



Editie 12 jaargang 4  
Mei 2024

# Melanoompuntjes

Dag lezers,

We hopen van harte dat jullie het goed stellen! Terwijl de lente zich langzaam maar zeker aandient, brengt ze ons de mogelijkheid om weer meer naar buiten te gaan, te genieten van de natuur en wellicht wat tijd door te brengen met iets van lectuur op een bankje in het park. En hoe passend is het dat deze bijzondere editie van de Melanoompuntjes zich perfect daarvoor leent !

Deze keer staat onze nieuwsbrief volledig in het teken van onze recente studiedag. Maar verwacht geen droog, saai verslag van de gebeurtenissen. Onze zeven verslaggevers hebben elk een persoonlijke kijk gegeven op de hoogtepunten van de lezingen. Het resultaat? Een schat aan interessante artikelen die zeker de moeite van het lezen waard zijn! Onze oprechte dank gaat uit naar Diane, Carine, Martina, Bianca, Frans, Stefan en Inda voor hun bijdragen !

En mocht je na het lezen van een artikel denken: "Hé, die lezing wil ik nog eens herbekijken!", dan hebben we goed nieuws. Chris van 3 Hombres Productions, ook wel bekend als de man van Kacie, heeft namelijk alles opgenomen en bewerkt. Je kunt de opnames vinden via deze link:

<https://www.melanoompunt.be/2023/12/11/studiedag-27-januari-2024/>

Wij wensen jullie veel leesplezier toe !  
De redactie



## **"Eindelijk op tempo: een overzicht van 10 jaar melanoomtherapie en hoe houden we dit ritme aan?"**

Op zaterdag 27 januari organiseerde Melanoompunt haar jaarlijkse studiedag in Antwerpen. In de eerste presentatie van de dag gaf dr. Marika Rasschaert (UZ Antwerpen) een overzicht van 10 jaar melanoomtherapie. Voor mij persoonlijk een heel moeilijke presentatie aangezien ik weinig wetenschappelijk onderlegd ben, maar wel top dat Melanoompunt ons die wetenschappelijke kennis wil bijbrengen.

Toen ik 7 jaar geleden mijn melanoomdiagnose kreeg en de statistieken van tienjarige overlevingskansen te zien kreeg, waren die ronduit dramatisch voor patiënten met metastasen in stadium III en stadium IV. Chemotherapie was weinig of helemaal niet effectief tegen melanoom.



Dankzij doorbraken in het wetenschappelijk onderzoek werden tussen 2011 en 2014 nieuwe, meer effectieve medicijnen ontwikkeld voor gemetastaseerd melanoom. Enerzijds de doelgerichte therapieën met Verumafenib, Dabrafenib, Trametinib. Zij richten zich op de genetische fout in de kankercel, in 70% van de cutane melanomen kan die fout gevonden worden. Zo is de doelgerichte therapie tegen de BRAF V600E mutatie heel effectief, maar heeft die therapie het nadeel dat er snel resistentie optreedt (nvdr: ze zijn hiervoor aan de UZ Brussel een oplossing aan het onderzoeken:

<https://www.melanoompunt.be/2024/02/16/vooruitgang-doelgerichte-behandeling-melanoom-huidkanker/>).

Anderzijds kwamen er nieuwe therapieën die niet gericht zijn op de genetische fout in de kankercel, maar wel op de versterking

van het immuunsysteem, de immunotherapieën met medicijnen zoals Ipilumab, Pembrolizumab en Nivolumab. Vrij ingewikkeld, maar heel eenvoudig uitgelegd: de door de therapie geactiveerde T-cellen vallen de tumorcellen aan.

Welke therapie bij welke patiënt kan ingezet worden is afhankelijk van veel factoren waaronder het soort melanoom (cutaan, acraal, mucosaal, oog), het soort mutatie, het stadium bij de melanoomdiagnose, is het letsel verwijderbaar met chirurgie of niet ..... Allemaal Chinees voor mij, maar gelukkig zijn er oncologen die ons daarin wegwijs kunnen maken.

