

CMP *NIEUWSFLASH*

P 802044

17^e jaargang 2024, Nr2 , april, mei, juni - Driemaandelijks



SPRINGTIME FLASH

Redactieadres: Jeannot
Poelman, Boordelen 4,
2980 Zoersel

WWW.CMPVLAANDEREN.BE

REDACTIONEEL

VOORWOORD:

Terwijl de lente haar kleurrijke mantel over de wereld uitspreidt, verwelkomen we u met open armen in de warme omhelzing van het mooiste der seizoenen.

In dit lentenummer van ons tijdschrift CMP Nieuwsflash richten we ons op hoop, vernieuwing alsook op de kracht van samenzijn, met speciale aandacht voor degenen die te maken hebben met de uitdagingen van de ziekte van Kahler en Waldenström.

Terwijl de bladeren ontluiken en de bloesems zich langzaam openen, herinneren we ons eraan dat zelfs in de donkerste momenten van het leven er altijd ruimte is voor groei en transformatie.

De lente symboliseert een nieuw begin, een kans om te gedijen ondanks de moeilijkheden die we onderweg tegenkomen. Het is een tijd van hoop, waarin we ons laten inspireren door de veerkracht van de natuur om ons heen.

Voor degenen onder ons die te maken hebben met Multipel Myeloom en de ziekte van Waldenström, kunnen de dagen soms voelen als een eindeloze winter, gevuld met koude en onzekerheid. Maar zelfs te midden van deze uitdagingen, kunnen we een bron van warmte vinden in de steun die onze dierbaren ons geven en in de vastberadenheid van onze geneesheren maar ook deze van onze eigen geesten. We worden herinnerd aan onze eigen kracht, die ons in staat stelt om niet alle maar toch vele hindernissen te overwinnen en van elke tegenslag het beste te maken.

In dit seizoen van vernieuwing leggen we ook de nadruk op het belang van samenhangigheid en gemeenschap. Of het nu gaat om het delen van verhalen, het bieden van steun of het vinden van troost in de aanwezigheid van anderen, laten we deze lente een tijd maken om verbinding te maken en elkaar te versterken. Samen kunnen we de lasten verlichten en de vreugden vermenigvuldigen. Zo vinden we kracht en inspiratie in elkaars gezelschap.

Laten we niet vergeten om te genieten van de eenvoudige geneugten van het leven die de lente met zich meebrengt. Van de vrolijke melodieën van zingende vogels tot de zoete geur van bloeiende bloemen, laten we ons omringen door de schoonheid van de natuur en de vreugde van het moment. Dit is allemaal gratis. Laten we dansen in de warme lentebries en de wereld om ons heen met nieuwe ogen bekijken, vol verwondering en dankbaarheid. Ook heel af en toe van een lentefris wijntje genieten moet kunnen.

Neurie ook wat meer. Neuriën geeft je minder stress, een blijer gevoel, het is een boost voor je immuunsysteem en het geeft je een kalmer gevoel. Bijkomend voordeel: het is makkelijk in te passen tijdens vele van je dagelijkse activiteiten: schrijven, wandelen, fietsen, opruimen, douchen, lezen, e-mailen.....bovendien het is gratis.

Dus laten we, terwijl we deze lente ingaan met een blij gemoed onze harten vullen met hoop, onze geesten versterken met moed en onze banden versterken met liefde en steun. Zoals de lente ons keer op keer laat zien, is er altijd een nieuw begin, altijd een reden om te geloven in de kracht van het leven.

Met warme groeten wensen wij u een prachtige lente.

De redactie

ACTIVITEITENKALENDER



JAARLIJKS SYMPOSIUM
5 oktober 2024 te Antwerpen

Regio Oost-en West-Vlaanderen

Lotgenotencontact

Vrijdag 24 mei 2024 – te Blankenberge “Belle Epoque Centrum”

Vrijdag 6 september 2024 – te Kemzeke “Verbeke Foundation”

Donderdag 14 november 2024 – te Emelgem “Brouwerij Kasteel Honsebrouck”
(zie verder naar Nieuws uit de Regio's)

Regio Vlaams-Brabant

Datum nog te bepalen – geleid bezoek aan het “Wijndomein Vandeurzen”

Regio Limburg

Programma Wildgroeï vzw 2024



Maandag 15 april 2024

Levensverhaal van Dhr. Luc Koenen en gastsprekerster Ann van Gastel

Donderdag 18 april 2024

Een avond met Dr. Prof. Wim Distelmans op Campus Salvator in Hasselt

Zaterdag 20 april 2024

Webinar T-Celllymfomen (organisatie door LVV)

Maandag 17 juni 2024

Jaarlijkse uitstap (datum kan nog veranderen)

Maandag 16 september 2024

Compatibiliteit van geneesmiddelen (ZOPP op de Corda-campus)

Zaterdag 21 september 2024

Symposium Lymfeklierkanker LVV – in AZ Delta te Roeselare

Maandag 18 november 2024

Jaarlijks etentje

INHOUDSTABEL

REDACTIONEEL	1
Voorwoord	1
Activiteitenkalender	2
Inhoudstabel	3
Gezocht: medewerkers	5
PATIENT EMPOWERMENT	6
Het Multidisciplinair overleg als activator van patiëntenbetrokkenheid	6
Afscheid nemen van je therapeut doe je zo	8
MEDISCH NIEUWS	10
Betere vooruitzichten voor de moeilijker te behandelen mm patiënten	10
Risico op herval na Car-T behandeling bij Multipel Myeloom	12
Deze frontlijntherapie is beter bij multipel myeloom dat niet in aanmerking komt voor transplantatie	14
Geen voordeel bij reddingstransplantatie bij R/R multipel Myeloom	15
Collectar biosciences kondigt positieve topline gegevens aan die het primaire eindpunt bereiken in een cruciale klinische studie van iopofosine I 131 bij Waldenström's macroglobulinemie	18
Als één tumor de andere kon genezen	21
VOOR U GELEZEN	23
Heeft boeken lezen invloed op je leven?	23
VOOR U GEVOLGD	25
Goed nieuws inverband met car-t-cel-therapie	25
Kunst	32

HET VERHAAL VAN EEN LOTGENOOT	27
Mon Knevels heeft de ziekte van Kahler	27
KOM OP TEGEN KANKER	33
Recordaantal van 850 teams lopen de 100km-run voor Kom op tegen Kanker	33
AMYLOIDOSE	35
Nieuws over Amybel	35
KAHLO & WALDO	36
STICHTING TEGEN KANKER	37
Stichting tegen Kanker bestaat dit jaar 100 jaar en lanceerde daarom een nieuwe campagne	37
NIEUWS UIT DE REGIO	39
Jaarlijks symposium	39
Regio Oost- en West-Vlaanderen	39
Verslag van het lotgenotencontact “Kasteel van Ooidonk”	39
Volgende activiteiten voor West en Oost-Vlaanderen	
Regio Vlaams-Brabant	43
Verslag van lotgenotencontact Vlaams-Brabant 24 januari 2024	43
ONS KOOKHOEKJE	45
Geroosterde witte asperges met tomatensalade	45
NOTA VAN DE LEDENADMINISTRATIE	46
Adressenbeheer	46
Giften	46
CONTACTADRESSEN CMP-VLAANDEREN VZW	49

GEZOCHT: MEDEWERKERS



U kent ze allemaal, de vrijwilligers van CMP-Vlaanderen.

Wim, Chris, Jeannot, Raoul, Etienne, Nicky, Christian, Guy Mia, Sonja, Roger, Jan, Marijke, Anne en Willy. Hun contactgegevens staan achteraan in elke Nieuwsflash. Op een paar uitzonderingen na zijn al deze vrijwilligers lotgenoten zoals u. Patiënten met goede en slechte dagen, behandelingen in het verschiet, of aan de gang of net voorbij. En een tijdelijke onderbreking van hun activiteiten is dan ook niet onbestaanbaar.

Om de continuïteit van onze bloeiende

Patiëntenvereniging in stand te houden doen wij graag maar met aandrang beroep op uw medewerking.

Neem contact met één van de bestuursleden (zie achteraan in de Nieuwsflash) of via info@cmpvlaanderen.be.

Samen kunnen we dan overleggen welke taak u kunt opnemen.

Enkele uren per week vrijmaken volstaat om CMP daadwerkelijk te steunen.

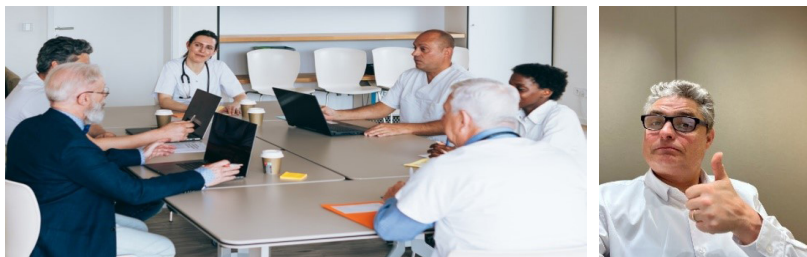


Alvast heel veel dank voor uw positieve reactie.

Wij informeren graag belangstellenden, sympathisanten, vrienden, over onze activiteiten. Geef uw adres op per mail, per telefoon, per post aan **Jan Walschap**. U krijgt ons kwartaalschrift CMPNieuwsflash en alle uitnodigingen gratis toegestuurd.

PATIENT EMPOWERMENT

Het Multidisciplinair overleg als activator van patiëntenbetrokkenheid



door Edgard Eeckman, nov 13, 2023 |

Frank Notte is ervaringsdeskundige als grossier in auto-immuunziekten. In 2011 kreeg hij de diagnose Diabetes Type 1 en in 2018 de diagnose Rheumatoïde Arthritis. Hij is patiëntenexpert in opleiding bij de Diabetes Liga en wil lotgenoten meehelpen en ondersteunen om goed te kunnen omgaan met hun uitdagingen.

Hoe kan multidisciplinariteit en overleg tussen arts-specialisten de zorg aan patiënten met complexe aandoeningen verbeteren? Belangrijk, want in het belang van de patiënt.

Patiënten met meerdere chronische aandoeningen, zoals bijvoorbeeld reumatoïde artritis en diabetes type 1, hebben vaak te maken met een versnipperd en inefficiënt zorgsysteem. Ze moeten verschillende arts-specialisten raadplegen, die niet altijd goed met elkaar communiceren of samenwerken. Dit kan leiden tot dubbele onderzoeken, tegenstrijdige adviezen, onnodige complicaties en een verminderde levenskwaliteit.

Een mogelijke oplossing voor dit probleem is het bevorderen van multidisciplinariteit en overleg tussen de arts-specialisten. Dit betekent dat artsen-specialisten van verschillende disciplines regelmatig samenkomen om de diagnose, behandeling en opvolging van patiënten met complexe aandoeningen te bespreken en af te stemmen. Zo kunnen ze hun expertise delen, de werkdruk verdelen en het zorgtraject optimaliseren. Multidisciplinariteit en overleg tussen arts-specialisten heeft verschillende voordelen voor de patiënt.

Drie goede redenen

Voor mij zijn er drie goede redenen voor dat multidisciplinair overleg. Ten eerste kan het de kwaliteit en de veiligheid van de zorg verbeteren, doordat er minder

fouten, misverstanden en vertragingen optreden. Ten tweede kan het de tevredenheid en de betrokkenheid van de patiënt verhogen, doordat hij of zij een beter overzicht krijgt van zijn of haar situatie en meer inspraak heeft in de besluitvorming. Ten derde kan het de kosten en de lasten van de zorg verminderen, doordat er minder onnodige of dubbele onderzoeken, behandelingen of ziekenhuisopnames nodig zijn.

Twee goede voorbeelden

Een eerste voorbeeld van multidisciplinariteit en overleg tussen arts-specialisten is het multidisciplinair oncologisch consult, dat in veel ziekenhuizen wordt toegepast voor patiënten met kanker. Dit is een overleg tussen artsen, verpleegkundigen, psychologen en andere zorgverleners van verschillende disciplines over de beste behandeling voor elke patiënt. Uit onderzoek [1] blijkt dat dit de overlevingskansen, de levenskwaliteit en de tevredenheid verbetert van patiënten met kanker.

