij dit laatste type bloedkanker zijn het bloed en de bloedvormende organen betrokken en bewegen de kwaadaardige cellen zich naar andere weefsels waar ze zich vermeerderen. Omdat in tegenstelling tot vele andere kankersoorten (zoals longkanker, alveesklierkanker, darmkanker) de kwaadaardige bloedcellen zich in de bloedbaan bevinden en voortdurend circuleren, spreken we bij kwaadaardige hematologische aandoeningen niet van uitzaaiingen, maar van stadia. Het stadium van de ziekte geeft dan aan in hoeverre de kwaadaardige cellen zich op andere plaatsen van het lichaam hebben genesteld. Een kwaadaardige hematologische aandoening wordt ook wel bloedkanker genoemd.

Er zijn een aantal kwaadaardige hematologische aandoeningen:

- Leukemie
- Lymfeklierkanker (Hodgkin en non-Hodgkin lymfomen)
- Multipel Myeloom (ziekte van Kahler)
- Myelodysplastisch syndroom (MDS)
- Myeloproliferatieve aandoeningen (MPN of MPD)

Jaarlijks wordt bij ongeveer 9930 mensen in Nederland een vorm van bloedkanker vastgesteld.

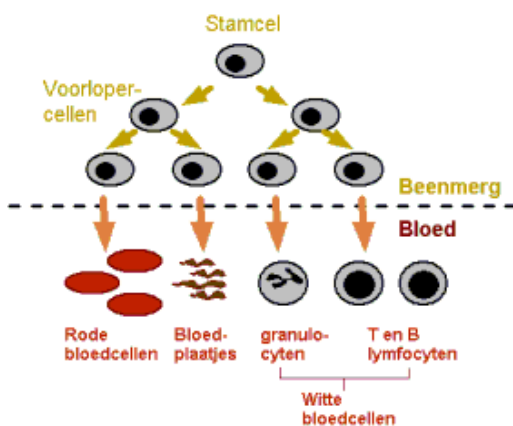
Meer informatie vindt u op onderstaande websites:

- www.iknl.nl/cijfers
- www.kanker.nl/kankersoorten/multipel-myeloom
- www.kanker.nl/kankersoorten/chronische-lymfatische-leukemie
- www.hovon.nl/medische-informatie

Wat is bloed

Bloed is een mengsel van plasma, rode bloedcellen, witte bloedcellen en bloedplaatjes. Deze cellen worden gemaakt in het beenmerg; dit is het zachte, sponsachtige weefsel in de kern van de meeste botten. Het bestaat voornamelijk uit twee typen cellen:

- stromale cellen die de structuur van het beenmerg in stand houden
- bloedvormende stamcellen



Myelodysplastisch syndroom (MDS)

Myelodysplastisch syndroom (MDS) wordt ook wel myelodysplasie genoemd en staat voor een groep van beenmergstoornissen waarbij de productie van bloedcellen ernstig is verstoord. De normale bloedaanmaak speelt zich af in het beenmerg. Daarbij worden de verschillende celsoorten aangemaakt, zoals de rode cellen (nodig voor zuurstoftransport; een tekort geeft bloedarmoede), witte cellen (leukocyten genaamd; er zijn veel verschillende soorten en ze zijn nodig voor de afweer tegen bacteriën, virussen en andere infectiebronnen) en bloedplaatjes (trombocyten genaamd, nodig voor de bloedstolling).

Bij MDS worden de bloedcellen niet goed aangemaakt. Het resultaat van deze gestoorde aanmaak zijn misvormde en niet goed uitgegroeide bloedcellen. Deze misvormingen worden dysplasie genoemd. Vandaar ook de naam 'myelodysplasie' (myelodysplasie). Door de slechte kwaliteit van de bij MDS geproduceerde bloedcellen wordt een belangrijk deel van deze bloedcellen al vernietigd voordat zij het beenmerg verlaten. Daardoor kan een tekort ontstaan aan deze bloedcellen. Een tekort aan rode cellen heet 'anemie' (bloedarmoede), een tekort aan witte cellen heet leukocytopenie en een tekort aan trombocyten/bloedplaatjes heet 'trombocytopenie'.

