

Melanoom NIEUWS

"Het is een
rotziekte,
maar ze kunnen
tegenwoordig
gelukkig
zó veel!"

interview

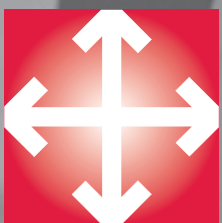
Mijn melanoom: Lindsay

medisch

Laatste ontwikkelingen
behandeling oogmelanoom

achtergrond

Vrijwilliger aan het woord



STICHTING
MELANOOM



Melanoom Nieuws is een uitgave van de Stichting Melanoom en verschijnt 4x per jaar. Artikelen mogen uit deze uitgave worden overgenomen mits de bron uitdrukkelijk wordt vermeld.

Redactie Melanoom Nieuws

Eindredactie

Twan Stemkens

Redactie

Jan de Jong

Ineke Oomen

Harald Vissenberg

Vormgeving, productie en drukwerk

Dekkers van Gerwen

Fotografie

Lennaert Maat

Kopij

Sluitingsdatum voor de volgende uitgave is 9 september 2025.

Kopij bij voorkeur aanleveren via redactie@stichtingmelanoom.nl.

Secretariaat Stichting Melanoom

Postbus 9199

1180 MD Amstelveen

telefoon 088-002 97 46

secretariaat@stichtingmelanoom.nl

NL51 INGB 0007530279

t.n.v. Stichting Melanoom Utrecht

Lotgenotencontact

telefoon 088-002 97 47

Website

www.stichtingmelanoom.nl

www.melanoomforum.nl

Webredactie

Jan de Jong

webredactie@stichtingmelanoom.nl

Stichting Melanoom bestaat sinds 1995 en telt ruim 800 leden.

Stichting Melanoom zet zich in voor mensen met melanoom en oogmelanoom.

Onze missie: minder melanoom en meer genezing. De kernactiviteiten van de Stichting Melanoom zijn:

- Het aanbieden van lotgenotencontact
- Het geven van voorlichting en informatie
- Het behartigen van belangen

De organisatie van de stichting is in handen van een team van gemotiveerde en enthousiaste vrijwilligers dat wordt aangestuurd door een bestuur.

De stichting wordt daarin bijgestaan door een Raad van Advies.

Deze raad is samengesteld uit (verpleegkundig en medisch) specialisten uit het werkveld van de dermatologie en oncologie.

Bestuur Stichting Melanoom

Koen van Elst

voorzitter

Martina Rooijackers

secretaris

Arie Reijnen

penningmeester

Violeta Astratinei

bestuurslid belangenbehartiging

Isabel Plessius

bestuurslid pr & communicatie

Martina Rooijackers

bestuurslid oogmelanoom

Secretariaat en coördinatie vrijwilligers

Secretariaat

Martina Rooijackers, secretariaat@stichtingmelanoom.nl

Coördinatie vrijwilligers

Koen van Elst en Martina Rooijackers

Raad van Advies

De heer prof. dr. R. van Doorn

dermatoloog LUMC

Mevr. prof. dr. K.P.M. Suijkerbuijk

internist-oncoloog UMC Utrecht

Mevr. dr. A.L. Mooyaart

patholoog Erasmus MC

De heer dr. J.J. Bonenkamp

chirurg Radboud UMC

De heer prof. dr. J. Haanen

internist-oncoloog NKI/AvLww

De heer prof. dr. G.P.M. Luyten

oogarts-oncoloog LUMC

De heer prof. dr. C. Blank

internist-oncoloog NKI/AvL

De heer dr. A.C.J. van Akkooi

oncologisch chirurg NKI/AvL

Vacature

verpleegkundig specialist

Mevr. A. Nollen - de Heer

oncologie coach & oud voorzitter

Stichting Melanoom is aangesloten bij de Nederlandse Federatie van

Kankerpatiëntenorganisaties NFK en kan haar werkzaamheden verrichten mede

dankzij subsidiëring door NFK en Fonds PGO / Ministerie van VWS.



STICHTING
MELANOOM

in dit nummer:



Donatie 1500 euro opgehaald door fam. Van Hooijen.

7



Mijn melanoom: Lindsay

11



De laatste ontwikkelingen in de behandeling van oogmelanoom.

16



Vrijwilliger aan het woord: Erik Klop.

24

bestuur	4
redactie	5

berichten	
- Safe the date	6
- Donatie van 1500 euro	7

3

medisch	
- Hoelang doorgaan met immuno-therapie?	8
- Welke adjuvante behandeling bij BRAF-mutatie?	9

ervaring	
- Mijn melanoom: Lindsay	11

medisch	
- Overleving patiënten met hersenuitzaaiingen verbeterd	14
- Immunotherapie werkt in de ochtend toegediend beter	15

interview / medisch	
- De laatste ontwikkelingen in de behandeling van oogmelanoom	16

medisch	
- Resultaten TIL-therapie met lifileucel	20
- NORMA studie: geen re-excisie meer melanoom	22

achtergrond	
- Vrijwilliger aan het woord: Erik Klop	24
- Tweede Leidse Melanoomdag	27

gedicht	28
---------	----



Halverwege 2025: koers houden, stem laten horen, blijven bouwen

4

De eerste helft van 2025 ligt alweer achter ons, evenals een groot deel van de zomer(vakantie). Een goed moment om stil te staan bij waar we nu staan en wat er nog op ons pad komt in dit jaar. Als stichting blijven we ons met kracht en betrokkenheid inzetten voor onze achterban. In deze editie van Melanoom Nieuws praten we u graag bij over enkele recente ontwikkelingen en een aantal veelbelovende trajecten die eraan komen.

Zo verwachten we in het derde kwartaal te kunnen starten met een achterbanraadpleging. We willen graag weten wat er leeft onder mensen met (oog)melanoom en hun naasten: waar lopen zij tegenaan, wat missen zij, en wat kan beter? De inzichten die we hieruit ophalen gebruiken we om ons beleid aan te scherpen, prioriteiten te stellen waarmee we verwachten onze activiteiten toekomstbestendig te kunnen voortzetten. Uw stem gaat dus weer tellen en we hopen dan ook op een brede deelname bij de daadwerkelijke uitvraag.

Ook op inhoudelijk vlak zijn er belangrijke stappen gezet. We hebben inmiddels veertien modules van de richtlijn (huid)melanoom formeel kunnen accorderen. Dat betekent dat de stem van de patiënt een duidelijke plek heeft gekregen in deze vernieuwde richtlijn, die uiteindelijk moet bijdragen aan betere, meer afgestemde zorg voor mensen met melanoom in Nederland.