Een tweede voorbeeld is de samenwerking tussen reumatologen en endocrinologen voor patiënten met reumatoïde artritis en diabetes type 1. Deze twee aandoeningen hebben een gemeenschappelijke genetische basis en kunnen elkaar beïnvloeden. Door regelmatig overleg en afstemming kunnen reumatologen en endocrinologen de ontstekingsactiviteit, de bloedsuikerspiegel en de medicatie van deze patiënten beter opvolgen en aanpassen.

“Voorwaarden zijn goede organisatie, communicatie en coördinatie”

Multidisciplinariteit en overleg tussen artsen-specialisten is dus een belangrijke strategie om de zorg voor patiënten met complexe aandoeningen te verbeteren. Het vereist echter ook een goede organisatie, communicatie en coördinatie tussen de betrokken zorgverleners. Bovendien moet de patiënt centraal staan in het zorgproces en voldoende geïnformeerd en ondersteund worden. Alleen zo kan multidisciplinariteit en overleg tussen artsen-specialisten leiden tot een betere gezondheid en een beter welzijn voor patiënten met complexe aandoeningen.

Vijf tips voor zorgvragers

Als patiënt kun je op verschillende manieren bijdragen aan multidisciplinair overleg. Hier zijn enkele tips voor zorgvragers:

- Wees actief betrokken bij je eigen zorg en ondersteuning. Maak je wensen, behoeften, doelen en verwachtingen duidelijk aan de zorgverleners. Stel vragen als je iets niet begrijpt of als je meer informatie wilt.
- Geef toestemming voor het organiseren van een multidisciplinair overleg. Dit betekent dat je akkoord gaat met het doel, de deelnemers en de inhoud van het overleg.

Je kunt ook aangeven of je zelf aanwezig wilt of kunt zijn, of dat je een vertegenwoordiger of een

vertrouwenspersoon wilt meenemen.

- Bereid je voor op het overleg. Denk na over wat je wilt bespreken, wat je belangrijk vindt en wat je verwacht van de zorgverleners. Schrijf eventueel je vragen of opmerkingen vooraf op.
- Neem deel aan het overleg. Luister naar wat de zorgverleners te zeggen hebben, maar laat ook je eigen stem horen. Geef je mening, stel vragen, geef feedback en doe suggesties. Wees eerlijk en respectvol. Probeer samen met de zorgverleners tot een gezamenlijk zorgplan te komen, waar je je goed bij voelt.
- Volg het zorgplan op. Na het overleg krijg je een verslag met de gemaakte afspraken.

Lees dit goed na en bewaar het. Volg de instructies en adviezen van de zorgverleners op.

Houd contact met de zorgverleners en laat hen weten hoe het met je gaat. Meld eventuele veranderingen, problemen of zorgen. Vraag om een nieuw overleg als je dat nodig vindt.

Door deze tips te volgen, kun je als patiënt een waardevolle bijdrage leveren aan multidisciplinair overleg. Zo kun je de kwaliteit en de continuïteit van je zorg en ondersteuning verbeteren.

Referentie

[i] Belgische Kankerbarometer: *Deze referentiestudie, uitgevoerd in samenwerking met Sciensano, Stichting Kankerregister en het College voor Oncologie, biedt een globaal overzicht van de kankersituatie in België. Het benadrukt **het belang van een holistische benadering van kanker, waarbij wetenschappelijk onderzoek, zorg en aandacht voor de patiënt hand in hand gaan.***

Bron : Patient empowerment

Afscheid nemen van je therapeut doe je zo

Patiënten kunnen het vertrek van hun therapeut ervaren als een afwijzing. Maar ook bij de behandelaar kunnen gevoelens van onrust, verdriet en boosheid opduiken. Hoe ga je daarmee om?

“Wat heb je toch al veel bereikt het afgelopen jaar”, benoem ik trots in mijn gesprek met Fatima*. We kijken samen terug naar het verloop van haar behandeling en staan stil bij de doelen die behaald zijn. Het is gelukt om meerdere medicijnen af te bouwen, maar Fatima is ook assertiever geworden dankzij haar inzet tijdens verschillende psychotherapieën en ze weet beter wat ze wil. Trots kijkt ze me aan en vraagt me hoe het nu verder gaat.

Fatima heeft een bipolaire stoornis en gebruikt lithium, een stemmingsstabilisator. Dat werkt goed en gelukkig heeft ze weinig bijwerkingen, al moet ze wel elk half jaar via een bloedtest laten checken of haar nieren en schildklier het nog goed doen. Beide organen kunnen in de loop van de jaren minder goed gaan werken bij

het gebruik van lithium, en vaak voel je daar niets van. Ik geef aan dat een collega bij haar in de buurt haar verder kan opvolgen. Dat scheelt reistijd. Daarnaast kan de intensiteit van de contacten met een behandelaar omlaag, omdat Fatima veel zelfredzamer is geworden.

Ze gaat akkoord en we spreken af dat ik haar bij mijn collega aanmeld. Over een week kan ze er al terecht. Enkele weken later zie ik Fatima voor een afscheidsgesprek. Ze barst in huilen uit. Het intakegesprek bij de nieuwe behandelaar is tegengevallen en ze heeft spijt van de overdracht. Ik realiseer me dat de overgang te snel is gegaan. Ook voor mij.

Een behandeling beëindigen kan verschillende redenen hebben. Soms beslissen behandelaar en patiënt samen om een behandeling te beëindigen, als dat bijvoorbeeld bij aanvang zo is afgesproken. Maar het kan ook eenzijdig zijn, bijvoorbeeld doordat een patiënt verhuist of door ziekte, deeltijds werken of zelfs het overlijden van de behandelaar.

De behandelaar moet samen met de patiënt door het rouwproces van het afscheid nemen heen

Ongeacht de reden voor het vertrek van de behandelaar kan de patiënt dat ervaren als een afwijzing: de therapeut wil niet verder met hem of haar. Het vertrek roept vaak gevoelens van angst en verdriet op, mogelijk door negatieve associaties met afscheid nemen in het verleden. Daarnaast kunnen ook gevoelens van woede, kwetsbaarheid en verlating een rol spelen. Die gevoelens kunnen in de eindfase van de behandeling benoemd en ervaren worden tijdens de therapie sessies; als behandelaar kun je merken dat het ineens veel slechter gaat met patiënt.

Maar ook bij de behandelaar kunnen gevoelens van onrust, verdriet en boosheid opduiken. Het afscheid kan aanvoelen alsof je je patiënt in de steek laat en schuldgevoelens kunnen de kop opsteken. Je vraagt je na afloop soms af hoe het nu met je voormalige patiënt zou gaan.

Een behandelrelatie heeft net als andere relaties betekenis voor zowel patiënt als therapeut. Een vertrek voorbereiden is daarom van essentieel belang voor beiden en moet niet onderschat worden. Het afronden van de behandeling moet tijdig worden aangekaart, er moet een einddatum worden vastgesteld en de behandelaar moet samen met de patiënt door het rouwproces van het afscheid nemen heen om tot een goede overdracht naar een eventuele volgende collega te komen.

Tijdens het afscheidsgesprek met Fatima bespreken we hoe we het voor haar makkelijker kunnen maken om de nieuwe behandelaar een kans te geven. We zullen een volgende keer met z'n drieën afspreken en dan samen afstemmen wat voor Fatima belangrijk is. Snikkend neemt ze afscheid en bedankt me voor de hulp die ik haar heb geboden. Diep in mijn hart hoop ik dat ze datzelfde vertrouwen kan opbouwen met mijn collega.

**Fatima is niet de echte naam van de patiënt.*

Bron : EOS - Wetenschap

MEDISCH NIEUWS

Betere vooruitzichten voor de moeilijker te behandelen MM patiënten.

Prof. Lucien Noems

Refractaire of Relaps MM patiënten: veel hoopgevende al dan niet reeds vergevorderde studieresultaten leggen het grondwerk voor de opbouw van de therapeutische strategieën voor de nabije toekomst. Ook hier worden de vooruitzichten, zelfs voor de moeilijker te behandelen MM patiënten steeds beter.



© iStock

Een korte opsomming van een serie geactualiseerde studieresultaten

DREAMM-3: Phase 3 open-label gerandomiseerde studie naar de efficiëntie en de veiligheid van Belantamab mafodotin (Belamaf) vs. pomalidomide met dexamethasone.

Belamaf monotherapie gaf geen PFS verbetering. Evenwel was de mediane PFS duur langer, met diepere en meer duurzame responsen dan met Pd. Er traden geen nieuwe toxiciteiten op. Belamaf wordt verder bestudeerd in combinatiebehandelingen! REDIRECTT-1: Eerste resultaten met de combinatie van 2 Bispecifieke Antistoffen, Teclistimab (TEC) met Talquetamab (TAL) simultaan gericht tegen de BCMA en GPR-C5D myeloma doelwitantigenen.

TEC+TAL vertonen als combinatie geen ander of hoger toxiciteitsprofiel dan elk apart. De ORR bedroeg 92% en deze was toch nog 83% bij de hoogrisico groep met extramedullaire ziekte!

MONUMENTAL-1: Phase 2 studieresultaten met het Bis Talquetamab in patiënten die al dan niet reeds een T-celimmunotherapie ondergingen.

De ORR was >70% in deze hoogrisico populatie met tevens een hoge respons bij hen die reeds een T-celtherapie ondergingen. Het veiligheidsprofiel was acceptabel, met weinig risico-infecties en nood aan Tal onderbrekingen.

TRIMM-2: Een studie-update over de combinatie van het Bis TAL met Daratumumab.

Deze steroid-sparende immunocombinatie geeft diepe en langdurige responsen met een bemoedigende mediane PFS van 19 maand bij sterk voorbehandelde patiënten o.a. refractair aan anti-CD38/BCMA en T-cel therapie! Met deze langere opvolging werden geen bijkomende toxiciteitsproblemen vastgesteld.

CARTITUDE-1: Finale resultaten van de phase 1B/2 studie met Ciltacabtagene autoleucel.

Na eenmalig infuus van cilta-cel werd een langere mediane PFS bekomen dan met gelijk welke andere rescue therapie! De mediane PFS werd niet bereikt en de mediane OS evenmin, na een opvolging van 27 maand! De ORR was 98%, met 83% stringent respons en een PFS van 55% en OS 70%! Een verlengde PFS is gerelateerd aan het bereiken van een CR en/of MRD-negatieve status.

MAJESTEC-2: TEC met Nirogacestat in een phase 1B studie.

TEC is het eerste erkende BCMA-gerichte BiS en Niro is een gamma-secretase inhibitor die de werking van anti-BCMA behandelingen potentieert. Deze combinatie valt onder een multicohort open-label onderzoek. De ORR bedroeg 57-92% over de meerdere doseringen. Het bijwerkingsprofiel werd vastgelegd met o.a. neutropenie en CRS, naast uitstel bij 86% van de 28 patiënten.

KARMMA-3: Analyse in hoogrisico groepen van Idecabtagene vicleucel (Ide-Cel) vs. standaard aanpak bij reeds 3-voudige klasse refractaire (TCR) behandelde patiënten.

Deze studie werd recent gepubliceerd: NEJM 2023. Nu worden de data besproken bij deze bepaalde doelgroep: over de veiligheid en efficiëntie van Ide-Cel. De ORR waren telkens beter vergeleken met de 'standaard' behandelingen, evenals de CRR, en in alle groepen inclusief de hoogrisico-klasse volgens cytogenetica (32% vs 5%); Stadium III (16% vs 7%); hoog tumorlast (31% vs 9%) en dus ook de TCR (33% vs 1%). Vermist meer en meer patiënten blootgesteld werden aan 3-voudige klasse behandelingen, lijkt Ide-Cel aangewezen voor de moeilijkst te behandelen individuen.

