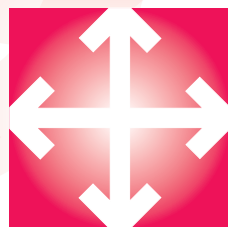


Operabele uitzaaïingen van het melanoom

Wat nu?



STICHTING
MELANOOM

Operabele uitzaaiingen van het melanoom. Wat nu?

U heeft te horen gekregen dat u uitzaaiingen van het melanoom heeft die operatief te verwijderen zijn. Er breekt een hectische en onzekere tijd aan. U komt met diverse zorgverleners in aanraking en moet veel beslissingen nemen. Melanoom is een onvoorspelbare vorm van kanker. Hoe de ziekte zich verder ontwikkelt en wat de effecten van een behandeling zijn, kan sterk verschillen van persoon tot persoon. Stichting Melanoom wil u graag helpen door informatie te geven. Wij kunnen geen beslissingen voor u nemen, maar u wel ondersteunen bij het maken van keuzes. Deze folder geeft algemene informatie. Zo weet u wat u kunt verwachten, waar u op moet letten en welke behandelingen mogelijk zijn.

1. Wat zijn operabele uitzaaiingen van het melanoom?

Uitzaaiingen – ook wel metastasen genoemd – zijn cellen die zich van het oorspronkelijke melanoom via de bloedbaan of lymfebanen naar andere plaatsen in het lichaam hebben verspreid. Hier is vervolgens een nieuwe haard van melanoomcellen ontstaan.

Bij een operabel uitgezaaid melanoom zijn de uitzaaiingen operatief te verwijderen. We maken hierbij onderscheid tussen micro- en macrometastasen:

- Micrometastasen zijn kleine uitzaaiingen die door hun geringe omvang niet voelbaar zijn. Ook worden ze niet zichtbaar via medische beeldvormingstechnieken zoals bijvoorbeeld een PET/CT of een MRI. Via de schildwachtklieprocedure kunnen micrometastasen wel worden vastgesteld. Deze procedure komt later in de brochure aan bod.
- Macrometastasen zijn uitzaaiingen die door hun omvang wel voelbaar zijn en zichtbaar gemaakt kunnen worden via medische beeldvormingstechnieken.

Daarnaast maken we onderscheid in locoregionale uitzaaiingen en in uitzaaiingen in andere weefsels of organen:

Locoregionale uitzaaiingen zijn:

- Uitzaaiingen van het melanoom naar de lymfeklieren (lymfekliermetastasen). In ons lijf zitten honderden lymfeklieren die in bepaalde gebieden gegroepeerd zijn: in de hals, langs de luchtpijp, in de oksels, bij de longen, in de buikholte, in de bekkenstreek en in de liezen. Een uitzaaiing komt meestal als eerste in de lymfeklier terecht die het dichtst bij de oorspronkelijke tumor ligt, maar dit hoeft niet.

- Groepen tumorcellen – vaak kleine donkerkleurige puntjes – op de huid op minder dan 2 cm van het oorspronkelijke melanoom (satellietmetastasen).
- Groepen tumorcellen in of onder de huid in het gebied tussen de tumor en de nabijgelegen lymfeklieren (in-transit metastasen).

Zijn er locoregionale uitzaaiingen, dan spreken we over stadium III melanoom. Stadium III is ingedeeld in de substadia IIIA, IIIB en IIIC. Het substadium wordt bepaald door de kenmerken van het oorspronkelijke melanoom en door de plaats, het aantal en de omvang van de locoregionale uitzaaiingen.

Uitzaaiingen van het melanoom in andere weefsels en/of organen zijn:

- Uitzaaiingen voorbij de regionale lymfeklieren (lymfeklieren het dichtst bij het oorspronkelijke melanoom) naar een deel/delen van de huid.
- Uitzaaiingen voorbij de regionale lymfeklieren naar lymfeklieren op afstand.
- Uitzaaiingen naar andere organen, zoals de lever, de longen, de botten of de hersenen.

Bij uitzaaiingen van het melanoom in andere weefsels en/of organen, spreken we over stadium IV melanoom.