Internationaal volgen we lifileucel op de voet, een commerciële vorm van TIL-therapie die in de VS is ontwikkeld en mogelijk nieuwe behandelopties biedt voor mensen met uitgezaaid melanoom. Deze celtherapie is met name van belang voor patiënten die geen baat meer hebben bij bestaande middelen. In dit nummer vindt u hierover ook een inhoudelijk artikel. We wachten nog steeds op een besluit van de Europese Commissie over toelating tot de markt, en houden u vanzelfsprekend op de hoogte zodra er nieuws is.

Daarnaast kijken we uit naar de aankomende ESMO 2025 conferentie, het toonaangevende Europese oncologiecongres dat dit najaar in Berlijn plaatsvindt. Nieuwe onderzoeksresultaten, behandelstrategieën en inzichten worden daar gedeeld, ook op het gebied van melanoom en oogmelanoom. We volgen dit met grote belangstelling.

Ondertussen werken we ook verder aan onze organisatie: de voorbereidingen voor onze nieuwe website zijn in volle gang en het strategisch beleidsplan voor de komende jaren krijgt steeds meer vorm. Zo bouwen we stap voor stap verder aan een stichting die stevig staat en van betekenis blijft voor haar achterban.

Wij wensen u verder veel leesplezier met deze editie, en danken u - ook namens onze vrijwilligers - hartelijk voor uw blijvende betrokkenheid.

Namens vrijwilligers en bestuur, Koen van Elst

Doe(n)

Het is makkelijker gezegd dan gedaan. Je moet het doen. Doe het dan, wordt wel eens gezegd. Echter alert zijn op een vlek ergens op je lichaam die onrustig is, daar moeten dan wel de alarmbellen van gaan rinkelen. En toch gebeurt het nog te vaak dat mensen het niet in de gaten hebben of een bezoek aan de arts uitstellen. Over onderschatting gesproken.

Bij Lindsay was dit niet het geval. Zij ging op aanraden van haar vader naar de huisarts toen ze een onrustig plekje bij haar linkerslaap had. Nadat ze dat gedaan had kwam ze in de mallemolen terecht. Hoe het haar verging lees je in Mijn melanoom.

Doen is ook wat Erik Klop doet. Al heel lang, is hij vrijwilliger bij de Stichting. In de nieuwe rubriek 'Vrijwilliger aan het woord' beantwoordt hij vijf vragen en vertelt hij wat hij allemaal als vrijwilliger voor de stichting doet. Zijn persoonlijk motto: Blijf leven!

Hoe waar is dat, maar je moet het wel doen en ook wel kunnen. Lotgenoten weten maar al te goed hoe het is om met melanoom, medicatie en (immuno)therapieën te leven. Dan is het leven ook betrekkelijk, zoals je in het gedicht in deze Melanoom Nieuws kunt lezen.

Doen is ook wat artsen, dermatologen en oncologen doen. Het doen van onderzoek en wetenschappelijke studies die ervoor zorgen dat iedere keer en stap voor stap melanoom te lijf wordt gegaan en aan nieuwe medicaties of therapieën wordt gewerkt. In dit nummer vind je een groot interview met drie vrouwelijke artsen van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC).

Echter daar blijft het niet bij. Nog meer informatie en presentaties werd gegeven tijdens de Leidse Melanoom Infodag. Een samenvatting van die presentaties vind je hier ook. Tevens diverse artikelen over buitenlandse studies en onderzoek. Dat wordt gewoon gedaan!.

En doen deden ook Monique en Wim Hooijen die toen ze beiden 75 werden een feest hielden en 1500 euro ophaalden voor de stichting. Een paar jaar geleden was bij Monique een metastase weggehaald. Reden genoeg om voor de stichting geld op te halen.

Rest mij jullie veel leesplezier te wensen en een goede vakantie.

Twan Stemkens, *hoofdredacteur*

Save the Date!

Melanoom

Infodag

28 maart

2026

Donatie

Hoera Monique en Wim zijn 75 jaar! Donatie van 1.500 euro

7

Monique en Wim Hooijen werden in april en juni allebei 75, gaven een groots feest en zamelden 1.500 euro in voor de Stichting Melanoom.

Monique vertelt: "Onze verjaardagen waren reden voor een walking diner met 70 personen; familie en vrienden. Wij hebben samen een goed leven, met kinderen en geweldige kleinkinderen. Toch was het drie jaar geleden wel even schrikken toen ik geconfronteerd werd met een metastase van een melanoom. Gelukkig sloeg de immuuntherapie goed aan en is de metastase verdwenen.

Nu we beide 75 werden hadden we een mooi cadeau voor de Stichting Melanoom in gedachten. Na ons feest konden we 1.500 euro overmaken aan de Stichting Melanoom. Met deze donatie dragen wij bij aan het verwezenlijken van de doelstelling van de Stichting."



→ Hoelang doorgaan met immunotherapie?

8

Bij uitgezaaid melanoom is immunotherapie (nivolumab, pembrolizumab, of nivolumab + ipilimumab) de meest gebruikte behandeling. Het behandeladvies, zoals dat bij de registratie van die middelen is vastgelegd, luidt: de behandeling voortzetten zolang er klinische verbetering is, of tot onaanvaardbare toxiciteit optreedt (bij combinatietherapie met ipilimumab wordt de ipilimumab maximaal 4 maal gegeven).

Voortijdig gestopt

Op de ASCO 2025 werden de resultaten gepubliceerd van een studie naar het verschil tussen 1 jaar en minimaal 2 jaar behandeling met nivolumab of pembrolizumab (DANTE fase III studie).

De studie was oorspronkelijk bedoeld om er ruim 1.200 patiënten aan te laten deelnemen. De studie is echter voortijdig gestopt, omdat er onvoldoende patiënten werden aangemeld. De onderzoekers vonden bij de bijna 500 deelnemende patiënten geen verschil in uitkomsten tussen 1 jaar en 2 jaar behandeling. Gezien de kleine aantallen patiënten is deze conclusie onzeker. En de onderzoekers adviseren daarom door te gaan met tenminste 2 jaar behandelen.

In de dagelijkse praktijk blijkt dat het regelmatig voorkomt dat de behandeling bij een goede respons eerder wordt beëindigd en dat dat goed uitpakt. Om het effect van eerder stoppen uit te zoeken loopt in Nederland (in de melanoomcentra) de SAFE STOP Trial, waarin de behandeling met nivolumab of pembrolizumab eerder wordt gestopt bij een complete of gedeeltelijke respons.

Winst

Er zal in deze studie worden gekeken naar de effecten op de uitkomsten daarvan. Door eerder te stoppen zouden de bijwerkingen minder kunnen worden. Als de resultaten goed blijven is dat winst. In Zweden is vorig jaar een studie gestart om een immuunbehandeling van 6 maanden te vergelijken met een van 12 maanden.