Ondertussen zijn we in 2024 en heeft men al meer ervaring met de verschillende therapieën en hun effecten. Zo blijkt bv. uit studies dat adjuvante therapie<sup>1</sup> (naast chirurgie) bij stadium IIB en IIC patiënten het risico op herval reduceert. Goed nieuws dus, maar men weet nu ook dat die therapieën ook zwaar toxisch zijn en tot bijwerkingen kunnen leiden aan hart, maag, ogen, darmen, longen, nieren, huid enz. Als 72% van de stadium IIB en IIC patiënten zonder een adjuvante therapie niet hervalt en 19% ondanks de behandeling wel hervalt, moet men dan al die patiënten die adjuvante therapie geven en blootstellen aan die toxiciteit? Men kan die toxiciteit beperken door geen, minder of een andere therapie te gebruiken, of de behandeling te beperken in de tijd. Er lopen meerdere onderzoeken naar biomarkers, naar het moment van de therapie (voor of na de chirurgische ingreep), naar de therapieduur, naar betere en minder toxische therapieën, naar alternatieven bij resistentie tegen de huidige behandelingen.

In het tweede deel van de presentatie ging dr. Annelies Troch (Heilig Hart Ziekenhuis Lier) in op de vraag hoe het ritme aan te houden en waarop in te zetten in de toekomst. Ook heel interessant, maar na dat eerste deel kon ik er mijn aandacht niet goed meer bij houden. 😊 Ik heb vooral onthouden dat men in

---

<sup>1</sup> Adjuvante therapie: een aanvullende, preventieve behandeling om herval te voorkomen

de toekomst wil inzetten op minder toxische therapieën wegens de vele bijwerkingen en de lange termijn effecten die patiënten overhouden aan de behandeling. Dat men beter wil voorspellen welke therapie voor wie geschikt is, beter resistentie wil voorspellen en de resistentiemechanismen beter wil begrijpen om die te overwinnen. Maar naast dat (wetenschappelijk) onderzoek is er ook meer oog nodig voor de patiënt en de zorgverlener:



jonge overlevers hebben nood van leeftijdsspecifieke ondersteuning, hoe kan de patiënt de therapie volhouden, hoe kan men de zorg haalbaar houden zowel voor de naaste zorgverleners (partners en familie) als de professionele zorgverleners die steeds meer expertise nodig hebben bij steeds complexere therapieën.

Kortom, een ingewikkelde, maar niettemin heel interessante presentatie die me deed inzien dat de overlevingsstatistieken die ik 7 jaar geleden te zien kreeg, dankzij de nieuwe therapieën veel verbeterd zijn en dat het wetenschappelijk onderzoek gestaag vooruit gaat en op zoek blijft gaan naar nog betere behandelingen.

Kon je niet aanwezig zijn of wil je de presentatie nog eens herbekijken? De video's van alle sessies van de studiedag zijn beschikbaar op [www.melanoompunt.be](http://www.melanoompunt.be)

Carine Paulus



## "Aanpak van hersenmetastasen van het melanoom anno 2024" door dr. Jeroen Mebis, Jessa Ziekenhuis Hasselt

### Het probleem hersenuitzaaiingen (HM)

- Bij autopsie blijken bij 70% van alle patiënten uitzaaiingen in hersenen aanwezig,
- Bij 1/3 van alle nieuwe stadium IV
- De incidentie lijkt af te nemen, mogelijk door gebruik van immunotherapie



**Symptomatische HM<sup>1</sup>** worden gevonden door een grote variatie in symptomen; afhankelijk van de waar de uitzaaiing zich bevindt. Om een aantal te noemen: epilepsie – symptomen verhoogde hersendruk – spraakstoornis, stoornissen in gevoel, halfzijdige uitval, gezichtsuitval. Veranderingen in de persoonlijkheid. De

afwijkingen worden gevonden bij een MRI.

**Asymptomatische HM<sup>2</sup>** worden gevonden bij routine MRI onderzoek. Beide soorten HM kunnen meestal behandeld worden. Op te merken valt dat er bij de symptomatische hersenuitzaaiingen er zelden herstel van normale functie wordt verkregen.

**Risicofactoren HM** zijn te verdelen in **o.a.** leeftijd / verschil man-vrouw/ locatie / Breslowdikte van het oorspronkelijke melanoom.