In de meeste gevallen van MDS kan geen oorzaak voor de gestoorde aanmaak worden aangewezen. Aannemelijk is dat de aanmaakfout ligt in de bloed- en beenmergstamcel. Aangenomen wordt dat tijdens de vele delingen van beenmergcellen fouten zijn opgetreden, die uiteindelijk tot de ziekte MDS geleid hebben. Daarom is MDS ook typisch een ziekte van ouderen (ouder dan 60 jaar), hoewel de ziekte zeker ook kan voorkomen bij jongeren.

Er lijkt wel een verband te bestaan met blootstelling aan toxische (giftige) stoffen zoals bestrijdingsmiddelen, chemicaliën (benzeen) en bestraling. MDS kan ook ontstaan na een behandeling met chemotherapie vanwege andere vormen van kanker (=therapiegerelateerde MDS).

Bij MDS is niet alleen sprake van productie van gestoorde, niet goed functionerende bloedcellen, maar de voorlopercellen kunnen soms (bij ongeveer een derde van de patiënten) ook ontsporen en kwaadaardig worden. In het ergste geval kan zich dit ontwikkelen richting acute myeloïde leukemie (AML). De kans of MDS een acute leukemie wordt, hangt sterk af van het type MDS. Sommige vormen van MDS ontsporen vrijwel nooit, andere veel vaker.

Indeling van MDS en de varianten

Het is gebruikelijk dit ziektebeeld in twee hoofdgroepen en een aantal subgroepen in te delen die stuk voor stuk voorspellend zijn voor de kans op verergering richting acute leukemie. Deze indeling wordt overal in de wereld gebruikt. Naast de hoofdgroep MDS wordt een tweede groep onderscheiden die veel meer op een chronische, langzaam groeiende leukemie lijkt. De indeling en naamgeving is helaas erg complex met veel afkortingen. Ze wordt bepaald door:

- Een tekort aan:
 - Rode bloedcellen (=bloedarmoede =anemie)
 - Witte bloedcellen (=leukopenie)
 - Bloedplaatjes (=trombopenie)
- Het percentage blasten in het beenmerg
De aanwezigheid van specifieke chromosoomafwijkingen

De indeling ziet er als volgt uit:

- **Hoofdgroep van MDS:**
 - Refractaire anemie (RA)
Dit type komt in ongeveer 20 tot 30% van de gevallen van MDS voor. De afwijkingen concentreren zich vooral in de aanmaak van de rode cellen. De meeste patiënten hebben bloedarmoede (anemie). Deze anemie reageert niet op bijvoorbeeld het toedienen van ijzertabletten, vandaar de naam 'refractair'. Het aantal blasten (jonge cellen) in het beenmerg is laag. Zelden is er een ontwikkeling richting acute leukemie. De gemiddelde overlevingsduur bedraagt vele jaren.
 - Refractaire anemie met ringsideroblasten (RARS)
Het beeld is identiek aan MDS type RA, maar er worden extra afwijkingen waargenomen bij de rode bloedcellen. Het ijzer, dat normaal als een enkel korreltje opgeslagen wordt in de zich ontwikkelende rode bloedcel, is hier sterk toegenomen, waarbij een karakteristieke ring wordt gevormd. Deze cellen worden 'ringsideroblasten' genoemd. Ongeveer 2 tot 5% van de MDS-patiënten heeft deze vorm van MDS. De overlevingskansen zijn gelijk aan die van MDS (RA). Een enkele keer reageren patiënten goed op zeer hoge doses vitamine B6 (pyridoxine).
 - Refractaire cytopenie met multilineage dysplasie (RCMD)
Dit beeld lijkt erg op de refractaire anemie. Ditmaal zijn niet alleen de rode cellen, maar ook de witte cellen en/of bloedplaatjes bij het beeld betrokken. Het woord 'cytopenie' (een tekort aan cellen) geeft aan dat bij deze patiënten sprake kan zijn van een anemie en/of leukocytopenie en/of trombocytopenie.