Bronnen:

Informatie over de STOP Safe trial op kanker.nl:
<https://www.kanker.nl/trials/1193-safe-stop---studie-melanoom>

ASCO-publicatie:
https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2025.43.17_suppl.LBA9508

Zweedse studie:
<https://www.clinicaltrials.gov/study/NCT06488482>

Welke adjuvante behandeling bij BRAF-mutatie?



9

Bij patiënten met een stadium III melanoom dat is geopereerd, is er de mogelijkheid voor adjuvante behandeling. Als er sprake is van een BRAF-mutatie in het melanoom dan is er een keuze tussen BRAF/MEK remmers en immunotherapie (anti-PD-1).

Omdat er geen vergelijkend wetenschappelijk onderzoek is van adjuvante doelgerichte therapie versus immunotherapie bij BRAF gemuteerd melanoom, is er geen, op wetenschappelijke bewijs berustende, voorkeur voor een van beide vormen van adjuvante therapie. De patiënt kan dan samen met zijn behandelaar een keuze maken.

Duits onderzoek

Recent is een Duits onderzoek gepubliceerd waarin beide vormen van adjuvante behandeling met elkaar zijn vergeleken. Het betreft onderzoek van gegevens uit het verleden van patiënten die bijna 10 jaar zijn vervolgd. Daarbij zijn de resultaten vergeleken tussen behandeling met BRAF/MEK-remmers en immunotherapie bij patiënten met een BRAF-mutatie in het melanoom.

De studie laat zien dat bij adjuvante behandeling het percentage met terugkeer iets hoger was bij anti-PD-1 behandeling in vergelijking met BRAF/MEK remming. Snellere terugkeer bij immunotherapie werd vooral gezien bij patiënten bij wie voelbare lymfeklieruitzaaiingen verwijderd waren.

Nederlandse studie

Een Nederlandse studie vergeleek op basis van gegevens uit de melanoomregistratie (DMTR) de verschillen tussen adjuvante behandeling met BRAF/MEK-remmers en anti-PD-1 bij stadium III melanoom met een BRAF-mutatie.

De patiëntengroepen werden met een statistische methode gematcht, zodat ze vergelijkbaar waren.

De volgende resultaten werden bekeken: de recidievrije overleving (RFS) na 1 en 2 jaar, de overleving zonder metastasen op afstand (DMFS) en de algehele overleving (OS) en de

mate van toxiciteit. Er werd geen verschil gevonden tussen overleving, tijd tot optreden van recidief of overleving zonder terugkeer van ziekte.

Hoe relevant?

Vorig jaar werden de eindresultaten van de COMBI-AD studie gepubliceerd. In die studie kregen patiënten met een BRAF-mutatie maximaal een jaar een behandeling met dabrafenib en trametinib (BRAF- en MEK-remmer), of een placebo, als adjuvante behandeling van een stadium III melanoom.

Bij mensen die een recidief kregen was de ziekte-vrije periode (RFS - relaps vrije overleving) duidelijk langer wanneer zij een adjuvante behandeling hebben gehad. De algehele overleving was bij de adjuvant behandelde patiënten iets beter, maar niet significant. Onduidelijk is of behandelingen die patiënten kregen na het optreden van een recidief van invloed zijn geweest op dit resultaat.

Vanwege het ontbreken van een overlevingsvoordeel hebben de zorgverzekeraars besloten

de combinatie dabrafenib-trametinib vanaf 1 maart 2025 niet meer te vergoeden als adjuvante behandeling. Behandelingen die voor die tijd zijn gestart kunnen nog wel worden vergoed.

Een andere ontwikkeling is de neo-adjuvante behandeling. Na publicatie van de Nadina-studie is dat de behandeling van voorkeur bij stadium III en voelbare lymfekliermetastasen. Voor patiënten met kliermetastasen die bij de schildwachtklieroperatie zijn gevonden is dan nog een adjuvante behandeling met immunotherapie (nivolumab of pembrolizumab) beschikbaar.

Bronnen:

Duitse studie: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO-24-02776>

Nederlandse studie: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40234665/>

Mijn Melanoom: Lindsay ←

Nadat bij Lindsay in 2011 met succes een melanoom was weggehaald, bleek ze zeven jaar later toch uitzaaiingen te hebben. Gelukkig sloeg de immunotherapie aan en is de kanker sindsdien weg.



Hoe kwam je erachter dat je melanoom had?

In 2011, toen ik 17 jaar was, zag mijn vader een vlekje zitten op mijn linkerslaap, net verborgen onder mijn haar. Het was niet heel groot, maar wel onregelmatig van structuur. Mijn vader wilde dat ik het liet controleren en ik ben toen meteen naar de huisarts gegaan. Die zei dat ik me geen zorgen hoefde te maken, maar haalde het voor de zekerheid wel weg en liet het onderzoeken. Gelukkig maar, want het bleek een melanoom te zijn.

Ik ben toen geopereerd in het Flevoziekenhuis. Voor de operatie probeerden ze met contrastvloei-stof de poortwachtersklier te lokaliseren, zodat deze verwijderd kon worden voor onderzoek, maar dat lukte niet. De lymfeklieren waren op die plek erg klein. Dat onderzoek is dus nooit uitgevoerd. De arts gaf aan dat de kans op een uitzaaiing bijna nihil was, juist omdat de lymfeklieren zo klein waren. Uiteindelijk heb ik verder geen behandeling gehad.

Zeven jaar later, in 2018, kreeg ik pijnklachten in mijn rug bij het inademen. De huisarts kon niks vinden, maar verwees mij, vanwege mijn medische verleden, door naar het ziekenhuis voor een scan van mijn longen. Later die dag belde de huisarts met de vraag of ik mij op de spoedpost in het ziekenhuis kon melden, ze hadden namelijk iets gezien op de scan. Ik heb toen nog nadrukkelijk gevraagd of het weer kanker kon zijn. Zij antwoordde dat dit niet het geval was en dat ik waarschijnlijk een infectie had. Op de spoedpost kreeg ik nogmaals een scan en een aantal onderzoeken om een longembolie uit te sluiten.

Uiteindelijk werd mij verteld dat wat ze op de scan zagen hoogstwaarschijnlijk een uitzaaiing van het melanoom was en dat ik voor een biopt werd doorverwezen. Gelukkig was mijn moeder bij me toen ik dit bericht kreeg. Aangezien de huisarts wéér had gezegd dat ik me geen zorgen hoefde te

"Gelukkig werd het vlekje onderzocht... want het bleek een melanoom te zijn"

maken dat het kanker was, had ik me daar ook niet op ingesteld. Vreselijk was het. En toen begon de medische molen.

Welke behandeling heb je gekregen?