---

<sup>1</sup> Symptomatische HM: Daar heb je last van, je merkt op dat er iets niet klopt

<sup>2</sup> Asymptomatische HM: Daar merk je als patiënt (nog) niks van

**Behandel mogelijkheden:** *Steeds multidisciplinair te bespreken: Neuroloog, Neurochirurg, Oncologisch internist, Radiotherapeut ( bestralingsarts).*

**Kenmerken van de HM:** o.a.: locatie, aantal, eerder ingezette behandelingen

**Chirurgisch:** voordeel is de snelste optie voor herstel neurologische functies; mogelijk als 'brug' naar immunotherapie: ook hier zijn risico's aan verbonden van zowel de operatie als de narcose.

**Radiotherapie** (bestraling): de stereotactische bestraling wordt het meest gebruikt voor minder dan 5 uitzaaiingen, soms ook bij meer uitzaaiingen mogelijk; de grootte van de HM, lokale werkzaamheid op 12 maanden 68%; Nadelen: late cognitieve problemen, bestralingsnecrose.

**Systeem therapie** immuno en doelgericht in verschillende vormen in combi's

- Immunotherapie – eventueel in combinatie met Avastin- ;
- Doelgerichte therapie bij Braf V 600 gemuteerde melanomen;
- Combi van deze therapie soorten- in verschillende stapsgewijze combi.



Uit de SECOMBIT studie – gepubliceerd tijdens ESMO 2023: was de combo doelgerichte therapie 8 weken, gevolgd door Ipi/Nivo- dan weer doelgerichte therapie het meest succesvol.

Er lopen meerdere studies, ook in België, waar verschillende therapiesoorten worden ingezet.

**Conclusie:** Er is belangrijke vooruitgang geboekt de laatste jaren:

- Systeemtherapie ( immuno/doelgericht) kan soms lokale behandelingen vervangen;
- **bij a-symptomatische HM** \_ Combi Immunotherapie – met lokaal stereotactische bestraling;
- **bij symptomatische HM** plaatselijke reductie van de tumor gevolgd door een combi therapie immunotherapie.

Dr. Mebis presenteerde een casus, waarin binnen 1 patiënt alle soorten behandelingen moesten worden ingezet – ook om de neven effecten van eerdere geslaagde behandelingen te behandelen. Met een goede afloop.

Martina Rooyakkers



## **"Over anti LAG-3 checkpoint inhibitor therapie"**

Dokter Deleu past precies in het thema "10 jaar hoop". De eerste woorden die ik me van haar herinner zijn "Het komt wel goed". Op dat moment kon ik dat helemaal niet geloven want ik voelde me doodziek. En toch had ze gelijk. Dat is nu al zeven jaar geleden.

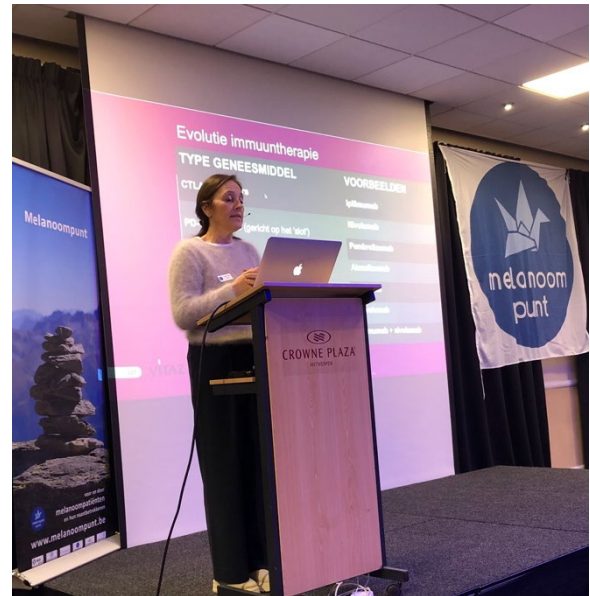


Ook nu in Antwerpen klonk er ook hoop in haar uitleg: hoop op verdere vooruitgang van de wetenschap, hoop op de genezing van meer patiënten, hoop op minder bijwerkingen. Ze is een heel gedreven oncologe die tot het uiterste wil gaan om elke patiënt beter te maken. Ze blijft ook steeds zoeken naar de nieuwste mogelijkheden en ze neemt met haar team ook deel aan trials om haar patiënten meer mogelijkheden te bieden. Soms leidt dat ook tot frustratie omdat die