Wilt u weten welk stadium melanoom u heeft? Vraag het aan uw behandelend arts. Ook kunt u het stadium zelf berekenen met behulp van de 'Melanoom Stadium Calculator' die is ontwikkeld door Stichting Melanoom. U vindt deze calculator op de website van Stichting Melanoom: www.stichtingmelanoom.nl

2. De diagnose van operabele uitzaaiingen

Er zijn verschillende manieren om uitzaaiingen van het melanoom op te sporen:

- **Schildwachtklierprocedure:**

De schildwachtklier is de lymfeklier die als eerste het lymfevocht uit het melanoom opvangt. Als het melanoom uitzaait, worden uitzaaiingen als eerste aangetroffen in de schildwachtklier. De schildwachtklier is geen specifieke lymfeklier. Per melanoom en plek van het melanoom verschilt welke lymfeklier de schildwachtklier is. Dit kan ook tussen mensen anders zijn. Andere woorden voor schildwachtklier zijn poortwachtersklier of sentinel node.

De schildwachtklierprocedure (sentinel node procedure) houdt in dat de schildwachtklier(en) wordt opgespoord, verwijderd en onderzocht. Zo kunnen eventuele micrometastasen worden gevonden.

De schildwachtklierprocedure wordt aangeraden als een melanoom 0,8 mm of dikker is en/of er sprake is van zweervorming (ulceratie) van het oorspronkelijke melanoom (pT1b in de classificatie van de ziekte).

- **Biopsie**

Constaateert u of uw arts afwijkingen in bijvoorbeeld uw lymfeklieren of op of onder uw huid? Dan bestaat de mogelijkheid dat het gaat om uitzaaiingen. Het is van belang dat afwijkingen goed onderzocht worden. Dit kan aan de hand van een biopsie. De arts verwijderd dan cellen of weefsel. Door dit materiaal te onderzoeken, kan vastgesteld worden of er sprake is van uitzaaiingen.

- **Medische beeldvormingstechnieken**

Met een echografie, CT-scan, PET/CT-scan of MRI-scan kunnen uitzaaiingen opgespoord worden. Vaak wordt daarna, indien mogelijk, een biopsie genomen. Andersom kan ook. Als er al uitzaaiingen gevonden zijn, kan beeldvorming een beter beeld geven van de omvang van de uitzaaiingen.

Beeldvorming kan onderdeel zijn van uw periodieke controles. Ook kan het ingezet worden als u bepaalde klachten heeft of als er afwijkingen gevonden zijn.

Het behandelplan

Er zijn meerdere manieren om operabele uitzaaiingen van het melanoom te behandelen. Wat voor u het beste is, hangt af van meerdere factoren. De

behandelend arts zal onder andere kijken naar het aantal uitzaaiingen, de locatie van de uitzaaiingen, de genetische kenmerken van de tumor(en) en uw algehele conditie. Ook uw persoonlijke voorkeur is van belang bij het opstellen van het behandelplan. Een multidisciplinair team bekijkt uw behandel mogelijkheden. Zo'n team bestaat uit verschillende specialisten: internist-oncologen, oncologisch chirurgen, dermatologen, radiotherapeuten, verpleegkundig specialisten, radiologen en pathologen. Het team komt met een behandelvoorstel, dat de behandelend arts met u bespreekt. Ondersteunende zorg, zoals psychosociale zorg en dieetadvies, kan ook deel uitmaken van het behandelplan.

Goed voorbereid naar het gesprek met de behandelend arts

Zorg dat uw behandelend arts u goed informeert over uw behandel mogelijkheden, de te verwachten bijwerkingen en over mogelijke deelname aan klinische studies. U beslist namelijk mee over de behandeling. Daarom is het belangrijk dat u zich goed voorbereidt op de gesprekken met de arts. Schrijf uw vragen op een briefje, zodat u ze niet vergeet. Vraag door als u iets niet begrijpt of meer wilt weten. En neem iemand mee naar de gesprekken. Die persoon kan u steunen, meeluisteren en verhelderende vragen stellen.

Als er afspraken zijn gemaakt, laat ze op papier zetten. U kunt ze dan thuis nog even nalezen. Ook kunt u vragen of u het gesprek mag opnemen om het vervolgens thuis in alle rust af te spelen. Zorg ook dat u weet wie uw contactpersoon is in het ziekenhuis en hoe u die kunt bereiken. Heeft u een vraag of maakt u zich zorgen, aarzel dan niet om deze persoon te bellen of te mailen.

3. Behandeling van operabele uitzaaiingen

Bij de behandeling van operabele uitzaaiingen maken we onderscheid tussen locoregionale behandelingen (paragraaf 3.1) en adjuvante systemische therapieën (paragraaf 3.2).