MAGNETISMM-3: Elranatamab, een BCMA-CD3 BiS antistof bekeken met een lange opvolging en met resultaten na 2-wekelijkse SC toediening.

BCMA-gerichte therapie naive patiënten werden meer dan 1 jaar opgevolgd, ook deze die omschakelden van de wekelijkse naar de 2-wekelijkse toediening. De globale ORR was 61%, met MRD-negativering bij 92%. De mediane DOR werd niet bereikt, evenmin de ze van PFS en OS na meer dan 12 maand. De tolerantie werd als 'goed' beschreven. Elranatamab wordt verder ontwikkeld zowel als monotherapie als in combinaties!

LINKER-MM1 studie: Linvoseltamab, een BCMA-CD3 BiS met bemoedigende activiteit en contoleerbare toxiciteit.

In de 2 volle dosis cohortes (50 en 200 mg) bleek dat de 200 mg efficiënter was, ook bij de hoogrisico patiënten uit deze phase 2 studie. Na progressie onder 50 mg kon de hogere dosis nog responsen uitlokken. De ORR was 52% vs 37% met 50 mg. Geen van beide groepen bereikte evenwel de mediane DOR grens. OR behoud op 6

maand was 89 vs 85%. Het CRS was de meest voorkomende bijwerking, maar graad 3 of hoger slechts in 4%, in beide cohortes.

Highlight: De eerste resultaten van de fase 3 CARTITUDE-4 studie

Cilta-cel vs standaardtherapie met PVD of DPD in lenalidomide-refractaire MM patiënten:

Het betreft een wereldwijde fase 3 gerandomiseerde en gecontroleerde studie van ciltacabtagene autoleucel (cilta-cel), een dubbelbindende B-cel maturatie antigen (BCMA) gerichte chimerische antigen receptor (CAR-) T cel therapie, versus standaard behandeling (SOC) met Pvd of Dpd bij Len-refractaire patiënten. Dit rapport meldt de efficiëntie en de veiligheid bij patiënten met 1 tot 3 voorafgaande behandelingsfasen, waaronder uiteraard lenalidomide.

419 werden gerandomiseerd met goed gebalanceerde karakteristieken tussen beide groepen. Het studie eindpunt werd bereikt: cilta-cel reduceerde het risico op progressie/overlijden met 74%: een HR van 0,26! De studiegroep had een significant betere ORR, hoge CR en MRD-negativiteit, met een duidelijke trend naar betere (HR 0,78) OS. De voordelen traden bij alle risico-groepen op. Graad 3 of 4 bijwerkingen traden in beide groepen (cilta-cel;SOC) evenveel op.

Deze highlight onderschrijft het potentieel van cilta-cel als voorkeursbehandeling voor MM patiënten na hun eerste herval!

Bron : EHA

Risico op herval na car-t behandeling bij Multipel Myeloom

De redactie volgt al enkele jaren de ontwikkelingen rond CAR-T-celtherapie. Een recent artikel (1 maart 2024) met als titel “New Tool Gauges Post-CAR T Relapse Risk in Multiple Myeloma” belandde op de redactietafel. Het is van de hand van Nancy A. Melville en werd op 15 februari gepubliceerd in de *Journal of Clinical Oncology*. Het artikel verscheen origineel op [MDedge.com](https://www.mdedge.com), part of the Medscape Professional Network.

We hebben de belangrijkste boodschap eruit gedestilleerd en wat toegelicht voor onze lezers, want het artikel is bestemd voor zorgverleners. Wie geïnteresseerd is in het volledige artikel (in het Engels) inclusief nabeschoouwingen kan dat opvragen bij de redactie.

Volgens de auteur zou het de eerste grote (multicentra-) studie zijn die het risico op herval na CAR-T-celtherapie van patiënten met RRMM (refractory/relapsed MM) in

kaart brengt. Voor de duidelijkheid: het gaat alleen over behandelingen met een anti-B-cell maturation antigen (BCMA) chimeric antigen receptor T (CAR-T) therapie.

CAR-T-celtherapie is immers nog geen genezende therapie daar 50 % van de behandelde patiënten hervallen binnen het eerste jaar na de behandeling. Dit gegeven noopt tot een beter begrip van de risicofactoren voor herval en creëert de nood aan een hulpmiddel om patiënten meer succesvol te kunnen selecteren.

Enkele belangrijke risicofactoren konden geïdentificeerd worden bij vroegtijdig herval, binnen de eerste vijf maanden. We overlopen ze in volgorde dat ze opgesomd worden in het artikel, met hun engelstalige benaming.

“Extramedullary disease”

De medulla is de medische (latijnse) naam voor de binnenste holle ruimte (de schacht) in beenderen, daar waar het beenmerg zich bevindt. De ziekte MM wordt als extra-medullair bestempeld wanneer er myeloomcellen uit die holle ruimte zijn uitgezwermd naar zachte weefsels in het lichaam, zoals lever, nieren, lymfeknopen, centraal zenuwstelsel, borst, longvliezen en hartzakje...

“Plasma cell leukemia” is een zeldzame en agressieve vorm van multipel myeloom die verschilt van het “gewone” MM door het feit dat de plasmacellen zich verspreiden via de bloedsomloop.

“Being refractory to lenalidomide”, weinig of niet reageren op lenalidomide.

“Having high-risk cytogenetics”: abnormaliteiten in de chromosomen die vaak een ongunstige prognose van het ziekteverloop voorspellen

“Having increased age- and sex-adjusted ferritin at the time of lymphodepletion.”

Ferritin is een eiwit binnen de cellen dat een rol speelt bij de ijzer-huishouding. “Lymphodepletion” is de procedure die kankerpatiënten dienen te doorlopen ter voorbereiding van de toediening van de gemodificeerde T-cellen. Een verhoogd ferritin-gehalte tijdens die procedure is dus een ongunstige factor die mede kan leiden tot snel herval.

Deze frontlijntherapie is beter bij Multipel Myeloom dat niet in aanmerking komt voor transplantatie: Studie

Neil Osterweil – Bekendmaking: 14 december 2023

SAN DIEGO — Twee eerstelijnstherapiecombinaties voor patiënten met **multipel myeloom** die niet in aanmerking komen voor hematopoëtische stamceltransplantatie worden vermeld als ‘voorkeur’ ; regimes, volgens de richtlijnen van het National Comprehensive Cancer Network.

Een nieuwe analyse van de patiëntresultaten in de praktijk suggereert echter dat één regime aanzienlijk beter kan zijn.

Uit het onderzoek bleek dat eerstelijns drievoudige therapie met **daratumumab** plus **lenalidomide** en **dexamethason** leidden tot een aanzienlijk langere tijd tot de volgende behandeling vergeleken met de drievoudige combinatie die **omvat bortezomib** in plaats van daratumumab.

Bij gebrek aan rechtstreekse gerandomiseerde, gecontroleerde klinische onderzoeken kan deze studie artsen helpen beter geïnformeerde beslissingen te nemen bij het kiezen van therapieën voor patiënten met nieuw gediagnosticeerd multipel myeloom dat niet in aanmerking komt voor een transplantaat, aldus onderzoeker Doris K. Hansen, MD, van het Moffitt Cancer Center & Research Institute in Tampa, Florida, die de bevindingen uit **de analyse** presenteerde op de jaarlijkse bijeenkomst van de American Society of Hematology (ASH).

Ondanks het gebrek aan gerandomiseerde onderzoeken in deze setting, hebben verschillende indirecte vergelijkingen gesuggereerd dat het daratumumab-regime een voordeel in de werkzaamheid heeft.

Bijvoorbeeld een indirecte vergelijking van patiënten die het daratumumab-regime kregen in de **MAIA-studie** met degenen die het bortezomib-regime kregen in de **PEGASUS-onderzoeken** bracht een 40% lager risico op ziekteprogressie of overlijden aan het licht bij patiënten die werden behandeld met daratumumab. Onderzoekers constateerden ook een voordeel voor het daratumumab-regime – een 32% lager risico op ziekteprogressie of overlijden – bij het vergelijken van de patiëntresultaten in de MAIA- en **Het SWOG S0777-onderzoek**

Om de werkzaamheid van de twee regimes directer te vergelijken, hebben Hansen en collega's gegevens uit Acentrus, een geanonimiseerde academische database met elektronische medische dossiers, gecombineerd om patiënten te vinden die tussen januari 2018 en mei 2023 een eerstelijnsbehandelingsregime voor multipel myeloom begonnen. gebruikte verschillende methoden om basiskenmerken tussen cohorten in evenwicht te brengen.

Na het maken van deze aanpassingen omvatte het onderzoek gegevens van 302

patiënten die eerstelijns therapie kregen met het daratumumab-regime en 341 die het bortezomib-regime kregen. Patiënten die vóór of tijdens de therapie een hematopoëtische stamceltransplantatie ondergingen, werden uitgesloten, evenals degenen die eerder primaire solide tumoren, hematologische maligniteiten of **amyloïdose** hadden.

Tijdens een mediane follow-up van 20,2 maanden voor patiënten die daratumumab gebruikten, schakelden 98 (32%) over op een nieuwe therapie of stierven. Tijdens een mediane follow-up van 21,5 maanden van degenen die bortezomib gebruikten, veranderden 175 (51%) van behandeling of stierven.

De mediane tijd tot overlijden was 37,8 maanden in de daratumumabgroep versus 18,7 maanden in de bortezomibgroep. Over het geheel genomen hadden patiënten die het daratumumab-regime kregen een 42% lager risico op overlijden of tijd tot de volgende behandeling (aangepaste risicoratio [HR], 0,58; $P < .001$).

Hansen erkende verschillende beperkingen van het onderzoek, waaronder dat de gebruikte gegevens afkomstig waren uit gegevens van de zorgverleners en dat er mogelijk patiënten ontbraken die een arts buiten het netwerk bezochten. De database bevat ook geen informatie over de ECOG-prestatiestatus, de kwetsbaarheid van de patiënt of cytogenetische risicoprofielen, die mogelijk de uitkomsten hebben beïnvloed.

De uitkomstmaat combineerde de tijd tot de volgende behandeling en de tijd tot overlijden; Hansen merkte echter op dat de tijd tot de volgende behandeling geen direct surrogaat is voor progressievrije overleving.

Over het geheel genomen ondersteunen de bevindingen uit dit praktijkonderzoek het gebruik van daratumumab plus lenalidomide en dexamethason in plaats van bortezomib plus lenalidomide en dexamethason in deze populatie van patiënten die niet in aanmerking komen voor een transplantatie en met nieuw gediagnosticeerd multipel myeloom, concludeerde Hansen.

Het onderzoek werd ondersteund door Janssen. Hansen rapporteerde advies voor Janssen en anderen, ontving honoraria van OnLive en Survivorship en andere onthullingen.

Neil Osterweil, een bekroonde medisch journalist, levert al lang en regelmatig bijdragen aan Medscape.

Geen voordeel bij reddingstransplantatie bij R/R Multipel Myeloom

sharon Worcester, MA

BEKENDMAKING | 13 december 2023

SAN DIEGO – Langetermijnfollow-up van de enige gerandomiseerde gecon-

troleerde studie waarin autologe stamceltransplantatie wordt vergeleken met een standaardbehandeling met twee geneesmiddelen bij patiënten met recidiverende of refractaire **meerdere myeloom** vond geen voordeel voor reddingstransplantatie.

Patiënten die een tweede autologe stamceltransplantatie ondergaan naast **lenalidomide-dexamethason** onderhoudstherapie toonden geen verbeterde progressievrije overleving (PFS) of algehele overleving aan in vergelijking met patiënten die het regime van twee geneesmiddelen voortzetten zonder hersteltransplantatie, blijkt uit onderzoek gepresenteerd op de jaarlijkse bijeenkomst van de American Society of Hematology (ASH). vergadering. De primaire fase 3-analyse, **gepubliceerd in 2021**, liet geen overlevingsvoordeel zien na een reddingstransplantatie op het moment van de terugval, hoewel dit alleen volgde patiënten gedurende gemiddeld 37 maanden.