patiënt die ze misschien toch kan helpen net buiten de voorwaarden valt om deel te nemen aan een trial. Dan aarzelt ze niet om toch de telefoon te nemen en te pleiten voor een uitzondering, maar helaas... De overlevingskansen van patiënten met uitgezaaide melanomen zijn de laatste 10 jaar drastisch verbeterd. De nieuwe LAG3 combinatie kan nog enkele patiënten meer helpen genezen, weer een vooruitgang.



Naast de receptoren PD1 en CTL4 is LAG 3 ook een veelbelovende receptor die nieuwe mogelijkheden opent voor patiënten die niet reageren op andere checkpoint inhibitoren. Bovendien worden er minder bijwerkingen vastgesteld. De combinatie van ipilimumab en nivolumab gaf reeds een goede respons maar is erg toxisch en



veroorzaakt veel bijwerkingen, de combinatie LAG 3 inhibitor en nivolumab geeft even goede resultaten met minder toxiciteit. Zo worden de kansen op genezen stilletjes aan opgedreven.

Met dank aan dokter Deleu en Melanoompunt vzw voor de leerrijke en aangename dag.

Diane Denys



## **"Resultaten en het concept van de klinische studie met het dendritische cel vaccin", door dr. Jens Tijtqat, UZ Brussel**

Deze therapie is opgezet voor patiënten voor wie eerdere standaard therapieën geen effect hadden.

**Fase I studie** – waar 8 patiënten werden geïncubeerd.

Uitgangspunt is een andere aanpak waarbij de functie van dendritische cellen ( poortwachter cellen) wordt ingezet: Voorafgaand worden de eigen dendritische cellen uit het bloed verzameld in een 5 uur durende procedure (leukaferese). Deze cellen worden onbehandeld bewaard – tot na de eerste behandeling.



Zowel ASO1B<sup>1</sup>, als Ipilimumab wordt direct in de tumor geïnjecteerd. De patient krijgt per infuus een lage dosis Nivolumab. Na de eerste plaatselijke behandeling worden de eigen dendritische cellen weer teruggegeven aan de patient.

De eerste behandeling bestaat uit injecties ter plaatse in de tumor, welke herhaald worden na 2 weken.

---

<sup>1</sup> Gebruikte ASO1B: is een combi van een stofje dat het immuunsysteem stimuleert (een deel van een vaccin tegen herpes zoster oftewel gordelroos), QS- Saponine, zorgt voor productie antilichamen en MPLA afkomstig van de salmonella bacterie- stimuleert receptoren op immuun cellen

Zoals immunotherapie te behandelen met deze nieuwe vorm van aanpak. Juist het gedrag van de dendritische cel en de T cel wordt hiermee op een andere wijze veranderd.

### **Geschikt voor:**

- Gevorderd melanoom – waar standaard therapie geen respons gaf;
- Goede algemene toestand;
- 1 of meerdere letsels toegankelijk voor injecties.

### **Hypothese/achtergrond:**

- verminderde bijwerkingen van de Ipilimumab, omdat dit lokaal wordt toegediend;
- daardoor hogere dosis mogelijk; juist op de plaats waar dit moet werken;
- Het vaccinatie effect.

‘Het lichaam kiest zelf tegen welke antigenen het reageert’.

**Resultaat:** van de 8 patienten zijn 2 patienten ziektevrij en 1 patient heeft een belangrijke afname van het ziekte volume (bijna ziektevrij).

Resultaat op de getoonde preparaten: de T cellen zitten aantoonbaar tussen de kankercellen in tegenstelling tot het eerder afgenomen weefsel waar T cellen naast de kankercellen zijn gepositioneerd. Aantoonbaar wordt dat de verdeling van de dendritische cellen op deze wijze zo anders is, dat de therapie beter aanslaat.