- Refractaire anemie met excess aan blasten (RAEB)
Bij deze vorm (die ongeveer 30 tot 35% van de MDS-patiënten betreft) komen meer abnormale primitieve bloedcellen voor. Het aantal blasten in het beenmerg, en soms ook in het bloed, is toegenomen ('excess'). Ongeveer 40% van de patiënten met dit type MDS krijgt uiteindelijk een vorm van acute leukemie, meestal AML. Daarom zijn de overlevingskansen zonder therapie slechter.
- MDS met 5q- afwijking
Deze zeldzame vorm van MDS wordt apart beschreven. Het betreft nogal eens oudere vrouwelijke patiënten met een anemie en toename van trombocyten. In het beenmerg worden karakteristieke afwijkingen aan de megakaryocyten gezien, de voorlopercellen van de bloedplaatjes. De prognose wat betreft overleving is over het algemeen beter dan van de andere vormen van MDS. Ook is de kans op ontwikkeling richting acute myeloïde leukemie erg klein. Voor deze vorm van MDS zijn nieuwe medicijnen beschikbaar.
- **MDS lijkend op myeloproliferatie:**
 - Chronische myelomonocytenleukemie (CMML c.q CMMoL)
Dit ziektebeeld wordt gerangschikt onder de subgroep MDS richting myeloproliferatie. Myeloproliferatie wil zeggen: toegenomen groei van beenmergcellen. Deze vorm werd vroeger tot de MDS gerekend, maar gedraagt zich meer als een chronische leukemie. Karakteristiek is er een toename van één bepaald type witte bloedcellen, namelijk de monocytten. Deze toename wordt in het bloed gezien (monocytosis) en in het beenmerg, met wederom soms een toename van blasten. Er is meestal een geringe verlaging van het aantal bloedplaatjes en er kan sprake zijn van anemie. Ook deze vorm kan uiteindelijk bij ongeveer 30% van de patiënten overgaan in een vorm van acute leukemie, vaak AML.
 - Atypische chronische myeloïde leukemie (aCML)
Dit is een erg zeldzaam ziektebeeld met bovendien een zeer verwarrende naam. Deze vorm van chronische leukemie heeft namelijk helemaal niets te maken met het bekende chronische myeloïde leukemie (CML). Het beeld lijkt er wel een beetje op, vandaar de naam atypisch, maar daar is ook alles mee gezegd. Deze vorm van leukemie is moeilijk te behandelen en lijkt nog het meest op de chronische myelomonocytenleukemie. De – voor CML – bekende middelen Glivec en alfa-interferon blijken ook niet te werken.
 - Juveniele myelomonocytenleukemie (JMML)
Van alle vormen van chronische leukemie is dit verreweg de zeldzaamste en deze wordt uitsluitend op de kindereleeftijd aangetroffen. Aangezien deze leukemie erg moeilijk te behandelen is, zullen patiëntjes bijna altijd een stamceltransplantatie ondergaan.

Uw arts vertelt u tot welke groep uw MDS behoort.

Conclusie

MDS is niet één ziektebeeld, maar een verzameling van beenmergziekten met als gemeenschappelijk kenmerk dat er fouten zijn in de aanmaak van bloedcellen. MDS kan betrekkelijk onschuldig zijn, maar kan zich ook ontwikkelen tot een ernstig ziektebeeld dat intensieve behandeling behoeft. De prognose hangt af van de leeftijd van de patiënt, het type MDS en de aan- of afwezigheid van specifieke chromosoom-afwijkingen in de beenmergcellen.

Patiëntenvereniging

Hematon richt zich op patiënten met leukemie en MDS. Bij deze patiëntenvereniging kunnen patiënten met alle verschillende soorten van MDS zich aanmelden. De vereniging is erg actief met vele voorlichtingsbijeenkomsten en een blad.