Ik ben in het Antoni van Leeuwenhoek (AVL) behandeld met Pembrolizumab, een immunotherapie. In totaal heb ik vijf kuren gehad, waarna ik last kreeg van bijwerkingen. Ik kreeg extreme hoofdpijn en ik verloor mijn zicht. Ik ben toen twee weken opgenomen in het AVL en werd bijna iedere dag met de zorgambulance naar de oogpoli in het AMC gebracht. Ik bleek in beide ogen een netvliesloslating, een ontsteking binnen in het oog (uveïtis), een ontsteking van de oogzenuw (papillitis) en vochtophoping rond de oogzenuw (papiloedeem) te hebben.

De immunotherapie werd gestaakt en ik moest starten met een hoge dosering prednison en vele oogdruppels en -zalfjes. Dit heb ik maanden moeten gebruiken, maar gelukkig werd mijn zicht langzaam beter.

Daarnaast kreeg ik al snel goed nieuws: na het staken van de immunotherapie, lieten de scans zien dat de kanker helemaal weg was. Wat een mega opluchting! Wel zei de arts dat ze nooit echt kunnen spreken van 'genezen', omdat uitzaaiingen zo klein kunnen zijn dat ze niet zichtbaar zijn op scans. Dit heeft lang voor onzekerheid gezorgd en dat doet het nog altijd.

Hoe gaat het nu met je?

Het gaat heel goed! Ik ben inmiddels mama geworden van het allerleukste jongetje, ben getrouwd met de liefde van mijn leven en ik heb een fijne baan. Ik hoef niet meer naar het AVL voor (half)jaarlijkse controles. Dit vind ik wel spannend, omdat ik ergens liever heb dat het goed in de gaten gehouden wordt.

Wel heb ik de nodige naweeën (gehad) van het vele prednisongebruik. Ik kreeg er staar van, waarvoor ik twee operaties heb ondergaan. Daarnaast heeft het ertoe geleid dat ik tertiaire bijnierschorsinsufficiëntie heb ontwikkeld. Hiervoor zal ik mijn hele leven hydrocortison moeten slikken. Ook zal ik hoogstwaarschijnlijk altijd oogdruppels nodig hebben, omdat de uveïtis chronisch is. Dit is natuurlijk vervelend, maar het is duizend keer beter dan het hebben van kanker en het verlies van mijn gezichtsvermogen. Met de medicijnen is alles goed te doen en voel ik me gelukkig niet beperkt.

Hoe ben je in aanraking met Stichting Melanoom gekomen?

Tijdens de periode dat ik ziek was, kwam ik Stichting Melanoom tegen op social media en vond ik veel steun in het lezen van ervaringen van anderen. Vooral de verhalen van leeftijdsgenoten waren interessant voor mij. Ik las ze allemaal, maar haalde de meeste hoop uit de verhalen met goede uitkomsten.

Waarom wil je jouw ervaring delen?

Ik deel graag mijn ervaring om hopelijk anderen wat steun of hoop te geven, zoals ik dat ook ervaarde toen ik ziek was. Het is een rotziekte, maar ze kunnen tegenwoordig gelukkig zó veel!



**"Het is een rotziekte,
maar ze kunnen
tegenwoordig
gelukkig zó veel!"**

→ Overleving patiënten met hersenuitzaaiingen verbeterd

14

Het risico op het krijgen van hersenmetastasen bij een uitgezaaid melanoom is ca 50%.

De overleving en de kwaliteit van leven wordt dan slechter. Door betere diagnostiek en behandeling zijn de vooruitzichten wel verbeterd.

Amerikaans onderzoek naar overleving van mensen met hersenmetastasen van melanoom uit de periode 1985 – 2007, 2006 – 2015 en 2015 -2021 laat met name voor de laatste periode een groot verschil zien. De mediane overleving (tijd waarin de helft van de patiënten nog in leven is, steeg in deze drie periodes van 6,7 naar 9,8 naar 16,6 maanden.

Patiënten met de beste vooruitzichten zijn degenen met een goede algemene conditie, weinig hersenmetastasen, geen metastasen elders in het lichaam, een normaal LDH-gehalte in het bloed en zij die niet eerder behandeld zijn met immuuntherapie.

Deze bevindingen zijn ingebracht in de Melanoma GPA (Graded Prognostic Assessment), een tool waarmee de prognose van mensen met hersenmetastasen kan worden voorspeld. Je moet daarbij wel bedenken, dat die voorspelling geldt voor de groep als geheel, en dat voor de individuele patiënt de uitkomst zowel beter als slechter kan zijn.

Bronnen:

Improved survival and prognostication in melanoma patients with brain metastases:
<https://tinyurl.com/5n66b5rx>

GPA (Graded Prognostic Assessment): Estimating survival / prognosis in brain metastases:
<https://www.cancercalc.com/GPA.php>

Immuuntherapie werkt in de ochtend toegediend beter



15

Meerdere studies hebben laten zien, dat toediening van immunotherapie vroeg op de dag betere resultaten gaf dan toediening in de namiddag. Dat is gevonden bij diverse vormen van kanker, ook bij uitgezaaid melanoom. Samenvattingen van deze studies bevestigen die trend.

Nadeel is dat al die studies zijn gebaseerd op historische gegevens. Op de ASCO 2025 werden de resultaten van een prospectieve studie getoond, weliswaar bij uitgezaaid longkanker, maar het is aannemelijk dat de gevonden resultaten ook voor andere kankers geldt.

Patiënten werden geloot tussen immunotherapeutische behandeling vóór 15.00 uur en na 15.00 uur. Ook in deze studie vonden de onderzoekers een duidelijk voordeel, zowel bij overleving zonder progressie als voor algehele overleving.

Speculatie

Waardoor dat verschil wordt veroorzaakt blijft vooralsnog speculatie. Het heeft mogelijk te maken met het dagritme van het afweersysteem. De onderzoekers zagen de hoeveelheid CD8+ T-cellen stijgen bij de vroeg behandelde patiënten. CD8+ T-cellen zijn zogenaamde killerzellen, die kankercellen kunnen vernietigen.

De vraag is of we nu wachten op meer studies of kunnen we beter vanaf nu, als dat nog niet gebeurt, de immunotherapie 's ochtends toedienen. Het kost niets extra's. Het geeft hooguit misschien logistieke problemen voor de ziekenhuizen.

Presentatie ASCO:

<https://meetings.asco.org/abstracts-presentations/247038>

→ De laatste ontwikkelingen in de behandeling van oogmelanoom

16

De afgelopen jaren zijn met immunotherapie grote stappen gemaakt in de overlevingskansen voor mensen met huidmelanoom.

Voor oogmelanoom ligt dat anders, maar ook in de behandeling van deze zeldzame vorm van kanker boekt men vooruitgang.

Oogartsen Khanh Vu en Marina Marinkovic en internist/oncoloog Ellen Kapiteijn vertellen over de verschillende wetenschappelijke studies die in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) lopen en wat dat mogelijk voor een gevolgen heeft voor de behandeling.