- Deze fase1 studie gaat in de volgende fase van 2-wekelijkse naar wekelijkse toediening;
- De meerwaarde van het wel of niet toedienen van dendritische cellen zal ook onderzocht worden.

Bianca Oei

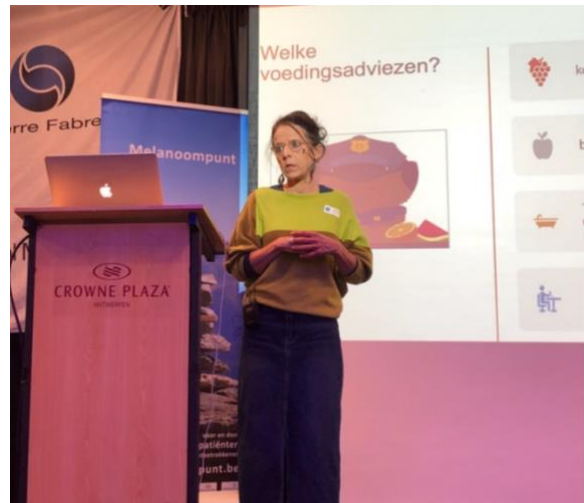


## **“Voeding tijdens de behandeling” door Kathleen Timmermans, diëtiste oncologie, UZ Leuven**

En Kathleen heeft een beetje pech want Sabina zou over deze lezing schrijven, maar zij heeft deze lezing door omstandigheden moeten missen.

Kathleen maakt indruk door haar présence, haar dynamiek en haar enthousiasme. Ik denk dat ze in het normale leven precies hetzelfde is als bij ons op het podium !

Iedere kankerpatiënt weet al erg veel over voeding dus ik ga jullie hier wat dingen noemen die ik zelf nog niet kende:



Bijvoorbeeld dat voedings- en vitaminesupplementen de kankertherapie eventueel kunnen tegenwerken. Dat je die niet zomaar erbij kan pakken, zo van ‘baat het niet, dan schaadt het niet’.

Wat ik nog nooit gehoord had maar wat wel logisch lijkt, is dat hoe meer cellen je hebt, des te meer kans je hebt dat één van die cellen gaat degenereren. Dus obesitas is zeker te vermijden.

Veel groentes en fruit eten, is in een gewoon, alledaags dieet heel belangrijk, dat weten we allemaal. Minder rood vlees en bewerkt vlees eten ook, max 300 gram per week is de standaard momenteel, en rood vlees, dat is alles behalve kip en kalkoen, dus varken hoort bij het rode vlees, ook dat was nieuw voor mij.

Tijdens een therapie kan je afvallen en het is de kunst om te proberen zo weinig mogelijk spiermassa te verliezen. Als eiwit kun je best een kippe-eitje eten. Dat is vrij goed verteerbaar.



Als je verminderde eetlust hebt, zorg dan vooral dat je eiwitten binnenkrijgt. Mineralen en vitamines (groentes en fruit dus) zijn dan tijdelijk minder belangrijk.

Ze gaf adviezen voor als je misselijk bent of over moet geven. Bijvoorbeeld, eet vaker kleine maaltijden of tussendoortjes. En neem volle melkproducten ipv half-volle, die zijn net zo goed te verteren, en je hoeft maar de helft ervan te nemen om de goede stoffen binnen te krijgen want 1 glas half-volle melk =  $\frac{1}{2}$  glas volle melk ! Eet vaak, niet te veel en licht verteerbaar !

Bij bijwerkingen tijdens therapie kun je best je voeding aanpassen, Kathleen had heel veel goeie suggesties die je niet zou verwachten van een diëtiste 😊 , voor de opname van haar lezing, ga naar:

<https://www.melanoompunt.be/2023/12/11/studiedag-27-januari-2024/>



Marianne

## **"My Cancer Navigator: een bijdrage aan gedeelde besluitvorming", dr. Gabry Kuijten, Anticancer Fund**

Het aanbod van "my cancer navigator" lijkt mij een heel nuttige en kwalitatief hoogstaande dienstverlening.