Omdat echter een aanzienlijk deel van de patiënten in de transplantatiearm – ongeveer 29% – de geplande reddingstransplantatie niet onderging voordat ze de studie verlieten, voerden de onderzoekers verdere analyses uit die “een overlevingsvoordeel suggereerden bij patiënten die daadwerkelijk de transplantatie kregen.” ,” eerste auteur Marc-Andrea Baertsch, MD, van het Duitse Kankeronderzoekscentrum en Universitair Ziekenhuis Heidelberg, gerapporteerd op ASH.

De laatste analyse, waarbij patiënten gemiddeld 99 maanden (8,25 jaar) werden gevolgd, bevestigde de initiële bevindingen uit 2021, zegt Baertsch uitgelegd.

“Het teken aan de wand is duidelijk: herhaal een transplantatie niet op het moment van een terugval, voor degenen die al een transplantatie hebben gekregen,” aldus Manni Mohyuddin, MD, van de Universiteit van Utah in Salt Lake City, die niet bij het onderzoek betrokken was. Mohyuddin voegde er echter aan toe dat deze bevinding niet van toepassing is op degenen die nog geen transplantatie hebben ondergaan. “Gegevens uit andere onderzoeken suggereren dat transplantatie in deze situatie een rol kan spelen, afhankelijk van de unieke omstandigheden.”

Aan het huidige onderzoek namen 282 volwassen patiënten deel, van 75 jaar of jonger, met recidiverend of refractair multipel myeloom. Tussen 2010 en 2016 werden patiënten in de ‘intention-to-treat’-analyse (n = 277) gerandomiseerd voor herinductie en onderhoud van lenalidomide-dexamethason, samen met het redden van een hoge dosis chemotherapie met **melfalan** en autologe stamceltransplantatie (n = 139) of gewoon continu lenalidomide-dexamethason tot progressie (n = 138).

Patiënten in beide armen kregen vooraf drie cycli lenalidomide-dexamethason: 25 mg lenalidomide op dag 1 tot en met 21, en 40 mg dexamethason op dag 1, 8, 15 en 22 in cycli van 4 weken. Degenen in de reddingstransplantatiearm kregen vervolgens een hoge dosis chemotherapie met 200 mg/m²² melfalan, gevolgd door een transplantatie en dagelijks 10 mg lenalidomide onderhoudstherapie. terwijl degenen in de controlearm doorgingen met het ontvangen van lenalidomide-dex-

amethason.

Alle patiënten hadden één tot drie eerdere therapielijnen ontvangen, hadden een goede prestatiestatus en hadden een tijd-tot-ziekteprogressie van ten minste 12 maanden na eerstelijns autologe stamceltransplantatie.

In het **primaire onderzoek uit 2021** vertoonden patiënten in de reddingstransplantatiegroep geen overlevingsvoordeel (hazard ratio [HR] voor PFS, 0,87; HR voor totale overleving 0,81).

In de laatste analyse kwam er geen overlevingsvoordeel naar voren na het volgen van patiënten gedurende een mediaan van ongeveer 8 jaar. Patiënten in de reddingstransplantatiearm hadden een mediane PFS van 20,5 maanden versus 19,3 maanden in de continue therapiearmen (HR, 0,98; 95% BI, 0,76 - 1,27; $P = .9$). De mediane totale overleving was 67,1 maanden in de reddingstransplantatiearm en 62,7 maanden in de continue behandelingsarm (HR, 0,89; 95% BI, 0,66 - 1,20; $P = .44$).

De tijd tot de eerste progressie na eerstelijns transplantatie was geassocieerd met een PFS-voordeel, maar voorspelde geen algemeen overlevingsvoordeel, merkte Baertsch op.

Bij het evalueren van de resultaten vanaf het moment van de reddingstransplantatie om rekening te houden met het hoge aantal uitval, bleven de bevindingen over de PFS en de algehele overleving behouden. Patiënten die een reddingstransplantatie ontvingen, ondervonden geen significant verbeterde PFS (HR, 0,91) of algehele overleving (76,3 maanden in de reddingsgroep versus 65,9 maanden in de continue behandelarm; HR, 0,80).

Het gebrek aan PFS en het algehele overlevingsvoordeel deden zich voor bij alle myeloomsubgroepen, zei Baertsch.

Over het geheel genomen geven de resultaten aan dat “ een herhalingstransplantatie op het moment van een terugval voor patiënten die al eerder een transplantatie hadden ondergaan, was niet beter dan het voortzetten van een behandeling met twee geneesmiddelen, “ zei Mohyuddin.

Hij merkte echter op: “Er is veel veranderd voor de zorg voor myeloom”. sinds deze proef aanvankelijk werd uitgevoerd. ‘We hebben nu betere regimes beschikbaar die geen transplantatie met zich meebrengen. Als een herhaalde transplantatie een behandeling met twee medicijnen niet kan verslaan, kan het zeker niet tippen aan een behandeling met drie medicijnen of vier medicijnen.’

Baertsch maakte geen mededelingen.

Sharon Worcester, MA, is een bekroonde medisch journalist gevestigd in Birmingham, Alabama, en schrijft voor Medscape, MDedge en andere aangesloten sites.

Momenteel behandelt ze oncologie, maar ze heeft ook geschreven over een verscheidenheid aan andere medische specialismen en gezondheidszorgonderwerpen.

Ze is te bereiken op sworchester@mdedge.com of op Twitter: [@SW_MedReporter](https://twitter.com/SW_MedReporter).

Celltar Biosciences kondigt positieve topline gegevens aan die het primaire eindpunt bereiken in een cruciale klinische studie van iopofosine I 131 bij Waldenström's Macroglobulinemie

- Iopofosine getest in zwaar voorbehandelde refractaire populatie met meerdere klassen met een mediaan van vier eerdere therapieën en bereikt een totaal responspercentage van 75,6%; 61% groot responspercentage (95% BI, 44,5%, 75,8%); 100% ziektebestrijdingspercentage dat de statistische hinderenis van het protocol van 20% overschrijdt
- Mediane responsduur nog niet bereikt met een mediaan van 8 maanden follow-up
- Gegevens blijven rijpen, anticiperen op een toename van responspercentages en duur

FLORHAM PARK, N.J., 08 januari 2024 (GLOBE NEWSWIRE) -- Celectar Biosciences, Inc. (NASDAQ: CLRB), een klinisch biofarmaceutisch bedrijf in een laat stadium dat zich richt op de ontdekking, ontwikkeling en commercialisering van geneesmiddelen voor de behandeling van kanker, heeft vandaag gegevens bekendgemaakt van zijn CLOVER WaM-hoofdstudie, waarin iopofosine I 131 wordt geëvalueerd, een potentiële first-in-class, gerichte radiotherapie kandidaat voor de behandeling van recidiverende/refractaire Waldenström-macroglobulinemie (WM)-patiënten die bij ten minste twee eerdere therapielijnen, waaronder Bruton-tyrosinekinaseremmers (BTKi). CLOVER WaM is de grootste studie tot nu toe bij recidiverende of refractaire WM-patiënten na BTKi-therapie en vertegenwoordigt de meest refractaire populatie die ooit is getest in klinische onderzoeken op basis van een overzicht van gepubliceerde literatuur.

De CLOVER WaM-studie voldeed aan het primaire eindpunt met een significant responspercentage (MRR) van 61% (95% betrouwbaarheidsinterval [44,50%, 75,80%, tweezijdige p-waarde < 0,0001]). Het totale responspercentage (ORR) bij evalueerbare patiënten was 75,6% en 100% van de patiënten had de ziekte onder controle. De respons was duurzaam, de mediane duur van de respons werd niet bereikt en 76% van de patiënten bleef progressievrij bij een mediane follow-up van acht maanden. Deze resultaten overtreffen gegevens uit de echte wereld, die een MRR van 4-12% en een responsduur van ongeveer zes maanden of minder aantonen, ondanks continue behandeling in een patiëntenpopulatie die minder voorbehandeld is en minder ongevoelig is voor meerdere klassen geneesmiddelen. Met name iopofosine monotherapie bereikte een 8% stringente volledige remissie (sCR) in deze zeer refractaire WM-populatie.

“Er is een kritieke behoefte aan nieuwe therapieën met nieuwe werkingsmecha-

nismen om WM te behandelen. Er zijn geen goedgekeurde behandelingen voor patiënten na BTKi-therapie, waar momenteel het verwachte responspercentage op reddingsbehandelingen ongeveer 10% is, en de verwachte duur van de respons bij die patiënten is minder dan zes maanden,” zei Sikander Ailawadhi, MD, professor in de geneeskunde aan de Mayo Clinic, en hoofdonderzoeker in de CLOVER WaM-studie. “De resultaten van deze cruciale studie met slechts vier doses iopofosine monotherapie bij zwaar voorbehandelde patiënten zijn zeer overtuigend en tonen diepe en duurzame remissies aan. De combinatie van het veiligheidsprofiel en de diepe, duurzame respons met een groot deel van de patiënten die niet behandeld worden, is indrukwekkend.”

CLOVER WaM is een eenarmige registratiestudie met een beoogde inschrijving van 50 patiënten. De studie is volledig ingeschreven en er worden topline veiligheidsgegevens gerapporteerd over 45 patiënten die voldoen aan de criteria voor modified intent to treat (mITT) met een sluitingsdatum van 3 januari 2024. De evalueerbare populatie van de werkzaamheid van de topline (41) wordt gedefinieerd als patiënten die een totale toegediende dosis van meer dan 60 mCi hebben gekregen en die ten minste 60 dagen na de laatste dosis een follow-up hebben gehad. Van de mITT-patiënten was de mediane leeftijd 71 jaar, de mediane IgM-spiegel voorafgaand aan de behandeling met iopofosine was 2.185, 90% was refractair voor een BTKi- (18/36-50%) of anti-CD20-therapie (18/41 40%), met 26,7% multiclass-refractair, en 80% van de patiënten werd eerder behandeld met een BTKi-therapie. Newton Guerin, president en CEO van de International Waldenstrom’s Macroglobulinemia Foundation (IWMF), zei: “Deze inspirerende topline-gegevens vertegenwoordigen belangrijk en opwindend nieuws voor de hele WM-gemeenschap die vecht tegen deze uitdagende ziekte. WM-patiënten hebben nieuwe, klinisch zinvolle behandelingsmodaliteiten nodig en momenteel zijn er beperkte opties voor patiënten die eerder BTKi-therapie hebben gekregen. Het productprofiel van iopofosine is opmerkelijk vanwege het nieuwe werkingsmechanisme, de vaste behandelingskuur met vier doses die binnen 75 dagen is voltooid en de belofte van een verbeterde kwaliteit van leven voor patiënten, inclusief een verlengd behandelingsvrij interval.”

Iopofosine I 131 werd goed verdragen en het toxiciteitsprofiel was consistent met de eerder gerapporteerde veiligheidsgegevens van het bedrijf. Er waren geen aan de behandeling gerelateerde bijwerkingen (TRAE’s) die leidden tot stopzetting. De percentages TRAE’s van graad 3 of hoger die bij meer dan 10% van de patiënten werden waargenomen, omvatten trombocytopenie (55%), neutropenie (37%) en anemie (26%). Alle patiënten herstelden van cytopenieën zonder gerapporteerde aplastische sequalea. Belangrijk is dat er geen klinisch significante bloedingen waren en dat het aantal febrile neutropenie 2% was. Er waren geen behandelingsgerelateerde sterfgevallen in de studie.

“We zijn de patiënten en hun families, deelnemende onderzoekslocaties, hun per-

soneel en onze toegewijde medewerkers zeer dankbaar voor de succesvolle afronding van deze studie. Hun respectievelijke bijdragen kunnen een zinvolle nieuwe behandelingsoptie bieden voor patiënten waar momenteel geen goedgekeurde therapieën zijn”, aldus James Caruso, president en CEO van Collectar. “Het hoge grote responspercentage van iopofosine en het bereiken van het primaire eindpunt van de studie bij zeer refractaire, Waldenstrom-patiënten met macroglobulinemie vertonen het potentieel praktijkveranderende klinische profiel. Wij zijn van mening dat de momenteel indrukwekkende responspercentages en de duur van de reacties zullen blijven verbeteren naarmate de gegevens volwassener worden. We zijn van plan deze resultaten op te nemen in onze NDA-indiening en zullen een versnelde goedkeuring aanvragen op basis van onze WM Fast Track-aanwijzing.”