3.1 Locoregionale behandelingen

Bij locoregionale behandelingen gaat het om de behandeling van de plaats waar de tumor(en) zich bevinden en/of het gebied eromheen.

- *Operatie*

Zijn uitzaaiingen op basis van hun omvang en locatie operatief te verwijderen, dan wordt hier in veel gevallen voor gekozen. Meestal gebeurt zo'n operatie onder volledige narcose.

- *Lymfeklierdissectie*

Zitten er operabele uitzaaiingen in de lymfeklieren, dan kan een lymfeklierdissectie uitgevoerd worden. Alle lymfeklieren in het lymfegebied waar de uitzaaiingen zijn geconstateerd, worden dan verwijderd.

Bij micrometastasen in de schildwachtklier werd in het verleden vaak gekozen voor een volledige lymfeklierdissectie. Grootschalig onderzoek in 2017 heeft hier echter verandering in gebracht. Het is gebleken dat een lymfeklierdissectie in het geval van micrometastasen geen hogere overlevingskans geeft dan afwachten of zich grotere uitzaaiingen (macrometastasen) ontwikkelen in de lymfeklieren en dan pas over te gaan tot een volledige lymfeklierdissectie. Daarom wordt bij micrometastasen in de lymfeklieren geen volledige lymfeklierdissectie meer uitgevoerd.

In de praktijk wordt dus pas een lymfeklierdissectie uitgevoerd als er minimaal één macrometastase in de lymfeklieren is aangetroffen. Het wegnemen van omringende lymfeklieren gebeurt bij een lymfeklierdissectie uit voorzorg. Mogelijk zitten in deze lymfeklieren namelijk ook kankercellen. Na de operatie onderzoekt de patholoog in hoeveel lymfeklieren daadwerkelijk uitzaaiingen zitten en hoe groot die uitzaaiingen zijn.

Na een lymfeklierdissectie plaatst de chirurg een drain die het wondvocht afvoert. Zo probeert men te voorkomen dat zich vocht in de wondholte ophoopt. Als de wond goed geneest en u zonder problemen kunt lopen, mag u naar huis. Meestal is dat na twee of drie dagen.

Het herstellen van een lymfeklierdissectie kan moeizaam verlopen. Soms ontstaat er

een infectie, waardoor de wond langzamer geneest. Ook krijgen sommige mensen enige tijd na de operatie last van een opgezette arm of een opgezet been. Dit heet lymfoedeem.

Lymfoedeem is een opeenhoping van lymfevocht. Het ontstaat als de lymfevaten dit vocht niet goed kunnen afvoeren. De arts kijkt op welke wijze het lymfoedeem verminderd kan worden. Een elastische kous kan bijvoorbeeld helpen. Voor de behandeling van lymfoedeem kunt u terecht bij huidtherapeuten en bij sommige fysiotherapeuten.

- **Radiotherapie (bestraling)**

Bestraling is geen standaardbehandeling bij operabele uitzaaingen. In specifieke gevallen kan de arts echter voorstellen om bestraling te combineren met bijvoorbeeld een operatie. Radiotherapie helpt alleen om de ziekte in het bestraalde gebied beter te bestrijden. Het verbetert de overleving niet, maar kan wel gepaard gaan met bijwerkingen op korte en op lange termijn. Met de introductie van adjuvante behandelingen, zal radiotherapie nog minder vaak gebruikt worden. Stelt uw behandelend arts bestraling voor? Bespreek dit dan goed met hem/haar.

3.2 Adjuvante systemische therapieën

Zijn de uitzaaingen operatief verwijderd, dan is er in beginsel geen aantoonbare ziekte meer aanwezig. Er kunnen zich echter nog micrometastasen in het lichaam bevinden die vanwege hun microscopische omvang nog niet zichtbaar zijn via medische beeldvormingstechnieken. Helaas keert de ziekte bij een gedeelte van de patiënten om deze reden na verloop van tijd terug. Bij wie de ziekte wel terugkeert en bij wie niet, is helaas nog niet goed te voorspellen.

In aanvulling op de operatie/lymfeklierdissectie kan daarom zogenaamde adjuvante therapie ingezet worden met als doel terugkeer van ziekte te voorkomen of vertragen. Adjuvant betekent aanvullend preventief. Adjuvante therapie is een mogelijke behandeloptie als er sprake is van:

- Minimaal één micrometastase in de lymfeklieren van tenminste 1 mm.
- Satellietmetastasen binnen 2 cm van het oorspronkelijke melanoom.
- In-transit metastasen tussen het melanoom en de lymfeklieren.
- Operabele metastasen voorbij de regionale lymfeklieren of in de organen.