Het LUMC is van oudsher hét oogmelanoomcentrum van Nederland. Circa 90-95% van de mensen met oogmelanoom wordt er behandeld. Het ziekenhuis biedt voor iedere patiënt met oogmelanoom een passende behandeling, zowel voor de primaire tumor als bij uitzaaiingen. "Het is eigenlijk heel mooi geregeld in Nederland", zegt Kapiteijn. "We hebben 14 melanoomcentra en het is de afspraak dat mensen met gemetastaseerd oogmelanoom naar Leiden gaan of dat er met ons overlegd wordt over de behandeling. In het geval van een zeldzame tumor, zoals oogmelanoom waarvan we jaarlijks zo'n 200 nieuwe gevallen zien, is dat belangrijk. Je kunt allemaal wel een beetje doen, maar dan word je er nooit echt goed in."

Diagnose en behandeling

Mensen die met verdenking oogmelanoom naar het LUMC worden doorgestuurd, worden binnen twee weken gezien. Marinkovic: "Alle onderzoeken vinden dan op één dag plaats, waarna we een behandelplan maken. Voor welke behandeling we kiezen, is afhankelijk van de omvang en locatie van de tumor, de wensen van de patiënt en de conditie van het gezonde oog." Bij relatief kleine tumoren valt de keuze meestal op rutheniumbrachytherapie. Er wordt dan een radioactief schildje op het oog geplaatst dat een aantal dagen continu straling afgeeft. Deze behandeling wordt in Nederland alleen in het LUMC gedaan.

Bij grotere tumoren of tumoren die tegen de oogzenuw liggen, kan men kiezen voor protonenbestraling. Voorafgaand hieraan moeten eerst operatief clipjes op het oog geplaatst worden om de exacte locatie van de bestraling aan te duiden.

Oogarts Khanh Vu, internist/oncoloog Ellen Kapiteijn en oogarts Marina Marinkovic



Ook bestaat er de mogelijkheid van stereotactische bestraling. Dit vindt alleen plaats in Rotterdam. Voordeel is dat hiervoor geen clipjes geplaatst hoeven te worden, maar daar staat tegenover dat de bestraling wat minder nauwkeurig is, wat een hoger risico op complicaties geeft. Soms kiest men ervoor het oog te verwijderen. Dit gebeurt bijvoorbeeld als de tumor te groot is of mensen al heel slecht met het oog zien.

CoMpass-studie

Momenteel lopen er diverse wetenschappelijke studies naar oogmelanoom in het LUMC, waarvan een aantal direct toepassing heeft op de zorg voor patiënten. Zoals de CoMpass-studie die zich richt op het behandelen van het oogmelanoom zelf. Vu: "Het oog is een delicaat orgaan met belangrijke functies. Het bestralen van het oog doe je altijd met een marge, dus maak je naast de tumor ook gezond weefsel kapot, bijvoorbeeld van het netvlies of de oogzenuw. In de CoMpass-studie injecteren we een medicijn (Bel-Sar) in het oog dat zich bindt aan de cellen van het oogmelanoom. Vervolgens activeren we dit medicijn door laserlicht heel nauwkeurig op de tumor te richten. Daarmee

hopen we minder schade toe te brengen aan het gezonde oogweefsel. Alleen mensen met een kleine tumor kunnen aan deze studie deelnemen."

DAROV-studie

Het idee voor de DAROV-studie ontstond in de klinische praktijk. Kapiteijn: "In een eerdere studie werden patiënten met uitgezaaid oogmelanoom behandeld met het medicijn darovasertib en werd gezien dat bij degenen die nog een primaire tumor in het oog hadden, die tumor ook reageerde. Vervolgens is een aparte studie opgestart met darovasertib voor patiënten met grote tumoren, waarvoor het oog verwijderd zou moeten worden of die een groot bestralingsveld nodig hadden.

Ten eerste om te kijken of de tumor zou krimpen, waardoor een minder ingrijpende behandeling nodig is. Ten tweede om microscopische uitzaaiingen, die onzichtbaar zijn op scans, aan te pakken en daardoor op de langere termijn de kans op zichtbare uitzaaiingen te verkleinen."

Vu: "Voor mij is met name dit laatste heel belangrijk." Marinkovic: "Dat geldt voor ons allemaal. De behandeling van het oogmelanoom zelf is



heel succesvol bij de meeste mensen, maar de grote frustratie is, dat we op dit moment niet kunnen voorkomen dat patiënten die uitzaaiingen krijgen daar uiteindelijk aan overlijden."

Overigens wil Marinkovic benadrukken dat de kans op uitzaaiingen sterk afhankelijk is van de grootte en vooral dikte van de tumor. "Er wordt altijd maar geroepen dat 50% van de mensen met oogmelanoom uitzaaiingen krijgt, maar dat kun je zo niet zeggen. Tegenwoordig zien we steeds vaker kleine tumoren, omdat mensen gescreend worden bij de opticien of vanwege suikerziekte. Voor deze mensen kunnen de kansen en het verloop van de ziekte heel anders zijn."

On hold

De DAROV-studie is nu tijdelijk on hold. Niet omdat de resultaten tegenvallen, maar juist omdat ze zo goed zijn. Momenteel zet de farmaceut een vervolgonderzoek op, waarbij het medicijn vergeleken gaat worden met standaardzorg (bestraling of operatie zonder voorbehandeling). Hopelijk start deze studie na de zomer. Vu: "Mensen die mee willen doen, hebben 50% kans dat ze het medicijn krijgen. Dat bepaalt loting. Wel krijgen alle deelnemers uitgebreide controles.

Dat is voor velen al een motivatie om mee te doen." Marinkovic: "Eigenlijk doe je voor een deel aan dit soort onderzoek mee voor de mensen die na jou komen. We weten namelijk niet zeker of het medicijn wat doet en je kan ook in de controle-groep worden geloot. Toch merken we dat mensen graag deelnemen en heel gemotiveerd zijn. Ik vind dat altijd heel bijzonder."

ATOM-studie

Voor mensen zonder uitzaaiingen, maar wel met een hoog risico hierop, omdat ze een bepaalde genetische variant hebben of een stadium III tumor, is er de ATOM-studie. Deze mensen krijgen een half jaar immunotherapie (tebentafusp) toegediend, na de behandeling van het oogmelanoom. Kapiteijn: "Dit medicijn is al goedgekeurd en een standaard behandeling bij uitgezaaid oogmelanoom. Uit onderzoek weten we dat mensen er gemiddeld een half jaar langer door leven. Er is wel één addertje onder het gras: je komt alleen voor het middel in aanmerking als je de bloedgroep HLA-A*0201 hebt."