Over Collectar Biosciences, Inc.

Collectar Biosciences is een klinisch biofarmaceutisch bedrijf in een laat stadium dat zich richt op de ontdekking en ontwikkeling van geneesmiddelen voor de behandeling van kanker, onafhankelijk en door middel van samenwerking op het gebied van onderzoek en ontwikkeling. De kerndoelstelling van het bedrijf is om gebruik te maken van zijn eigen Phospholipid Drug Conjugate™ (PDC)-toedieningsplatform om de volgende generatie kankercelgerichte behandelingen te ontwikkelen, die een verbeterde werkzaamheid en betere veiligheid opleveren als gevolg van minder off-target effecten.

De productpijplijn van het bedrijf omvat de belangrijkste activa iopofosine I 131, een PDC met kleine moleculen die is ontworpen om gerichte afgifte van jodium-131 (radio-isotoop) te bieden, gepatenteerde preklinische PDC-chemotherapeutische programma's en meerdere partner-PDC-activa.

Ga voor meer informatie naar www.collectar.com en www.wmclinicaltrial.com of neem deel aan het gesprek door ons leuk te vinden en te volgen op de sociale mediakanalen van het bedrijf: **Twitter**, **LinkedIn** en **Facebook**

Over Waldenström's Macroglobulinemie

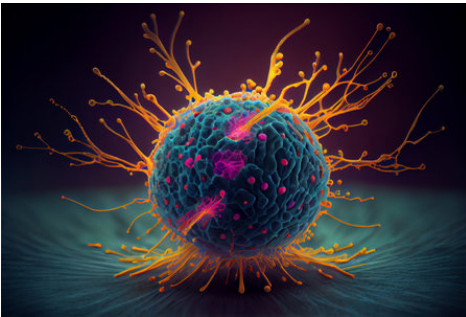
WM is een B-cel maligniteit die wordt gekenmerkt door beenmerginfiltratie van klonale lymfoplasmacytische cellen die een monoklonaal immunoglobuline M (IgM) produceren dat ongeneeslijk blijft met beschikbare behandelingen. De prevalentie in de VS is ongeveer 26.000 met jaarlijks 1.500-1.900 patiënten. Ongeveer 10.000 patiënten hebben behandeling nodig in de recidiverende of refractaire setting en er zijn naar schatting 4.300 patiënten die 3rd lijn of hogere therapie. Er zijn geen door de FDA goedgekeurde behandelingsopties voor patiënten die vooruitgang boeken met BTKi-therapie. BTKi-therapieën vertonen geen volledige responspercentages en vereisen continue behandeling. Ongeveer 50% van de 3e-lijnspatiënten die geen behandeling krijgen, zullen waarschijnlijk nieuwe behandelingsopties overwegen. Er is een gevestigde onvervulde behoefte aan nieu-

we door de FDA goedgekeurde behandelingen die een nieuw werkingsmechanisme, verhoogde diepe duurzame responsen en een in de tijd beperkte behandeling bieden, vooral bij zwaar voorbehandelde WM-patiënten.

de risico's en onzekerheden met betrekking tot onze activiteiten is opgenomen in onze periodieke rapporten die zijn ingediend bij de Securities and Exchange Commission, waaronder ons formulier 10-K voor het jaar eindigend op 31 december 2022 en ons formulier 10-Q voor het kwartaal dat eindigde op 30 september 2023. Deze toekomstgerichte verklaringen worden alleen gedaan op de datum van deze verklaring, en wij wijzen elke verplichting af om dergelijke toekomstgerichte verklaringen bij te werken.

Bron : Medscape

Als één tumor de andere kon genezen



Wat als we een tumor zouden kunnen transformeren tot een antikankercentrum dat niet alleen zichzelf maar ook eventuele uitzaaiingen van binnenuit vernielt? Met een nieuw ontwikkelde 'immuungel' komt dat idee een stapje dichterbij. Niet alle kankers worden behandeld met bestraling, chemo of een operatie. Zo is immunotherapie op zichzelf of in combinatie met andere behandelingen ook een optie. Immunotherapie is een verzamelnaam voor geneesmiddelen die het eigen immuunsysteem aanmoedigen om kankercellen aan te vallen. Cryo-ablatie, vergelijkbaar met het bevriezen van wratjes, is een wat minder bekende manier om tumoren te behandelen. Via een naald in de tumor zorgt een extreem koud gas voor korte periodes van bevriezen en dooien, een proces dat kankercellen vernietigt. Eerder onderzoek wees al op een handig neveneffect van cryo-ablatie: niet alleen de behandelde tumor maar ook gezwellen elders in het lichaam stagneren, krimpen of verdwijnen.

Amerikaanse onderzoekers hoopten de kans op dat gelukkig toeval te vergroten door bovenop cryo-ablatie en immunotherapie een aanvullende immuuninjectie toe te dienen. Daartoe ontwikkelden ze een vloeistof die een hoge concentratie

Imiquimod bevat. Die actieve stof veroorzaakt een lokale immuunrespons die de kankercellen aanvalt en de tumor verkleint. Wanneer de vloeistof in een tumor geïnjecteerd wordt, verandert die onder invloed van lichaamswarmte in een gel die de onderzoekers 'Imigel' doopten. Die Imigel maakt van de tumor een 'depot' dat zijn actieve stof langzaam vrijgeeft.

Combinatietherapie

Concreet bestudeerden de onderzoekers muizen met minstens twee hardnekkige darmtumoren of twee triple-negatieve borsttumoren. Dat type borstkanker is erg moeilijk te behandelen en heeft een slechtere prognose dan andere types. Slechts een op de acht patiënten met deze agressieve vorm van borstkanker is vijf jaar na de diagnose nog in leven. Voor dit onderzoek behandelden wetenschappers een groep muizen met een combinatie van cryo-ablatie, immunotherapie en Imigel. Ter vergelijking kreeg een tweede groep muizen enkel cryo-ablatie en immunotherapie. Een derde groep kreeg de combinatietherapie met een gel die geen actieve stof bevatte, om te verzekeren dat de gel op zich geen effect heeft. De onderzoekers behandelden telkens één tumor en analyseerden de dieren vervolgens drie maanden lang.

Voor de muizen met darmkanker, tilde de toevoeging van Imigel de overlevingskansen van 21 naar 57 procent. Voor borstkanker nam de overlevingskans toe van nul naar vijf procent. De gel zonder actieve stof had geen effect op de overlevingskans. Hoewel de behandeling niet feilloos is, zijn de resultaten opmerkelijk. De muizen die reageerden op de behandeling, waren na drie maanden namelijk volledig tumorvrij: ook de niet-geïnjecteerde tumoren waren succesvol behandeld.

Hoewel de techniek nog getest moet worden op mensen, zijn de onderzoekers positief. Dat de behandeling effect zou kunnen hebben op verschillende tumoren zonder ze individueel aan te pakken, biedt volgens hen perspectief. Al zal er nog veel bijkomend onderzoek nodig zijn, weet Lize Allonsius, onderzoeker aan het VUB Brussels Center for Immunology en VIB Center for Inflammation Research. 'In dit onderzoek is de therapie uitgetest op tumoren die zich in hetzelfde weefsel bevinden (de tweede tumor bestond uit dezelfde darm- of borstkankercellen, red.). Vermoedelijk is het moeilijker om uitzaaiingen in andere weefsels te vernietigen als neveneffect. Hopelijk zal toekomstig onderzoek zich daarop toeleegen.'

Of Imigel ook kan helpen bij de behandeling van tumoren in verschillende weefsels, is dus nog afwachten. Bovendien is de behandeling enkel getest op muizen. 'Het zal een uitdaging zijn om de resultaten uit dit muismodel te vertalen naar mensen. Een tumor evolueert anders in een mens dan in een muis. Voor borstkanker is de overlevingskans bij muizen bijvoorbeeld een stuk lager dan bij mensen terwijl voor darmtumoren vermoedelijk het omgekeerde geldt', zegt Allonsius.

Bron : EOS Wetenschap

VOOR U GELEZEN

Heeft boeken lezen invloed op je levensduur?

In *de Standaard* stond onlangs het volgende: 'Er is onderzoek dat een link ziet tussen lezen en levensduur. Die correlatie blijkt uit een studie in het wetenschappelijk tijdschrift *Social Science & Medicine*. Ze zien de link al vanaf 30 minuten per dag lezen.' Het artikel wil mensen aanmoedigen om meer boeken te lezen. Klopt dat wel?

Waar komt dit nieuws vandaan?

Romanschrijfster Else Boer zocht voor de krant *De Standaard* naar redenen om meer te lezen in 2024. In de krant van 4 januari brengt ze een Amerikaanse studie onder de aandacht die het verband onderzocht tussen lezen en langer leven. 'Er is onderzoek dat een link ziet tussen lezen en levensduur. Die correlatie blijkt uit een **studie** in het wetenschappelijk tijdschrift *Social Science & Medicine*. Ze zien de link al vanaf dertig minuten per dag lezen.'

Om te checken of dit klopt, analyseerden we het **onderzoek** waar Boer naar verwijst. Deze studie volgde gedurende **twalf jaar 3.635 mensen van vijftig jaar en ouder** om te onderzoeken of hun leesgedrag - boeken, kranten of tijdschriften - invloed had op hun levensduur.

Uit de studie blijkt dat mensen die boeken lezen **daadwerkelijk langer leven**. Vooral het lezen van **boeken** heeft een overlevingsvoordeel, want als je enkel kranten of tijdschriften leest, zou je langer dan 7 uur per week moeten lezen.

Hoe moet je dit nieuws interpreteren?

De onderzoekers maakten gebruik van **gegevens** van deelnemers van een groter nationaal onderzoek, over gezondheid en pensionering.

- Daardoor hadden ze geen gegevens over leeftijd, geslacht, etniciteit, opleidingsniveau, getrouwd of niet, zelfgerapporteerde gezondheid, economische situatie en depressie.
- Ze deden bijkomend een telefonische bevraging over de **leefgewoonten** van de deelnemers en volgden ze **twalf jaar** op.

Zoveel mogelijk rekening houdend met beïnvloedende factoren, stelden ze vast dat **boekenlezers 20% minder kans liepen om binnen de 12 jaar te overlijden** in vergelijking met deelnemers die geen boeken lasen. De boekenlezers in de studie lasen gemiddeld **3,9 uur per week**, wat neerkomt op zo'n **dertig minuten per dag**.

- Dit voordeel blijft bestaan ongeacht je geslacht, rijkdom, opleiding of gezondheid. Gemiddeld leven we zo **vier maanden langer**, wat dan weer relatief beperkt is.
- Er is dus inderdaad een **verband tussen boeken lezen en overleving**.

- o Een **verklaring** konden de onderzoekers niet geven. Als mogelijke verklaring gaven ze aan dat lezen een gunstige invloed heeft op diverse **hersenfuncties**, waardoor we langer actief blijven en minder snel achteruitgaan.
- De studie maakte ook een **onderscheid tussen boeken, kranten en tijdschriften**. De laatste twee boden **geen voordeel** op de overlevingsduur.
- De studie keek alleen naar het **leesgedrag bij 50-plussers**. Daarom kunnen we **geen algemene uitspraken** doen over iedereen.
- De gunstige impact van lezen op de levensduur wordt overigens ook **bevestigd door andere onderzoeken**³.

Tot slot, maken we volgende kanttekening. Personen die regelmatig boeken lezen, zijn vaker hoogopgeleide personen, die gemiddeld gezondere eet- en leefgewoonten hebben. In hoeverre de studie corrigeerde voor deze socio-economische factor, is niet duidelijk.