Zijn de uitzaaingen van het melanoom operatief volledig verwijderd en is er via medische beeldvormingstechnieken geen aantoonbare ziekte meer, dan zijn er twee

soorten adjuvante systemische therapieën mogelijk: doelgerichte therapie (targeted therapy) en immuuntherapie. Systemische therapie werkt in het gehele lichaam en dus niet alleen op de plek waar de uitzaaiingen zich bevonden.

Doelgerichte therapie (targeted therapy)

Tumorcellen delen zich op een ongecontroleerde manier, waardoor een tumor blijft groeien. Tal van eigenschappen van de tumorcel spelen hierbij een rol. De geneesmiddelen die bij doelgerichte therapie worden ingezet, gebruiken deze eigenschappen om de celdeling te blokkeren. Hiermee maakt doelgerichte therapie tumorcellen onschadelijk. Deze behandeling werkt alleen als er in de tumor een mutatie aanwezig is in het BRAF-gen. Dit is bij ongeveer de helft van de melanomen het geval. Als dit zo is, kunt u na operatieve verwijdering van de uitzaaiingen, adjuvant behandeld worden met zogenaamde BRAF/MEK-remmers. Deze worden in de vorm van tabletten toegediend.

Combinatie BRAF/MEK-remmers (dabrafenib/trametinib)

BRAF is een eiwit, waarvan de structuur verandert door de genmutatie. Hierdoor gaat het eiwit de groei van de melanoomcellen stimuleren. De zogenaamde BRAF-remmers blokkeren de vorming van het eiwit, waardoor de groei van het melanoom wordt belemmerd. MEK is een ander eiwit dat betrokken is bij de groei van tumorcellen. De MEK-eiwitten zijn in BRAF gemuteerde tumoren vaak overactief. MEK-remmers remmen de activiteit van het eiwit. Hierdoor wordt de groei van de tumor geremd. Onderzoek heeft aangetoond dat door MEK-remmers toe te voegen aan BRAF-remmers, het effect groter is.

Immuuntherapie

Ons immuunsysteem beschermt ons lichaam tegen schadelijke indringers, zoals virussen, schimmels, bacteriën en parasieten. Een belangrijke afweercel bij het beschermen van het lichaam is de T-cel. Op de T-cel zit een T-celreceptor. Deze checkt of er afwijkende cellen in de weefsels zijn. Is dit het geval, dan bindt de T-cel zich aan de afwijkende cel en vernietigt deze. De T-cel speelt een belangrijke rol, omdat het sommige typen kankercellen - waaronder melanoomcellen - als afwijkend kan herkennen en vervolgens kan vernietigen. Kankercellen proberen de vernietigende functie van de T-cel stop te zetten. Immuuntherapie is een behandeling die het immuunsysteem versterkt, zodat het kankercellen beter kan doden.

Anti-PD1 (nivolumab, pembrolizumab)

Anti-PD1 is een vorm van immuuntherapie die adjuvant kan worden ingezet na de operatieve verwijdering van uitzaaiingen. Dit gebeurt altijd per infuus.

Anti-PD1 is een antilichaam (antistof) dat zich bindt aan de receptor PD-1 op de T- cellen. Kankercellen kunnen PD-L1-eiwitten produceren die zich hechten aan de PD-1-receptor. Als dit gebeurt, wordt de activiteit van de T-cellen uitgeschakeld en kunnen die cellen de kanker niet meer aanvallen. Door zich te hechten aan de receptor, voorkomt anti-PD1 dat PD-L1-eiwitten de T-cellen uitschakelen. Hierdoor versterkt het immuunsysteem, waardoor het beter kankercellen kan vernietigen.

Om de juiste adjuvante systemische therapie te bepalen, moet eerst laboratoriumonderzoek gedaan worden. Er wordt gekeken of in uw tumormateriaal (bij voorkeur dat van een uitzaaiing) de mutatie BRAF V600 aanwezig is.

Voor patiënten met operatief verwijderde uitzaaiingen is – ongeacht de aanwezigheid van de BRAF V600-mutatie – immuuntherapie (anti-PD1) een mogelijke adjuvante behandeloptie. Heeft uw tumor de BRAF-genmutatie? Dan is doelgerichte therapie ook een behandelmogelijkheid.