Mijn eigen ervaring is dat de eerste consultaties met de oncoloog overweldigend zijn en dat de hoog oplopende emoties mij belette om het grootste deel van de info in mij op te nemen. Dit werd grotendeels opgevangen door mijn echtgenote, die in het begin bij alle consultaties aanwezig was. Het vergde een grote persoonlijke inspanning om me de terminologie eigen te maken.



Mijn behandelende dokter deed echt zijn best om duidelijke info te verstrekken maar hield de consultatie kort en bondig. Eenmaal buiten en tijdens de rit naar huis kwamen veel vragen spontaan opborrelen naar aanleiding van de bespreking van het consult. Omdat de voorgestelde behandeling een slechte prognose voorspelde, hadden wij vragen naar behandelingen of studies in andere ziekenhuizen. Wij kregen op deze vragen een onvolledig en ongenueanceerd antwoord. Terwijl dat vanuit de patiënt bekeken een terechte vraag is of hij elders betere zorg kan krijgen.

Op deze levensbelangrijke vragen kan je wel een neutraal antwoord krijgen bij het antikankerfonds.

De huidige patiënten hoeven niet zoals ik zelf op zoek te gaan naar wat de geneeskunde elders te bieden heeft.

De contactpersonen van het antikankerfonds bekijken je vraag en dokters zoeken mee naar de beste mogelijkheden om jouw ziekte aan te pakken.

Het aanbod van My cancer navigator kan je op korte tijd een duidelijk beeld geven van de stand van je ziekte en de

mogelijkheden van behandeling. Je kan met deze informatie een waardige gesprekspartner zijn bij je oncoloog.

De presentatie maakte mij toch wat achterdochtig. Wat gaan ze mij allemaal vragen en wat moet mijn tegenprestatie zijn ?

Kan dit allemaal gratis ? Wie betaalt deze mensen?

Ook dokters en verpleegkundigen kunnen contact opnemen met het antikankerfonds om bredere inzichten op te doen.

We hoorden over de evaluatie van hun werking. Die was heel goed omdat ze bieden wat de mensen van hen vragen en af en toe moeten erkennen dat zij ook geen wonderen kunnen doen.

Deze dienst zou in de ideale wereld overbodig moeten zijn omdat je eigen behandelend arts deze service zou moeten bieden. Maar zo lang het nog niet zo ver is, is my cancer navigator een prachtige service.

Frans Mestrom





## "Oplossingsgerichte kijk op de uitdagingen in het dagelijkse leven", door Sabrina Schietaert, onco consulent, AZ Sint-Lucas Gent

Dit was een sessie waar ik echt naar uitgekeken heb en bij terugkijken ook van genoten heb. Als lange overlever heb je een aantal mechanismen ontwikkeld om met de dagelijkse realiteit van kanker om te gaan.

‘Wat als’ zijn hierbij de gevaarlijkste woorden.

*wat als de pillen niet meer werken,  
wat als er iets te zien is op de scan,  
wat als ik er niet meer ben ...*

Ik heb wel gemerkt dat je je na een tijd als persoon aanpast aan de nieuwe realiteit en ook kunt vergeten dat je kanker hebt, vergeten dat je binnenkort een scan moet ondergaan en dat je opnieuw plannen gaat maken voor de toekomst.



Deze lezing bracht voor mij een mooie synthese van wat ik van kanker geleerd heb:

1. **Elke therapie is zelftherapie**, de eerste stappen moet je steeds zelf nemen. Wanneer je een besluit neemt om ergens aan te werken is meer dan het halve werk al gedaan.
2. **Verandering is er altijd, continuïteit ook**. Als we met een plotse verandering te maken krijgen dan is die alles overheersend. Achteraf merk je dat er meer hetzelfde is gebleven dan je dacht (vreesde)
3. **Bepaalde aspecten van de realiteit kunnen worden veranderd, andere niet**. Aanvaarden dat je bepaalde dingen niet kan veranderen en moet aanvaarden zoals ze zijn, is geen gemakkelijke opgave.



4. **Een stap met een keer.** Dit is een les die je al snel leert, wanneer je met de therapie start. Dan lijkt het einde nog zo ver weg. Maar met elke kleine stap die je neemt kom je dichterbij het einddoel.