Conclusie

Mensen die gemiddeld een viertal uur per week boeken lezen, wat neerkomt op een halfuurtje per dag, leven gemiddeld vier maanden langer dan zij die geen boeken lezen, ongeacht hun geslacht, rijkdom, opleiding of gezondheid. Dat komt mogelijk doordat lezen onze hersenen actief houdt. Deze en andere studies hierover werden uitgevoerd bij ouderen vanaf vijftig jaar. Of dit voor alle leeftijden opgaat, is niet bekend.

1.De Standaard Als je meer wil lezen (maar er niet toe komt). *De Standaard*, 4/01/2024.

2.onderzoek Bavishi et al. A chapter a day: Association of book reading with longevity. *Social Science & Medicine*. 2016 Sep;164:44-48. doi: 10.1016/j.socsci-med.2016.07.014.

3.onderzoeken Zhi-Hao Li et al. Leisure Activities and All-Cause Mortality among the Chinese Oldest-Old Population: A Prospective Community-Based Cohort Study.

Bron : EOS Wetenschap



VOOR U GEVOLGD

Goed nieuws in verband met CAR-T-CEL Therapie

Galapagos presenteert nieuwe onderzoeksdata op EBMT-EHA bijeenkomst

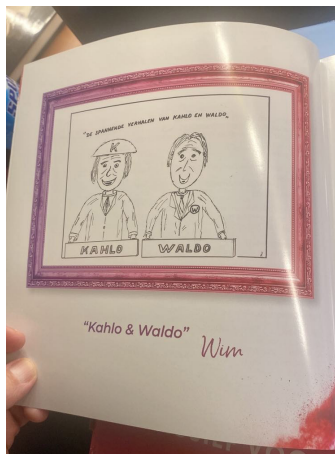
- (ABM FN-Dow Jones) Galapagos presenteert tijdens de European Society for Blood and Marrow Transplantation-European Hematology Association bijeenkomst deze dagen in Valencia voorlopige data van de EUPLAGIA-1 fase 1/2 studie bij patiënten met recidief/refractaire chronische lymfocyttaire leukemie. Dit meldde het biotechbedrijf donderdagavond.
- De data tonen een “betekenisvolle vooruitgang” in gedecentraliseerde CAR T-cel productie, zei Galapagos.
- “De preliminaire translationele data van de EUPLAGIA-1 fase 1/2 studie bij patiënten met recidief/refractaire chronische lymfocyttaire leukemie (rrCLL) en patiënten met Richter transformatie (RT) tonen aan dat Galapagos’ gedifferentieerd point-of-care productieplatform het potentieel biedt voor een enkele infusie van “verse”, vroege fenotype CD19 CAR-T cellen met robuuste expansie en persistentie”, aldus het bedrijf in een persbericht.
- Eerder bekendgemaakte gegevens over de veiligheid, werkzaamheid en haalbaarheid van EUPLAGIA-1 en ATALANTA-1 **ondersteunen bovendien het potentieel van Galapagos’ innovatieve benadering van CAR-T-productie en de transformationele impact op patiënten met ernstige hematologische kankers**, volgens het bedrijf.

KUNST



Op de stand van Pfizer op een medisch congres viel mijn speurend reportersoog op een mooie glanzende publicatie met de titel : " Elk kunstwerk vertelt een verhaal, elk verhaal wordt een kunstwerk."

Nieuwsgierig als ik ben, begon ik te bladeren en waar valt mijn oog op?



Zo ziet u maar, onze kahlo en waldo worden nog beroemd!

Proficiat Wim, we zijn terecht fier op jou!

HET VERHAAL VAN EEN LOTGENOOT

Mon Knevels heeft de ziekte van Kahler

“Ik heb het gevoel dat me onterecht iets ontnomen is”

Mon Knevels

60 jaar - Getrouwd met Lieve - Heeft twee kinderen.



Tussen kerst en nieuw kreeg Mon Knevels (60) het slechte nieuws dat hij voor de vierde keer hervallen is. De ziekte van Kahler, een zeldzame kanker van het bloed, heeft weer de kop opgestoken. De behandeling die een half jaar zo goed aansloeg, is stopgezet. ‘Er zijn nog andere behandelingsmogelijkheden, er is zeker nog hoop, maar momenteel ben ik weer bij af

Tekst Bart Van Moerkerke
Foto Filip Claessens

“Voor gezonde mensen is sterven vrij abstract en veraf, voor mij is het heel concreet en misschien dichtbij”

Mon Knevels is webredacteur. ‘Is of was’, zegt hij. ‘Ik denk eerlijk gezegd niet dat ik nog aan het werk zal gaan. Nadat in augustus 2020 bleek dat ik de ziekte van Kahler had, ben ik ruim anderhalf jaar out geweest. In maart 2022 heb ik mijn werk hervat, halftijds. Tien maanden later ben ik hervallen. Sindsdien ben ik thuis.’

Ondraaglijke pijn

‘Het begon met pijn in de rug tussen mijn twee schouderbladen in het voorjaar van 2020. Geneesmiddelen, kine, osteopathie, niets hielp. Op den duur kon ik niets meer, de pijn was ondraaglijk. Uiteindelijk bleek ik de **ziekte van Kahler** of multipel myeloom te hebben. Dat is een kanker in het beenmerg waarbij plasmacellen (*een soort witte bloedcellen, red.*) ongecontroleerd beginnen te groeien en de normale beenmergcellen overwoekeren.’

‘Van het moment van de diagnose herinner ik me niet veel. Alleen dat ze een **beenmergpunctie** zouden uitvoeren om helemaal zeker te zijn. Bij dat woord werd het me zwart voor de ogen, dat leek me het ergste dat me kon overkomen. Uiteindelijk bleek die punctie mee te vallen, ik heb er intussen al vier gehad waarvan er één best wel pijnlijk was.’

Stamceltransplantatie

‘Vanaf toen kwam ik in een mallempolen terecht. Eerst kreeg ik zware bestralingen. Was het door die behandeling of door de uitgebreidheid van de wervelaantasting door het multipel myeloom? In elk geval raakten enkele zenuwbanen beschadigd, waardoor mijn benen spastisch begonnen te bewegen en ik ook nog eens opnieuw moest leren lopen.’

‘Die aanvalsbehandeling duurde vier maanden, met op het einde een intensieve chemotherapie. Die haalde me compleet onderuit. Op die manier werd ik klaargemaakt voor een **stamceltransplantatie** van mijn eigen stamcellen. Na die ingreep moest ik nog zes dagen in isolatie blijven. Daar leerde ik het belang van de poetshulpen kennen. Ze waren de enigen met wie ik dagelijks een langere babbel had, ook al waren ze soms van kop tot teen steriel ingepakt. Na achttien dagen kon ik naar huis. Ik dacht dat ik het ergste had gehad. Dat viel toch tegen. Het heeft maanden geduurd voordat ik er weer min of meer bovenop was.’

Vocht rond de longen

‘Zopas ben ik voor de vierde keer hervallen. Ik wist op voorhand dat het kon gebeuren, de ziekte van Kahler gaat niet weg. Dat is lastig om mee te leven. Vandaag kan het goed gaan, maar je weet niet wat morgen brengt. Nadat ik in juli 2023 voor de derde keer hervallen was, kreeg ik een behandeling met een nog vrij nieuwe immunotherapie (**meer duiding door dr. Kint, red.**). Het resultaat was spectaculair goed, ik was een ander mens.’

‘Enkele maanden geleden, net na Kerstmis, voelde ik dat er iets fout was.

Ik was weer meer vermoeid en ik was 2 kilogram aangekomen. Er bleek zich voor de zoveelste keer vocht te hebben opgestapeld rond mijn buik- en longvlies. Dat komt omdat de kankercellen bij mij niet alleen in het beenmerg zitten maar ook rond de longen. Dat is zeer uitzonderlijk. Door vocht-opstapeling worden mijn longen platgedrukt en kan mijn longcapaciteit dramatisch afnemen. Op de ergste momenten kon ik daardoor nog nauwelijks ademen, na twee stappen moest ik zitten of liggen.'

'Intussen heb ik al negen pleurapuncties achter de rug. Daarbij wordt met een naald het vocht verwijderd. Nu is er weer een nieuwe behandeling gestart, in eerste instantie met chemotherapie. Omdat ik de agressieve vorm van multipel myeloom heb, zijn de mogelijkheden op herstel kleiner dan bij de laagrisicovorm.'

Bijwerkingen

'Met de bijwerkingen van de behandeling moet ik leren leven, ik heb geen keuze. Er is de blijvende vermoeidheid, al drieënhalf jaar lang. Elke morgen moet ik een drempel over om op te staan. In de namiddag, tussen 13 en 15 uur, slaap ik. Doe ik dat niet, dan betaal ik dat 's avonds of de dag nadien dubbel en dik terug. Ik heb ook veel last van diarree, dat gaat op en af. Het kan zo erg zijn dat ik nauwelijks naar het toilet durf omdat de pijn niet te harden is.'

'Een andere bijwerking is dat het zicht van mijn linkeroog waziger geworden is. Het is alsof er een filter overheen ligt. Met de auto rijden doe ik niet meer, fietsen kan gelukkig wel nog, met de elektrische fiets. De gewone fiets is te vermoeiend. Ook wandelen moet ik overigens noodgedwongen beperken tot maximaal een uur.'

Moeilijke aanvaarding

'Er wordt vaak gezegd dat je moet vechten tegen kanker. In mijn ogen valt er niets te vechten. Ik heb het volste vertrouwen in het behandelend team, ik volg de therapieën minutieus. Maar voor de rest ben je overgeleverd aan de kanker. Ik versta vechten veeleer in de zin van: op zoek gaan naar een nieuw normaal. Dat is best al moeilijk genoeg. Ik kan niet anders dan aanvaarden dat ik een agressieve vorm van een ongeneeslijke ziekte heb. Dat neemt niet weg dat ik soms nog boos, teleurgesteld en verdrietig ben. Ik heb nog altijd het gevoel dat me iets ontnomen is, onterecht.'

'Ik keek al uit naar mijn vervroegd pensioen op mijn 63ste. Dan zouden we

fietsen, wandelen, afspreken met vrienden, een weekendje weggaan, meer tijd maken voor de kinderen, spelen met de kleinkinderen die er misschien komen. Door de ziekte is het lang niet zoals ik het mij had voorgesteld. Sommige mensen zeggen dat ze ten volle leven sinds ze kanker hebben of gehad hebben. Ik ben blij voor hen, maar mijn karakter laat dat niet toe, ik kan niet meer volledig gelukkig zijn. In het beste geval zal ik de ziekte en alles wat ermee samenhangt ooit een plaats kunnen geven.'

Praten doet goed

'Dat ik kan rekenen op mijn vrouw, kinderen, familie, vrienden, collega's, burens die allemaal nog altijd contact houden, is een grote steun. Zij trekken me door de moeilijke momenten. Tantes die ik vele jaren niet gezien of gehoord heb, bellen me nu op. Dat is zo fijn. Ik ben nog van de oude stempel: als ik het mentaal lastig heb, zal ik het zelf oplossen. Dat was in het begin ook mijn houding. Een psycholoog, daar had ik geen behoefte aan (*meer lezen over psychologische begeleiding bij kanker red.*). Uiteindelijk heb ik al veel gehad aan de gesprekken met de psycholoog.'

'Ook van lotgenotencontact moest ik aanvankelijk niets hebben. Intussen gaan Lieve en ik naar de bijeenkomsten van **CMP Vlaanderen (een lotgenotengroep voor mensen met multipel myeloom, red.)**. Het doet goed te kunnen praten met andere patiënten met multipel myeloom. Dat had ik twee, drie jaar geleden nooit gedacht.'

Blijven leven

'Toen het zeer slecht met me ging, is de dood ter sprake gekomen in gesprekken met mijn trajectbegeleider, de sociaal verpleegkundige en de psycholoog in het ziekenhuis. En toen ik thuis niets anders kon doen dan onbeweeglijk in de zetel zitten na elke chemo, is me wel eens gevraagd hoe ver ik wilde gaan. Maar zo lang er nog behandelingsmogelijkheden zijn, wil ik blijven leven. Het liefst nog lang en met zo weinig mogelijk pijn.'