Naast de aanwezigheid van de BRAF-mutatie, bepaalt ook de omvang en de locatie van de operabele uitzaaiingen voor welke therapie (c.q. geneesmiddel) u in aanmerking komt. Laat u hierover goed voorlichten door uw behandelend arts.

Voor- en nadelen adjuvante therapie

Tot slot is het van belang de voor- en nadelen van adjuvante therapie goed op een rij te zetten. Denk er hierbij aan dat:

- Een gedeelte van de patiënten met operabele uitzaaiingen de ziekte nooit zal terugkrijgen. Het is echter niet vooraf te bepalen voor wie dit geldt. Behandeling met adjuvante therapie wordt voor een gedeelte van de patiënten dus onnodig ingezet.
- Adjuvante therapie niet bij iedereen succesvol is. Een gedeelte van de patiënten krijgt de ziekte ondanks de adjuvante behandeling toch terug.
- Persoonlijke risicoafwegingen en omstandigheden zeer bepalend zijn. Denk hierbij aan uw risico op terugkeer van de ziekte, potentiële bijwerkingen van de therapie, vermindering van stress doordat u een aanvullende behandeling krijgt en eventuele contra-indicaties waardoor u deze therapieën niet kunt verdragen.

Een goed gesprek met uw behandelend arts kan helpen om samen een beslissing te nemen over uw behandeling. Het is belangrijk dat in dit gesprek ook de verschillen in

korte- en langetermijnbijwerkingen van doelgerichte therapie en immuuntherapie en de voor- en nadelen van de verschillende toedieningsvormen (tabletten en infusen) aan bod komen.

3.3 Klinische studies

Klinische studies kunnen een behandeloptie zijn voor patiënten met operatief verwijderbare uitzaaiingen. Meedoen aan een klinische studie kan relevant zijn als:

- U niet in aanmerking komt voor adjuvante behandeling met de hierboven beschreven, geregistreerde geneesmiddelen.
- Een (combinatie)therapie wordt onderzocht – al dan niet voorafgaand aan de operatie – die in studies betere resultaten laat zien dan de hierboven beschreven, geregistreerde geneesmiddelen.

Vraag uw arts of er een studie loopt of op korte termijn start, waarvoor u in aanmerking komt. U kunt ook zelf kijken welke studies er plaatsvinden:

- <https://win-o.nl/klinische-studies/melanoom-trials>
- <https://clinicaltrials.gov>
- <https://www.clinicaltrialsregister.eu>

Print of e-mail de door u gevonden studiegegevens en bespreek deze met uw arts.

Psychosociale hulp

Onderzoeken en behandelingen vergen veel van u, en ook van uw naasten. Iedereen gaat er op zijn eigen manier mee om. U kunt te maken krijgen met psychische problemen, zoals angsten of depressieve gevoelens. Uw behandelend arts kan samen met u het beste inschatten of u psychosociale hulp nodig heeft. Zowel voor de behandeling als erna bij elk controlebezoek, kan hij/zij ernaar vragen en u zo nodig doorverwijzen. Natuurlijk kunt u het ook zelf aangeven als u hulp nodig heeft.

Er zijn diverse organisaties en deskundigen die gespecialiseerd zijn in het verlenen van psychosociale hulp bij kanker. Zij kunnen u en/of uw familie helpen om met uw ziekte om te gaan en met de spanningen en onzekerheden die daarmee gepaard kunnen gaan. Voor meer informatie kunt u terecht bij uw behandelend arts, de oncologieverpleegkundige of kijkt u op www.ipso.nl. Ook Stichting Melanoom kan u verder helpen.

4. Bijwerkingen melden

Heeft u ervoor gekozen om adjuvante systemische therapie te ondergaan, dan kunnen (ernstige) bijwerkingen ontstaan. Uw arts of de verpleegkundige informeert u over mogelijke bijwerkingen die u kunt verwachten. Ook kunt u de bijsluiter van of de patiëntinformatie over uw geneesmiddelen lezen. Eventuele bijwerkingen hangen af van:

- de soort behandeling;
- de dosering die u van een medicijn krijgt;
- de duur van de behandeling;
- de combinatie met andere geneesmiddelen.

Het is belangrijk om bijwerkingen van uw behandeling te bespreken met uw behandelend arts. Hij/zij kan u misschien medicijnen voorschrijven die helpen tegen de klachten. Soms wordt de dosering van het medicijn blijvend of tijdelijk aangepast. Of wordt de behandeling tijdelijk gepauzeerd.