Vu: "Het idee achter de ATOM-studie is teben-tafusp niet te geven als het oogmelanoom al is uitgezaaid, maar van tevoren en te kijken of er

op termijn minder uitzaaiingen ontwikkelen. Daarvoor is wel een lange follow up nodig. Uitzaaiingen zijn soms pas na jaren zichtbaar."

CHOPIN-studie

Oogmelanoom is lastiger te behandelen dan huidmelanoom, omdat uitzaaiingen vrijwel altijd in de lever zitten. Daar komen immuuncellen niet goed. Daarnaast hebben ze andere en minder mutaties, waardoor ze minder gevoelig zijn voor immunotherapie.

Sinds meer dan 10 jaar vinden in Leiden leverperfusies plaats. Hierbij wordt de lever geïsoleerd en met een hoge dosering chemotherapie gespoeld via bloedvaten in de liezen of hals. Kapiteijn: "We hebben net de CHOPIN-studie afgerond, waarbij we perfusie hebben gegeven met of zonder immunotherapie. De resultaten presenteren we in oktober 2025 op een groot oncologiecongres in Berlijn. Mochten die positief zijn, dan kan dat aanpassing van het behandelprotocol betekenen."

De CHOPIN-studie krijgt ook nog een vervolg. Kapiteijn: "We hebben bij de deelnemers bloed en biopsies verzameld. Daarmee willen we gaan kijken wie op de therapie reageren en wie niet. Dat is goed om te weten, want de behandeling met immunotherapie kan bijwerkingen geven en als je dan weet dat het toch geen effect heeft, hoef je het ook niet aan te bieden."

Verder wil Kapiteijn, samen met een groot oogmelanoomcentrum in Göteborg, een studie opzetten speciaal voor mensen met verhoogde kans op uitzaaiingen die niet in aanmerking komen voor de ATOM-studie, omdat ze de HLA-A*0201-bloedgroep niet hebben. "We willen kijken of bij deze groep, aanvullend aan de primaire behandeling van het oogmelanoom, een eenmalige leverperfusie helpt om het ontstaan van uitzaaiingen te voorkomen. Dus we gaan de perfusie in dit geval toedienen, voordat er sprake is van uitzaaiingen."

Kwaliteit van leven

Tot slot wordt er op de afdeling Oogheelkunde ook veel onderzoek gedaan naar kwaliteit van leven, waarbij patiënten voor langere tijd worden gevolgd. Vu: "Daaruit komen opzienbarende

"Het is voor het eerst dat er zulke grote stappen worden gezet in deze richtingen. Wat dat betreft is het een heel spannende en goede tijd"

resultaten. Veel mensen blijken psychische klachten te hebben, terwijl wij dat niet hadden gesignaleerd." Marinkovic: "Ik ben onder de indruk van wat mensen jaren later nog meeslepen aan ballast van wat ze hebben meegemaakt. Het is goed om dat klinisch beter te volgen. Tijdens congressen wordt dit type onderzoek vaak weggezet als soft sector, maar het is enorm belangrijk, want het is waar de patiënt mee verder moet."

Spannende tijd

De drie artsen zijn nieuwsgierig of het gaat lukken om grote tumoren te laten krimpen, kleinere tumoren met een andere therapie te behandelen dan met bestralen en te voorkomen dat mensen uitzaaiingen krijgen en daaraan overlijden.

Marinkovic: "Het is voor het eerst dat er zulke grote stappen worden gezet in deze richtingen. Wat dat betreft is het een heel spannende en goede tijd. Ik denk dat het succes 'm zit in het hebben van een solide basis en dat jonge onderzoekers zoals Khanh en ervaren onderzoekers zoals Ellen de handen ineen slaan. Dan moet je bereid zijn naar elkaar te luisteren en elkaar serieus te nemen."

Vu: "Ik denk inderdaad dat onze kracht zit in de samenwerking. We doen het onderzoek binnen een groot team van verschillende disciplines, waar de oogheelkunde en de medische oncologie er twee van zijn." Kapiteijn: "We werken prettig samen en daardoor krijg je energie en blijf je enthousiast. Dat is belangrijk, want als we voor oogmelanoom hetzelfde willen bereiken als voor huidmelanoom, moeten we nog flink aan de bak."

→ Resultaten TIL-therapie met lifileucel

20

Het is alweer bijna 3 jaar geleden dat

professor John Haanen de resultaten

publiceerde van de TIL-studie in o.a.

het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis.

Recent kwamen de resultaten beschikbaar

van een Amerikaanse TIL-studie (ook

deelname van Europese ziekenhuizen).

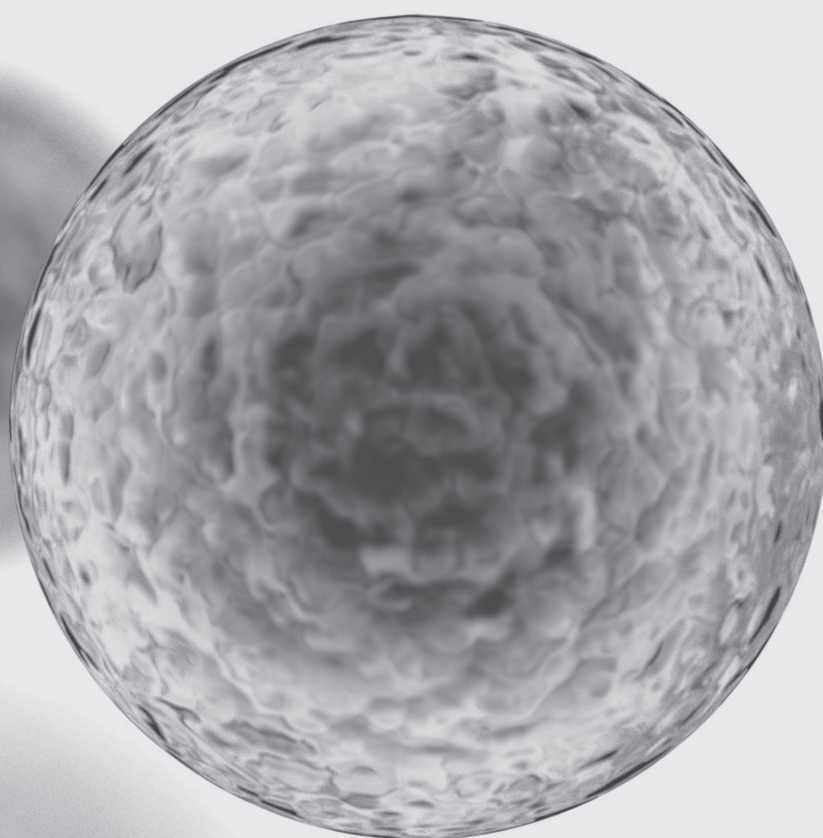
In deze studie zijn 153 patiënten met uitgezaaid melanoom behandeld. Na afname van T-cellen uit het melanoom zijn deze cellen opgekweekt en daarna weer aan de patiënt teruggegeven, na chemotherapie om ruimte te maken. Daarna kregen ze hoge doses interleukine-2 om de werking van de TIL te versterken..