Een mooie samenvatting kan je ook vinden in het “serenity prayer”

*Schenk mij de **KALMTE** om te aanvaarden wat ik niet kan veranderen  
De **MOED** om te veranderen wat ik kan veranderen.  
En de **WIJSHEID** om het verschil hiertussen te zien.*

Stefan Langers



**"Medische en Psychologische trajectbegeleiding van melanoompatiënten", Petra Dejeneffe, oncocoach, en Annelies Vekemans, oncopsycholoog, beiden verbonden aan het Jessa Ziekenhuis Hasselt**

In eigen bewoordingen stellen Petra en Annelies hun job inhoud voor en hoe zij patiënten kunnen begeleiden in hun traject. Zij maken deel uit van het multidisciplinaire medische team van de oncologisch afdeling van het Jessa ziekenhuis Hasselt.

Belangrijkste doelen van de oncocoach:

- Persoonlijk aanspreekpunt zijn
- Kennis up to date houden
- Coördinatie workshops
- Zelfhulpgroepen aanreiken.

Er wordt steeds een kennismakingsgesprek aangeboden aan de patiënt zodat die de kans krijgt gebruik te maken van deze broodnodige ondersteunende dienst.

Concreet biedt de oncocoach bijvoorbeeld antwoord op vragen rond de behandeling en bijwerkingen. Iets waar elke onco- patiënt vragen bij heeft. Want een behandeling is fysiek en mentaal zwaar/ belastend en roept gaande weg soms heel wat onrust en vragen op.

Zij nemen deel van deze onrust weg doordat ze slechts op een telefoontje afstand zijn.

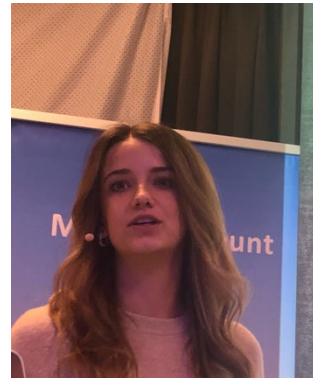


Toegang tot de oncopsycholoog en voorstelling van dit aanbod.

Afhankelijk van stadiëring / operatie / nazorg en behandeling kan je als patiënt gebruik maken van deze professionele psychologische begeleiding.

Vaak komen wederkerige thema's aan bod waar patiënten mee worstelen:

- Omgaan met angst
- Slaapmoeilijkheden
- Angst voor eindigheid
- Relationele veranderingen
- Coping mechanismen



**Onco**  
Zorgtraject

- Laagdremp
- Afhankelijk
  - Opstart
- Geen nooc
  - Bij het e
- Aanbod aa
- Mogelijkhe

Ook partners kunnen betrokken en begeleid worden in de gesprekken.

Wat ik interessant vond om te horen, is dat bij kanker niet enkel de patiënt getroffen wordt, maar heel het gezin / de familie.

Er werd een ludiek filmpje getoond over sympathie versus empathie.

Moraal van het verhaal:

connecteer, daal af in je eigen gevoel en geef van daaruit steun.  
Treedt in 'echt' contact met elkaar.

Fijne voordracht die voor de oncopatient niet zoveel nieuws bracht, wel voor de partners of familieleden die ook aanwezig waren op deze zeer leerrijke Melanoompunt Studiedag.

Knap staaltje van inzet en empathie!

Inda de Boeck





## Algemene impressies en de voorlopige agenda van dit jaar



**Ons jaarprogramma 2024**  
-onder voorbehoud-



|                |                                                                                                        |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27 januari     | Studiedag in Antwerpen                                                                                 |
| Zo 24 maart    | Ontmoetingsdag in de Verbeke Foundation: workshop rond lichaamstaal en een rondleiding door het museum |
| 29 juni        | Familiedag in Bobbejaanland                                                                            |
| Zo 8 september | Bewegingsdag   o.a. rond Dans in Zottegem                                                              |
| 16 november    | Ontmoetingsdag Hasselt rond een nog te bepalen medisch onderwerp                                       |