'Mensen die het ongetwijfeld goed bedoelen, zeggen wel eens dat zij straks ook kunnen sterven in een verkeersongeval. Ja, maar zij houden er geen rekening mee dat het ook daadwerkelijk zal gebeuren. Met mij kan het volgende maand gedaan zijn. Ik zeg vaak: iedereen weet dat hij zal sterven, ik wéét dat ik zal sterven. Voor gezonde mensen is sterven vrij abstract en veraf, voor mij is het heel concreet en misschien dichtbij.'

‘Ik kan niet anders dan aanvaarden dat ik een agressieve vorm van een ongeneeslijke ziekte heb. Dat neemt niet weg dat ik soms nog boos, teleurgesteld en verdrietig ben.’

‘Sommige mensen zeggen dat ze ten volle leven sinds ze kanker hebben of gehad hebben. Ik ben blij voor hen, maar mijn karakter laat dat niet toe, ik kan niet meer volledig gelukkig zijn.’

‘Voor gezonde mensen is sterven vrij abstract en veraf, voor mij is het heel concreet en misschien dichtbij.’

Lotgenotencontact voor mensen met multipel myeloom

- allesoverkanker.be/lotgenotengroepen
- gespreksgroep ‘Multipel myeloom en Ziekte van Waldenström’ op [Kanker.nl](https://kanker.nl)



Dokter Nicolas Kint

Tekst

Bart Van Moerkerke

Foto

UZ Gent

‘Er komen steeds nieuwe behandelingen voor multipel myeloom’

Dokter Nicolas Kint is hematoloog gespecialiseerd in multipel myeloom (UZ Gent). ‘Multipel myeloom is vandaag helaas nog altijd ongeneeslijk. De overgrote meerderheid van de patiënten hervalt meerdere keren. Dat we niet kunnen voorspellen of en wanneer dat zal gebeuren, zorgt bij patiënten uiteraard voor veel onzekerheid.’

Hoe is de behandeling van multipel myeloom de voorbije jaren geëvolueerd?

Nicolas Kint: ‘We zijn van de klassieke **chemotherapie** twintig jaar geleden naar meer gerichte therapieën gegaan. Vandaag neemt het belang van **immunotherapie** ook bij multipel myeloom sterk toe. We kunnen oude en nieuwe therapieën combineren om tot de meest effectieve behandeling te

komen met zo weinig mogelijk nevenwerkingen. Het is niet omdat een therapie oud is dat ze per definitie minderwaardig is. Een belangrijk voorbeeld is de **stamceltransplantatie** waarbij een patiënt ook een hoge dosis chemotherapie krijgt. Die behandeling is zeer ingrijpend en er wacht de patiënt een lang herstel, maar voorlopig biedt ze bij jonge patiënten nog altijd de hoogste kansen op langdurige ziektecontrole.'

Mon Knevels werd vorig jaar behandeld met een immuuntherapie in een *compassionate use*-programma. Wat betekent dat?

'Als een geneesmiddel nog niet formeel is goedgekeurd door de geneesmiddelenagentschappen kan de producent een **compassionate use-programma** aanvragen, als van dat product een goede werkzaamheid wordt verwacht. Dan kan het al ter beschikking worden gesteld van patiënten als de huidige beschikbare behandelingen niet volstaan. De aanvraag gebeurt op expliciet verzoek van een arts.'

Bron: "Leven 102 " magazine voor mensen met kanker en naasten van Kom op tegen Kanker.

Met dank aan onze sponsors



KOM OP TEGEN KANKER



Recordaantal van 850 teams lopen de 100km-run voor Kom op tegen Kanker

De 100km-run voor Kom op tegen Kanker in Halle heeft liefst 2.125.000 euro opgeleverd. Een recordaantal van 850 teams stonden aan de start om samen 100 km te lopen ten voordele van kankeronderzoek.

Sinds 2018 organiseert Kom op tegen Kanker de 100km-run: een loopevenement waarbij teams van vier lopers samen 100 km lopen voor kankeronderzoek. De 40km-loper loopt de eerste lus en pikt in de aansluitzone de 30km-loper op. Zij lopen dan samen de tweede lus en pikken de 20km-loper op. Na de derde lus pikken ze de 10km-loper op en in het parcours bestond dit jaar uit twee lussen van 10 km die vertrokken en eindigden op parking De Bres en deed heel wat mooie plekken van Halle aan. Meter Elodie Ouedraogo en peter Robin Keyaert liepen ook mee. Elodie nam de 40 km voor haar rekening, Robin de 20 km.

100km-run 2024

Samen lopen voor kankeronderzoek

Alles samen namen 3400 lopers deel aan de 100km-run in Halle. 850 teams van vier lopers zamelden daarvoor elk 2500 euro startgeld in, goed voor een opbrengst van maar liefst 2.125.000 euro. Het geld gaat naar kankeronderzoek.

Jaarlijks krijgen meer dan 40.000 Vlamingen te horen dat ze kanker hebben. Kom op tegen Kanker wil ervoor zorgen dat deze mensen hogere overlevingskansen en een betere levenskwaliteit tijdens en na de behandeling krijgen.

Met de opbrengst van de 100km-run investeren we in klinisch onderzoek dat een directe meerwaarde heeft voor de overlevingskansen en levenskwaliteit van kankerpatiënten. Zo maken we echt het verschil. Bedankt aan alle lopers en supporters!

David Vansteenbrugge
Algemeen directeur Kom op tegen Kanker



Duid al maar aan in je agenda: de zevende editie van de 100km-run vindt plaats op 16 maart 2025 in Boom. Nieuwe teams kunnen zich vanaf 29 maart 2024 inschrijven via 100km-run.be.

Met dank aan onze sponsors



AMYLOIDOSE

Nieuws over AmyBel



Op 19 januari was het dan zover. Na enkele maanden van intense voorbereiding, hebben vier patiënten met verschillende soort van amyloidose een lotgenotengroep opgericht voor alle patiënten en hun naasten in heel België die aan een of andere vorm van amyloidose lijden.

Patiënten met Multipel Myeloom of de ziekte van Waldenström kunnen ook amyloidose krijgen. CMP Vlaanderen is voor hen de ideale lotgenotengroep. Alleen voor het gedeelte amyloidose kunnen ze gratis lid worden bij AmyBel. Het initiatief werd met zeer groot enthousiasme onthaald door de hematologen en cardiologen en ook door de patiënten.

Tot nu toe waren er in België nog geen expertisecentra. Het ontstaan van AmyBel dat de belangen van de patiënten gaat behartigen, was blijkbaar de duw in de rug die nodig was om binnenkort in België twee expertisecentra te doen ontstaan. Dit is een geweldige vooruitgang voor alle patiënten omdat op die manier expertise en ervaring gebundeld geraken en de zorg kan verbeteren. Nadere details worden onthuld zodra een en ander meer concreet wordt. Op 25 maart werd AmyBel opgenomen als lid van Eurordis, de Europese organisatie voor zeldzame ziektes. Op 5 en 6 juli wordt het 1^{ste} internationaal symposium over amyloidose AL gehouden in Brussel. AmyBel zal prominent aanwezig zijn en in mei ga ik naar het internationaal symposium voor amyloidosis in de MayoClinic in Rochester.

De vier bestuursleden volgen allen een langdurige opleiding tot Patient Expert om de belangen van de leden nog beter te kunnen verdedigen. Momenteel wordt er druk uitgekeken naar een geschikte locatie om einde oktober een eerste samenkomst te organiseren voor alle leden.

Wij zoeken nog steeds medewerkers. Wilt u lid worden of medewerker, meld u dan aan via de website of via guy@amybel.be. Ik blijf ook nog enthousiast medewerker bij CMP Vlaanderen.

Guy Lippens

A.I. ARTIFICIËLE INTELLIGENTIE EEN GRAP...???

"AmyBel" WERD OPGERICHT OP ONS SYMPOSIUM IN LEUVEN 2023 - GUY LIPPENS



ZEG GUY WIJ VROEGEN AAN A.I. WAT "AMYLOIDOSIS" IS EN WEEET JE WAT A.I. ZEGT ? WEL "AMY" BETEKENT AMI = VRIEND JE HEBT DUS 2 VRIENDEN: AMI "LOI" EN AMI "DOSIS" WEL TOF ZO 2 VRIENDEN ERBU !!

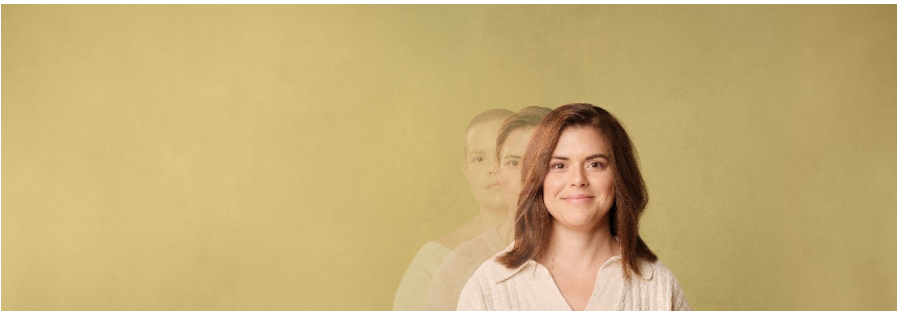
WLD 35

STICHTING TEGEN KANKER



Stichting tegen Kanker bestaat dit jaar 100 jaar en lanceerde daarom een nieuwe campagne.

- Wellicht heb je op televisie, facebook of instagram al de video van **Typhanie** gezien. Deze video is gebaseerd op het waargebeurde verhaal van deze jonge vrouw van 33 jaar die borstkanker heeft overwonnen. Typhanie is getrouwd en heeft twee kinderen van 8 en 6 jaar. We volgen haar genezingsproces dankzij een snelle aaneenschakeling van portretfoto's. In totaal werden 85 foto's gecreëerd waarbij elk beeld gebaseerd is op foto's die Typhanie zelf nam tijdens haar behandeling.

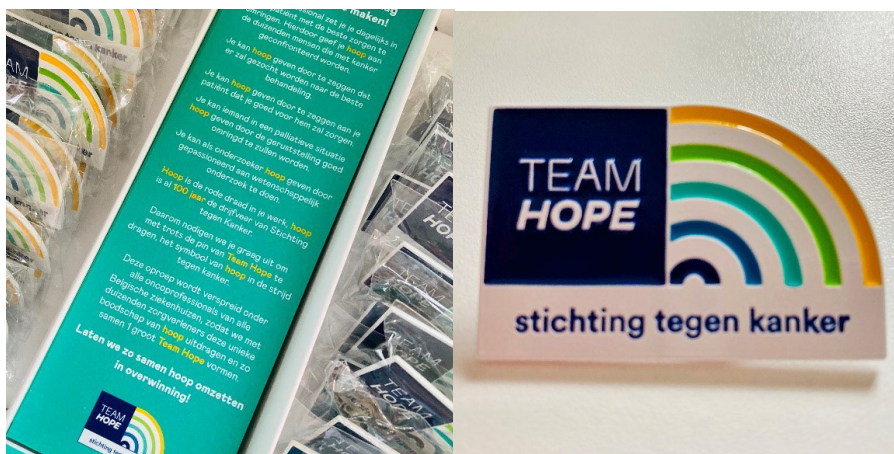


- De 100e verjaardag van Stichting tegen Kanker is ook de gelegenheid om alle mensen die zich elke dag inzetten in de strijd tegen de ziekte extra in de bloemetjes te zetten.

Daarom kregen alle onderzoekers, artsen en medewerkers uit de Belgische ziekenhuizen gespecialiseerd in kanker een **Team Hope pin** van Stichting tegen Kanker.

Door hen symbolisch bijeen te brengen in ons **Team Hope**, willen we alle onderzoekers, artsen en zorgverleners gespecialiseerd in kanker een gezicht geven.