Overleving

Van deze patiënten zijn er 28 tenminste 5 jaar gevolgd en nog in leven. Voor de hele groep was de mediane overleving (moment dat de helft van de patiënten nog in leven is) 14 maanden. Van de deelnemende patiënten bereikten 9 een complete remissie en 39 een gedeeltelijke. Bijwerkingen van de behandeling werden gezien van de chemotherapie en de hoge doses interleukine.

Het principe van de behandeling is vergelijkbaar met dat van het TIL-onderzoek in Nederland. Vergelijken van de resultaten tussen de twee studies is niet mogelijk. Deze TIL-therapie is als commercieel product in de Verenigde Staten toegelaten (lifileucel, merknaam Amtagvi). Er is ook een toelating aangevraagd in Europa, bij de EMA. Die aanvraag is nog in behandeling. De verwachte kosten per patiënt van alleen het middel worden geschat op 300.000 tot 400.000 euro.

In Nederland is TIL-therapie al beschikbaar in het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis, waarbij de T-cellen ter plekke worden opgewerkt. Kosten voor het TIL-product ca 65.000 euro.



→ NORMA studie: geen re-excisie meer melanoom

22

Waarschijnlijk start dit jaar de NORMA-studie (No Re-excision in Melanoma) in een groot aantal Nederlandse ziekenhuizen. Dit dankzij ondersteuning van KWF en ZonMW.

Bij alle mensen bij wie een melanoom is verwijderd wordt nu standaard een tweede ingreep gedaan, een re-excisie. Daarbij wordt een ruim stuk gezond weefsel rond het litteken van het verwijderde melanoom weggesneden. De aanname daarbij is, dat daarmee het risico op terugkeer van het melanoom, lokaal, kleiner wordt. Maar of dit echt leidt tot betere uitkomsten is niet aangetoond.

Zorgen over complicaties

Behalve twijfel aan het nut van de re-excisie zijn er ook zorgen over mogelijke complicaties van de ingreep. Wondproblemen, littekens, trager herstel en psychosociale problemen komen regelmatig voor. Zelfs bij dunne melanomen worden bij een op de vier patiënten complicaties gezien door de re-excisie.

Uit onderzoek blijkt dat bij dunne melanomen slechts bij 1 of 2 op de 100 in het weefsel dat bij de re-excisie is verwijderd melanoomcellen worden gevonden. Bij het vergelijken van patiënten uit het verleden die, om wat voor reden dan ook, geen re-excisie hadden laten doen met patiënten bij wie dat wel was gebeurd werd geen verschil gevonden in overleving.

In het algemeen wordt de kans op een lokaal recidief niet hoger geschat dan 1 à 2 %. Als het melanoom lokaal terugkeert, dan is dat in het algemeen goed te behandelen. Er worden twee studies gedaan. Een voor dunne melanomen en een voor dikkere.

Norma-1 studie

Voor patiënten met een dun melanoom, met een Breslow-dikte van minder dan 0,8 mm, zonder zweervorming. (T1a)

De patiënt die deelneemt aan de studie krijgt voorlichting over het doel en de procedure. Hij/zij kiest zelf tussen wel of geen re-excisie. Daarna vindt regelmatige controle plaats tot 5 jaar na de diagnose.

Norma-2 studie

Voor patiënten met een melanoom met een Breslow-dikte van 0,8mm of meer (T1b en hoger). In deze studie kan de patiënt niet zelf beslissen over de re-excisie. Als je meedoet aan de studie bepaalt loting of er wel of geen re-excisie plaatsvindt, terwijl bij iedereen een schildwachtklieeronderzoek wordt uitgevoerd. Daarna vindt regelmatige controle plaats tot 5 jaar na de diagnose.

Initiatiefnemers van dit onderzoek zijn Haaglanden Medisch Centrum (HMC), het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en het Antoni van Leeuwenhoek (AvL). Het onderzoek wordt geleid door dr. Marieke Straver, chirurg-oncoloog in het HMC.

Stichting Melanoom is partner in dit project en is deelnemer aan de projectgroep. We hebben inhoudelijke input geleverd bij de opzet van de studies. In de lezing die dr Straver op de MelanoomInfodag eerder dit jaar gaf vertelde zij over de schildwachtklieerprocedure, de re-excisie en de Norma studie. Die lezing is nog terug te zien op de website van Stichting Melanoom: <https://www.stichtingmelanoom.nl/folders-links#infodag>



→ Vrijwilliger aan het woord: Erik Klop

24

Rollen bij de Stichting:

Algemeen vrijwilliger, oombuddy, coördinator van de Melanoom Info Dag en de nieuwe website en lid van de werkgroep Huid-/Oogmelanoom.

Aantal jaren in deze rollen

Algemeen vrijwilliger sinds 2000.
Oombuddy sinds ca. 2018.
Coördinator MID sinds 2019.
Lid van de werkgroep Huid-/Oogmelanoom vanaf ca. 2020.
Coördinator website sinds 2024.

Persoonlijk motto:

Blijf leven!

1. Hoe ben jij betrokken geraakt bij Stichting Melanoom?

Ik werd in 1995 geconfronteerd met een oogmelanoom en in 2000 ging ik voor controle van de oogprothese naar Erica Groet. Daar lagen in de wachtkamer folders voor de lotgenotendag in Ede. Ik ben ernaar toe gegaan en ontmoette de medisch specialisten die je anders alleen maar even te spreken krijgt in het ziekenhuis. Nu waren er lezingen en was er tijd voor het stellen van vragen. Ook waren er de vrijwilligers van het eerste uur, die mij gelijk het gevoel gaven dat ik erbij hoorde. Zij betrokken mij bij het helpen met de informatievoorziening en het organiseren van de lotgenotendagen.

2. Leg eens uit wat voor vrijwilligerswerk jij doet bij de stichting?

Ik ben al lang betrokken bij de Stichting en deed vooral mee met het -met elkaar- organiseren van de lotgenotendagen. Na een verdrietige periode kwam het meehelpen op een lager pitje te staan en nadat ik sinds 2018 weer meer tijd had, ben ik weer volop betrokken bij de Stichting.

Nadat ik gevraagd werd door Dick ben ik ook oombuddy geworden, om net gediagnostiseerde mensen telefonisch bij te staan met hun vragen en problemen die ze ondervinden.

Als coördinator van de Melanoom Info Dag regel ik dat we op tijd met de Teamvergaderingen beginnen, waarin we de organisatie van de Info Dag bespreken, controleer ik of alles op rolletjes loopt en zorg ik voor het logistieke deel.