Meer informatie over MDS

Voor meer informatie over MDS kunt u terecht op de volgende websites:

- Vereniging Hematologie Nederland:
www.hematologienederland.nl/patientinfo
- Vereniging Hematon: www.hematon.nl
- HOVON: www.hovon.nl/medische-informatie/mds

Onderzoek

Patiënten met MDS hoeven nauwelijks klachten te hebben. De afwijking wordt nogal eens bij toeval ontdekt bij een bloedonderzoek dat om een andere reden wordt verricht. Het ontbreken van klachten wordt verklaard door het feit dat de ziekte zeer langzaam kan ontstaan, waardoor het lichaam gaat wennen aan het tekort aan bloedcellen. Sommige patiënten echter hebben wel klachten en symptomen die veroorzaakt zijn door het tekort aan normale cellen. Door de bloedarmoede kan algemene zwakte en bleekheid met onverklaarbare, toenemende vermoeidheid gezien worden. Door het tekort aan witte cellen kunnen veelvuldig terugkerende kleine infecties en koorts ontstaan. Door het tekort aan bloedplaatjes ontstaan gemakkelijk blauwe plekken of bloedingen, bijvoorbeeld neusbloedingen, kleine huidbloedingen (kleine rode stipjes op het lichaam) of tandvlesbloedingen (bijvoorbeeld bij het tandenpoetsen). Gelukkig treden bloedingen niet vaak op, omdat de bloedplaatjes bij MDS meestal niet gevaarlijk laag zijn.

Om de diagnose MDS te stellen zijn bloed- en beenmergonderzoek nodig. Het bloed en het beenmerg worden onder de microscoop beoordeeld op de aanwezigheid van – voor MDS typische – dysplastische afwijkingen. Daarnaast wordt het aantal blasten geteld. Blasten zijn normale gezonde voorlopercellen, maar kunnen ook een uiting van leukemie zijn: een teveel aan blasten wijst op een ontwikkeling richting acute myeloïde leukemie.

Tot slot wordt het opgezogen beenmerg gekweekt om de chromosomen te analyseren (=cytogenetisch onderzoek). Bij dit onderzoek wordt gekeken naar chromosoomafwijkingen in de afwijkende cellen, niet in de cellen van de rest van het lichaam. De aanname is immers dat alleen in de beenmergstamcellen afwijkingen zijn opgetreden, die mogelijk met chromosomenonderzoek aangetoond kunnen worden. De rest van de lichaamscellen is volledig normaal. Er is ook geen sprake van een erfelijke aandoening of iets dergelijks. Een chromosoomanalyse is van grote steun, omdat sommige afwijkingen heel karakteristiek bij MDS voorkomen en dan kunnen helpen de diagnose met meer zekerheid te kunnen stellen. Bovendien is er een subgroep MDS met een typische chromosoomafwijking (het 5q- syndroom; spreek uit: vijf-kuu-min), dat met Lenalidomide uitstekend te behandelen is.

MDS is niet altijd makkelijk te herkennen, omdat andere aandoeningen, zoals infecties, of gebruik van bepaalde medicamenten ook afwijkingen aan het beenmerg kunnen veroorzaken die erg op MDS kunnen lijken. In dat geval is het de moeite waard een paar maanden te wachten en het beenmergonderzoek te herhalen.

Afhankelijk van uw ziektesituatie wordt gekeken of onderzoek noodzakelijk is om het effect van uw behandeling te bepalen.

Behandeling

De behandeling van MDS is grotendeels gericht op de beheersing van de symptomen die ontstaan door de tekorten aan verschillende bloedcellen in de bloedbaan. Patiënten met een milde vorm van MDS (minder dan 5% blasten in het beenmerg) zullen meestal transfusies met rode bloedcellen en bloedplaatjes toegediend krijgen en worden behandeld met antibiotica om infecties te voorkomen of te bestrijden.

Daarnaast is een behandeling met groeifactoren (Erythropoietine en evt G-CSF) geïndiceerd. Voor patiënten die hier niet goed op reageren of die op voorhand al kenmerken hebben waardoor ze niet goed zullen reageren, zal de arts beoordelen welke mogelijkheden er zijn.