Voor informatie en adviezen kunt u ook terecht bij de oncologieverpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze gespecialiseerde verpleegkundigen zijn in veel ziekenhuizen aanwezig.

Daarnaast kunt u bijwerkingen ook rechtstreeks melden bij bijwerkingencentrum Lareb. Daarmee levert u een belangrijke bijdrage aan het veiliger gebruik van geneesmiddelen. Lareb is het Nederlandse meld- en kenniscentrum voor bijwerkingen van geneesmiddelen. Lareb signaleert risico's van het gebruik van geneesmiddelen in de dagelijkse praktijk en verspreidt kennis hierover. U kunt bijwerkingen melden via de website www.lareb.nl. Op deze website kunt u een online meldformulier invullen of - als u liever een papieren meldformulier gebruikt - een meldformulier downloaden en printen.

Behandelcentra in Nederland

In Nederland zijn veertien melanoomcentra waar (adjuvante) systemische therapie bij melanoom gegeven wordt. Dit zijn alle universitaire ziekenhuizen, Antoni van Leeuwenhoek in Amsterdam, Isala in Zwolle, Máxima Medisch Centrum in Veldhoven, Zuyderland Medisch Centrum in Heerlen, Amphia Ziekenhuis in Breda, Medisch Centrum Leeuwarden en Medisch Spectrum Twente in Enschede. Als het goed is, bent u naar één van deze ziekenhuizen doorverwezen of heeft uw behandelend arts uw situatie besproken met één van deze centra.

Stichting Melanoom

Stichting Melanoom is een patiëntenorganisatie voor mensen met huidmelanoom of oogmelanoom en hun naasten. De stichting richt zich op duidelijke informatievoorziening, belangenbehartiging en het faciliteren van lotgenotencontact. Jaarlijks organiseert de stichting de 'Melanoom Infodag', waar diverse artsen een update geven van de laatste medische ontwikkelingen. Daarnaast worden er voor verschillende onderwerpen specifieke workshops georganiseerd en is er uitgebreid tijd voor lotgenotencontact. Ook via social media en het forum bespreken patiënten onderling de laatste medische en sociale ontwikkelingen.

Stichting Melanoom kan haar werkzaamheden verrichten dankzij de inkomsten uit subsidies, giften en nalatenschappen. Alle steun is belangrijk in het bereiken van de missie 'minder melanoom en meer genezing'. Helpen kan door bijvoorbeeld een inzamelingsactie te starten (dit kan via www.dosupport.nl/organisaties/stichting-melanoom/) of donateur te worden. Als donateur ontvangt u het blad Melanoom Nieuws en krijgt u een uitnodiging voor de Melanoom Infodag en eventuele andere acties.

Wilt u een gift overmaken aan Stichting Melanoom? Dat kan via bankrekeningnummer NL511INGB0007530279 t.n.v. Stichting Melanoom. Stichting Melanoom heeft een ANBI-status.

Meer informatie

Deze folder is een uitgave van Stichting Melanoom. De inhoud van deze folder is tot stand gekomen met medewerking van de volgende leden van de Raad van Advies van Stichting Melanoom:

Dr. Alexander van Akkooi (Antoni van Leeuwenhoek)

Dr. Han Bonenkamp (Radboudumc)

Dr. Karijn Suijkerbuijk (UMC Utrecht)

Prof. dr. Christian Blank (Antoni van Leeuwenhoek)

Heeft u vragen over de inhoud van deze folder? Neem dan gerust contact op met Stichting Melanoom.

Contact

Stichting Melanoom is telefonisch, schriftelijk, per e-mail of via de website te bereiken.

Correspondentieadres

postbus 8152,
3503 RD Utrecht

Secretariaat

telefoon: 088-0029746
e-mail: secretariaat@stichtingmelanoom.nl

Hulplijn/Lotgenotencontact

telefoon: 088-0029747
e-mail: hulplijn@stichtingmelanoom.nl

Website

www.stichtingmelanoom.nl

Forum

www.melanoomforum.nl

Social media

www.facebook.nl/stichtingmelanoom (openbaar)
www.facebook.com/groups/StichtingMelanoom (kennisgroep, besloten)
www.instagram.com/discover_your_spot
www.twitter.com/StMelanoom

Uitgave: 2019