Als coördinator van de bouw van de website ben ik de schakel tussen webdesigners en website-beheerders en zorg ik dat de planning gevolgd wordt. Ik maak deel uit van een fijne groep mensen, waarmee we de werkgroep oogmelanoom vormen. Samen brengen we brochures, mappen en folders uit voor onze doelgroep en organiseren we Regiodagen voor contact in de buurt.

3. *Waarom, welke motivatie en/of drijfveer heb jij om je vrijwillig in te zetten voor de stichting?*

Ik had de verwerking van de kanker eigenlijk op hold gezet, maar toen ik in contact kwam met lotgenoten en artsen kon ik daar zelf ook aan werken. Het was dus ook goed voor mijzelf. Die aandacht en kennis wilde ik wel delen met anderen, zodat zij ook hun verhaal kunnen vertellen en niet alleen staan in hun verwerking.

Tevens is het fijn om deel uit te maken van een patiëntenorganisatie waar je met elkaar iets kan betekenen voor anderen. Ik word uitgedaagd om me te blijven interesseren in de ontwikkelingen op medisch gebied en zorg ervoor dat er informatie beschikbaar komt via folders, boekjes en de website.

4. *Welke ervaring(en) of inzicht(en) levert dit vrijwilligerswerk voor jou persoonlijk op?*

Het is vooral fijn je verhaal kwijt te kunnen aan mensen die begrijpen wat je hebt meegemaakt. Het is ook heel fijn om te kunnen luisteren naar de ervaringen van anderen en daarover van gedachten te wisselen. Ik wilde altijd alles onder controle houden en zelf doen, maar als je dat door je gezondheidsproblemen niet meer kunt is het mooi om te ervaren dat je met z'n allen heel veel kunt bereiken.

5. *Wat is jou tot nu toe het meest bijgebleven in je vrijwilligerswerk voor de stichting?*

De leefkracht van heel veel vrijwilligers. Dat ze ondanks hun ziekte doorgaan en iets willen betekenen voor anderen. Daar haal ik zelf ook veel motivatie uit.

"Het is vooral fijn je verhaal kwijt te kunnen aan mensen die begrijpen wat je hebt meegemaakt"

→ Tweede Leidse Melanoomdag

26

Op vrijdag 13 juni jl. werd voor de tweede keer de Boerhaave Leidse Melanoomdag georganiseerd. Diverse melanoom-specialisten gaven presentaties aan onder andere dermatologen, oogartsen en verpleegkundigen. Hier volgt een korte samenvatting van de presentaties.

Invloed zonlicht

Prof. dr. R. van Doorn opende de dag met een toelichting op het ontstaan van melanoom, erfelijke factoren en de relatie met huidskleur. In Nederland komt melanoom voor bij 1 op de 33 mensen met een blanke huidskleur, 1 op de 200 mensen met een mediterrane huid, en 1 op de 1000 mensen met een Aziatisch of Afrikaans huidtype. De invloed van zonlicht (UV) en genetische risicofactoren werd besproken. In de huid vinden 50 tot 100 DNA-reacties per seconde plaats, waarbij 86% van de mutaties wordt veroorzaakt door UV-licht. Melanomen ontstaan door zowel genetisch bepaalde DNA-veranderingen, als ook door omgevingsfactoren.

Dr. Olivier van Not presenteerde daarna cijfers uit de DMTR-registratie, waarbij onder andere de resultaten van behandelingen in de praktijk ('real life data') werden vergeleken met die uit klinische studies. Deze praktijkresultaten wijken soms ongunstig af, doordat in studies strenge in- en exclusiecriteria gelden, terwijl in de praktijk ook patiënten met minder gunstige kenmerken worden behandeld.

Palliatieve zorg bij uitgezaaid melanoom, met name bij hersenmetastasen, werd besproken door dr. Ida Coremans en dr. Matthijs van der Meulen. Zij gaven een overzicht van de behandelmogelijkheden en bespraken welke medicatie in de palliatieve fase gecontinueerd moet worden om symptomen in de laatste levensfase te verlichten.



Resultaten voor oudere patiënten

Oogarts dr. Khanh Vu, die ook tijdens onze Melanoom Infodagen spreekt, gaf een presentatie over de diagnostiek en behandeling van oog-melanoom. Samen met dr. Ellen Kapiteijn, internist-oncoloog, werden de laatste studies over (neo)adjuvante therapieën besproken. Over de resultaten van immunotherapie bij oudere patiënten gaf dr. Frederik van den Bos een presentatie. Ondanks dat deze groep vaker al behandeld is voor auto-immuunziekten zoals reumatische aandoeningen of schildklierproblemen, waren de resultaten vergelijkbaar met die van jongere patiënten. Wel kwamen bij ouderen met bestaande darmaandoeningen vaker ernstige bijwerkingen zoals darmontstekingen voor. Overlevens van immunotherapie rapporteerden een goede kwaliteit van leven.

Less is more

Over het principe 'less is more' in de behandeling van melanoom sprak dr. D. Grünhagen, waarbij het onder meer ging over de frequentie van afwijkingen in de poortwachtersklier bij dunnere melanomen. Voor de re-excisie werd de NOR-

MA-studie benoemd zoals ook besproken tijdens onze Melanoom Infodag in 2025. De Stichting Melanoom is bij dit project ook betrokken.

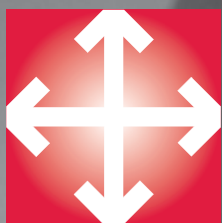
Drs. Behdad Dasht Bozorg gaf een inkijk in de toekomst met behulp van AI: hyperspectral imaging voor de vroege opsporing van melanoom. Stichting Melanoom is bij dit project betrokken. Een presentatie over langetermijnoverlevens en de bijwerkingen van immunotherapie, waarbij sommige auto-immuunziekten blijvend kunnen zijn, werd gegeven door Dr. Ellen Kapiteijn. Er is samenwerking met de afdeling reumatologie om deze gerelateerde aandoeningen te behandelen.

Tot slot gaf drs. Minke Lucas een overzicht van de huidige en verwachte behandelingen voor uitgezaaid huidmelanoom in 2040. Ze besprak de huidige therapieën waarvan de langetermijneffecten nog niet bekend zijn, lopende studies en verwachte ontwikkelingen.

*Het leven is betrekkelijk
Dus geniet van iedere dag
Het is je gegeven
Dus begroet het met een lach*

*Het leven is zeer kostbaar
En zo breekbaar als porselein
Leef het leven met liefde
En zie het als een richtlijn*

*Het leven moet je leven
Maak er wat van
Stel niet het niet langer uit
Doe het! Nu het nog kan!*



STICHTING
MELANOOM