Patiënten met een ernstige vorm van MDS (meer dan 5% blasten in het beenmerg) zullen een meer agressieve behandeling ondergaan. Deze behandeling kan bestaan uit: lage dosis chemotherapie of intensieve chemotherapie gevolgd door beenmergtransplantatie. De keuze van de behandeling zal afhangen van de leeftijd en de lichamelijke toestand van de patiënt. Omdat bij ongeveer 40% van de patiënten met MDS-RAEB uiteindelijk acute leukemie optreedt (meestal AML) wordt MDS op dezelfde manier behandeld als AML.

De keuze van de behandeling hangt af van veel verschillende factoren. Bij de behandeling is het daarom noodzakelijk precies te weten om welk type MDS het gaat. Over het algemeen wordt er behandeld met transfusies, groeifactoren, chemotherapie en/of doelgerichte therapie of wordt een afwachtend beleid uitgevoerd.

Transfusie

Een transfusie bestaat uit het toedienen van bloedbestanddelen. In uw geval zal dat gaan om cellen die u tekort komt. Daarbij kunt u denken aan: rode bloedcellen of bloedplaatjes. Een tekort aan rode bloedcellen wil zeggen dat u bloedarmoede (anemie) heeft. Een tekort aan bloedplaatjes (trombopenie) kan er voor zorgen dat u langer bloedt bij wondjes of spontaan bloedingen kunt krijgen.

Een transfusie gaat op dezelfde wijze als een infuus. De behandelend arts schrijft de bloedproducten voor. Hij/zij bespreekt met u waarom een transfusie nodig is. Uw arts doet dit niet zonder uw toestemming, tenzij er in onvoorziene noodsituaties geen gelegenheid is uw toestemming te vragen. De arts vertelt u welke bloedproducten worden toegediend en welke risico's aan een transfusie zijn verbonden en welke alternatieven er eventueel zijn.

Een transfusie is een medische ingreep. Elke medische ingreep heeft risico's. Het Nederlandse bloedtransfusiesysteem is één van de veiligste ter wereld. Nederland werkt met een centrale bloedbank waar zorgvuldig wordt gekeken naar het bloed wat op voorraad is. Een bloeddonor wordt altijd medisch gekeurd. Bloedproducten mogen pas naar het ziekenhuis, als uit de test blijkt dat het betreffende product voldoet aan alle gestelde eisen. Ook het ziekenhuis neemt speciale voorzorgmaatregelen, zoals bijvoorbeeld het bepalen van uw bloedgroep. Aan de hand van deze gegevens wordt getest of het donorproduct geschikt is voor u.

Bij of na het toedienen van een bloedproduct kan een koortsreactie optreden. Dit is van voorbijgaande aard. Een enkele maal komt het voor dat patiënten na een transfusie last krijgen van een jeukende huiduitslag. Dit verdwijnt na een paar uur weer en is ongevaarlijk. Mensen met een zwak hart kunnen hartkloppingen krijgen en/of kortademig worden, doordat er meer vocht in de circulatie komt. Uw behandelend arts zal zo nodig maatregelen nemen om dit risico zo klein mogelijk te houden.

Het is mogelijk om een transfusie te weigeren, maar bedenk u daarbij wel dat er niet altijd andere mogelijkheden zijn. Een transfusie weigeren betekent soms een groter risico voor uw gezondheid dan een bloedtransfusie ontvangen. Bespreek uw twijfels over de bloedtransfusie tijdig met de arts die u behandelt.

Groefactoren

Soms vindt de arts het noodzakelijk om te behandelen met groefactoren. Dit zijn medicijnen die de aanmaak van gezonde witte en/of rode bloedcellen stimuleren. Voorbeelden zijn G-CSF voor de aanmaak van witte bloedcellen, en Erythropoetine (ook wel bekend als EPO) voor de rode bloedcellen. Deze middelen worden via een injectie toegediend. Bijwerkingen van deze middelen kunnen zijn: koorts, spierpijn, gewrichtsklachten, rugklachten, rillerigheid en trombose.

Chemotherapie

Chemotherapie is de behandeling met celdodende of celdelingremmende medicijnen: cytostatica. Er zijn verschillende soorten cytostatica, elk met een eigen werking.

De medicijnen kunnen op verschillende manieren worden toegediend, bijvoorbeeld per infuus. Via het bloed verspreiden zij zich door het lichaam en kunnen op vrijwel alle plaatsen kankercellen bereiken. Vaak worden verschillende combinaties van medicijnen gegeven. Meestal worden ze gedurende een dag of een aantal dagen toegediend volgens een vast schema. Hierna volgt een rustperiode van enkele weken waarin u geen cytostatica krijgt.

Een dergelijk schema met daarna een rustperiode heet een cytostaticakuur of chemokuur. Zo'n kuur wordt een aantal keren herhaald. Cytostatica tasten naast kankercellen ook gezonde cellen aan. Daardoor kunnen bijwerkingen optreden.

U kunt ook terecht op www.kanker.nl/chemotherapie voor meer informatie over chemotherapie.

Doelgerichte therapie

Doelgerichte therapie is een behandeling met medicijnen die de celdeling van kankercellen remmen of kankercellen doden. Doelgerichte therapie brengt in principe minder schade toe aan gezonde cellen dan bijvoorbeeld chemotherapie. Doelgerichte therapie wordt ook wel targeted therapie genoemd. Deze medicijnen zijn beschikbaar als tabletten, maar kunnen ook via een infuus worden gegeven. Dit is afhankelijk van het middel. De meest voorkomende bijwerkingen zijn huiduitslag en diarree.

De opzet van de behandeling is levensverlengend (palliatief). Bij een levensverlengende behandeling is genezing niet meer mogelijk en is het doel om de klachten van de ziekte zo veel mogelijk te bestrijden. Er wordt daarbij gestreefd naar een zo goed mogelijke kwaliteit van leven.

U kunt ook terecht op www.kanker.nl/doelgerichte-therapie voor meer informatie.

Wanneer u een behandeling met chemotherapie of doelgerichte therapie zal krijgen, wordt er in overleg met u een informatiegesprek gepland. Dit gesprek duurt een uur en u ontvangt schriftelijk materiaal dat u kunt toevoegen aan deze map.

Wetenschappelijk onderzoek

Er wordt veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar MDS. De onderzoeksgroep HOVON houdt zich hier mee bezig. Het Elkerliek is actief in het bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek. Dit wordt gedaan in samenwerking met landelijke en internationale organisaties. Het kan voorkomen dat uw situatie past binnen een wetenschappelijk onderzoek. U beslist zelf of u hieraan wilt meewerken; het mag, maar het hoeft niet. Wanneer u wilt meewerken aan een wetenschappelijk onderzoek is het noodzakelijk om hier schriftelijke toestemming voor te geven. Wilt u er eerst over nadenken? Zeg dit tegen uw arts en spreek af wanneer en hoe u uw beslissing doorgeeft.

Voor meer informatie over onderzoek kunt u terecht op:

- www.hematologienederland.nl/studies-en-trails
- www.kanker.nl/onderzoek&caremaps

Toestemming

U beslist zelf of gestart wordt met de behandeling en geeft hiervoor toestemming. Wilt u er eerst over nadenken? Zeg dit tegen uw arts en spreek af wanneer en hoe u uw beslissing doorgeeft. Het is mogelijk om een andere arts te raadplegen (second opinion). Maak dit bespreekbaar met uw behandelend arts zodat deze uw gegevens beschikbaar kan stellen.

Belangrijk: informeer bij uw zorgverzekeraar over de vergoeding van de kosten voor een second opinion.

Telefoonnummers en adressen

Locatie Helmond
Wesselmanlaan 25
5707 HA Helmond
T: 0492 – 59 55 55

Locatie Deurne
Dunantweg 16
5751 CB Deurne
T: 0493 – 32 88 88

Locatie Gemert
Julianastraat 2
5421 DB Gemert
T: 0492 – 59 55 55