We dragen hen een bijzonder warm hart toe, want al deze mensen brengen de missies van Stichting tegen Kanker op fantastische wijze in de praktijk. **Zij geven ons hoop.**



- Als organisatie die ernaar streeft de nationale, regionale en lokale referentie te zijn in de strijd tegen kanker, verbindt Stichting tegen Kanker zich ertoe om de stijging van de overlevingskans bij kanker voort te zetten en te versnellen. In de afgelopen 15 jaar, van 2004 tot 2019, is die overlevingskans bij kanker met 5% toegenomen.

Vandaag is de ambitie van Stichting tegen Kanker om het wetenschappelijk onderzoek nog meer te ondersteunen en twee keer zo snel vooruitgang te boeken. Dit om de overlevingskans te verhogen, niet met 5% maar wel met 10% tegen 2040.

Hoewel veel factoren meespelen, zijn de meest belangrijke factoren die de overlevingskans doen stijgen de betere en snellere kankerdiagnoses en -behandelingen. En deze verbetering vindt zijn oorsprong in het wetenschappelijk kankeronderzoek.

Daarom blijft het financieren van kankeronderzoek dé absolute prioriteit van Stichting tegen Kanker en kennen we in 2024 het ongeziene bedrag van **35 miljoen euro** toe aan kankeronderzoeksprojecten! Deze 10 miljoen extra is nog maar de eerste stap, want we blijven onze financiering de komende jaren verhogen.

Deze fantastische boost is mogelijk dankzij de niet-aflattende steun van onze donateurs, partners en vrijwilligers. Zonder hen zou niets mogelijk zijn.

Dankzij hen wordt hoop omgezet in overwinning.

NIEUWS UIT DE REGIO'S

JAARLIJKS SYMPOSIUM

Dit jaar zal ons jaarlijks symposium doorgaan in Antwerpen

Datum 5 oktober 2024

Locatie : Artesis Plantijn Hogeschool – Campus Spoor Noord

Verdere details zie uitnodigingen.

Regio Oost- & West-Vlaanderen

VERSLAG VAN HET LOTGENOTENCONTACT “KASTEEL VAN OOIDONK”

Op vrijdag 15 maart 2024



Omstreeks kwart voor tien stroomden veel voertuigen de parking van het Koetshuis binnen, de afspraak was om 10 u. De parking was vlug bezet, gelukkig bleven voor-spelde buien uit.

Het Koetshuis is een zeer mooie gelegenheid zowel voor dineren, als voor het houden van een vergadering of een infosessie.

Gezien het toch nog een beetje frisjes was, nipte iedereen met veel genoeg van zijn koffie. We waren met een talrijk publiek van ongeveer 38 personen, waarvan verschillende toch wel verre afstanden agelegd hadden om er te geraken. De verhoudingen Multiple Myeloom en Waldenstrom waren goed verdeeld.

In de zaal werden beide pathologieën aan een verschillende tafel gezet, om het onderlinge contact te vergemakkelijken.



Om 10 u startte de spreker met het onderwerp: “ Financiële tegemoetkomingen bij chronische ziekte”. Valerie Mestdagh van de CM, die maatschappelijk werkster is gaf hierover een zeer uitéénlopende uitleg, met mooie powerpointbeelden. Zowel de tegemoetkomingen op federaal, als op Vlaams niveau werden aangehaald. Er werd in detail besproken hoe de dienst “mensen met handicap” de steun berekende en hoe deze kan wijzigen, ook de zorgkassen en hun bevoegdheden werden aangehaald.

Na de uitéénzetting konden vragen gesteld worden, velen gingen hierop in. De tijd vloog snel voorbij en om 12u15 werd de voordracht, die buitengewoon interessant was, beëindigd. Voor veel mensen waren sommige onduidelijkheden prachtig toegelicht, bijzondere dank aan deze mevrouw.

Na de voordracht konden we allen genieten van een heel lekkere lunch, er was keuze tussen vlees of vis. Tijdens de maaltijd werd nog heel wat nagepraat.

Om 14u vatten we het bezoek van het Kasteel Van Ooidonk aan. De grote groep werd in twee gedeeld zodat de twee gidsen duidelijk hun uitleg konden doen. Het Kasteel Van Ooidonk ligt in een enorm park, met heel wat waters. In de loop van de jaren is er heel wat verbouwd aan het kasteel, zodat het nu in zijn glorie te bewonderen is. Binnenin hadden we de gelegenheid de prachtige inkomhal met majestueuze trap en grote zalen te bewonderen, evenals de prachtige wandtapijten en schilderijen. In verschillende zalen zag men foto's of beelden van ons koningshuis, gezien zij zeer nauwe banden met de adellijke familie onderhielden. Er was zoveel te zien in dit kasteel, onze tijd was beperkt en we moesten haast maken om de gids te volgen, die haar werk uitstekend deed.

Na het bezoek aan het kasteel genoten we nog allen van een warme koffie of drank,

waarbij we nog gezellig napraten.

Deze regionale dag was een prachtig evenement, iedereen verliet zeer opgewekt de plaats. Heel veel dank aan de organisatoren van deze dag. Alles was tot in de perfectie uitgepluisd. Veel mensen maakten reeds afspraken voor een volgend contact.

Raoul

Volgende activiteiten voor West- en Oost-Vlaanderen

Op vrijdag 24 mei is er de 2° lotgenotencontactdag die doorgaat in Blankenberge “Belle Epoque Centrum”

Adres: Elisabethstraat, 24 te Blankenberge - op 5 minuten van NMBS station “Art Nouveau Schatten” – tijdelijke tentoonstelling die loopt tot 16 juni

Programma

Voormiddag samenkomst: tussen 10u en 10u15 (NIET VROEGER)

Er wordt geen koffie voorzien gezien het starttijdstip

10u30 – Begeleid bezoek door 2 Nederlandstalige gidsen

12u – Lunch in zeer mooi hotel/ restaurant Azaert – Hoogstraat, 25 te Blankenberge

Er is een parking en indien volzet in de buurt

Namiddag: gezellig samenzijn

Inschrijven vóór 3 mei 2024 bij : raoul@cmpvlaanderen.be ; nicky@cmpvlaanderen.be; christian@cmpvlaanderen.be

Op vrijdag 6 september 2024 is er de 3° lotgenotendag die doorgaat in Kemzeke “Verbeke Foundation”

Bekend bij het publiek door TV-programma “Stukken van Mensen”

Adres: Westakker, 1 te Kemzeke

Parking ter plaatse

Programma

Samenkomst: om 10u met koffie

Voormiddag:

Infosessie “Belang van voedingssupplementen voor kankerpatiënten” door Biochemicus Danny Bral

Lunch: nog te bepalen

Namiddag:

Bezoek – Rondleiding gedurende 1,5uur onder begeleiding van gids ; collectie van zo'n 6000 collages en assemblages, voornamelijk uit de twintigste eeuw. **Gepaste kleding en schoenen dragen, want de rondleidingen vinden zowel binnen als buiten plaats.**

Deelnemers kunnen achteraf het museum en de tuin vrij bezoeken

Inschrijven vóór 30 augustus 2024 bij : marijke@cmpvlaanderen.be en nicky@cmpvlaanderen.be

Op donderdag 14 november 2024 is er de 4^e lotgenotendag die doorgaat in Emelgem (Izegem)

Brouwerij Kasteelbier, Kasteel Honsebrouck (bieren; Kasteel, Filou, Brigand, Bacchus, St-Louis, Nitro)

Adres: Brouwerijstraat, 1 (GPS : Ingelmunstersestraat 46) 8870 Emelgem (Izegem)

Programma

Voormiddag samenkomst: om 10u

Start om 10u15 met een rondleiding in de brouwerij en bottelarij met aansluitend een proeverij van twee degustatiebieren (éx25cl) en een bierpraline in de Bierboetiek en als geschenk een speciaal bier van 75cl.

Wij noteren ook dat voor een paar mindervalide personen een lift aanwezig is en een ruime private parking (100pl)

Lunch: 12u in restaurant "Grote Markt" grote markt nr 28 met parkeerplaats op de grote Markt

Keuzemogelijkheid **vis of vlees** bij de boeking aan te geven

Namiddag

Gezellige babbel met lotgenoten bij koffie, thee of frisdrank door CMP Vlaanderen aangeboden

Inschrijven vóór 8 november 2024 bij :

raoul@cmpvlaanderen.be; nicky@cmpvlaanderen.be

christian@cmpvlaanderen.be

Regio Brabant

Verslag van lotgenotencontact Vlaams-Brabant 24 januari 2024



Andermaal geslaagd lotgenotencontact volgens het traditionele patroon.

Wat heeft CMP-Vlaams-Brabant met Norbertijnen? Na een bezoek aan de abdij van Averbode (Norbertijnen) in de verschroeiend hete zomer van 2022, was de abdij van Park (Norbertijnen) het toneel van het winter-lotgenotencontact van de Vlaams-Brabanders, ook al zaten er een aantal deelnemers tussen uit het Mechelse...

We hadden het voorrecht gegidst te worden door lotgenoot Johan Abts (What 's in a name – een verre nazaat van één van de abten...?) sinds een paar jaar concierge van de abdij. Zo werden we rondgeleid door de tiendenschuur met zijn indrukwekkend eiken gebinte en door het hart van de abdij, met als hoogtepunten de eetzaal en de bibliotheek. De individuele paters mogen dan wel de gelofte van armoede hebben afgelegd, dat was blijkbaar niet het geval voor de orde in haar geheel. Het indrukwekkend stukwerk in het plafond van die vertrekken getuigt van “zeer goed geboerd”.

Of was het hoogtepunt het bezoek aan de brouwerij? Niet als dusdanig, maar misschien wel het bezoek aan de kelder daaronder, waar we vergast werden op een proeverij van de lokaal gebrouwen biertjes “Braxatorium Parcencis” (Brouwerij van Park) in sterke en minder sterke versies. Niet slecht! Mijn moeder zaliger zou gezegd hebben “die paters zijn nog zo dwaas niet”...

Het was in die gewelfde en gezellige kelder dat we ons traditioneel “achterklap”-uurtje hielden, ingeleid en vakkundig in goede banen geleid, zoals steeds, door Mia. Iedere lotgenoot mocht in het kort zijn verhaaltje doen, zodat we mekaar wat beter leerden kennen. Er waren weer enkele nieuwe deelnemers bij die dankbaar luisterden naar de hoopgevende getuigenissen van de “anciens en anciennes”.

De tafelronde leverde zelfs een waardevol aanbod op voor een volgend lotgenotencontact: een - andermaal door een lotgenote en haar partner geleid – bezoek, deze keer aan Wijnkasteel Vandeurzen in Linden, vanzelfsprekend ook met proeverij. We kijken er al naar uit en hopen dat de Chardonnay en de Grüner Veltliner zich daar de evenknie mogen tonen van de Braxatorium Parcencis. Of zullen we ontdekken wat het beste is van Brabants bodem?



Roger

ONS KOOKHOEKJE

Geroosterde witte asperges met tomatensalade

Nu we volop kunnen genieten van de asperges dit origineel gerechtje!

Duur : 35 min. - aantal personen : 4

Ingrediënten

- witte asperges 1 kg
- kerstomaatjes 200 g
- lente-uitjes 2
- knoflook 4 teentjes
- Parmezaanse kaas 50 g
- Balsamicoazijn 1 el
- Olijfolie 4 el
- zwarte peper & zout



Bereiding

- Verwarm de oven voor op 220 °C.
- Schil de asperges van de punt naar beneden en breek het harde gedeelte af. Kook ze 4 min. in licht gezouten water. Giet af, spoel ze onder koud stromend water en laat goed uitlekken.
- Pers het knoflook fijn en meng met 3/4 van de olijfolie. Kruid met peper en zout. Meng onder de asperges, leg ze op een bakplaat met bakpapier en zet ± 15 min. in de voorverwarmde oven.
- Snipper intussen de lente-ui fijn en snij de tomaatjes in 2. Meng er de balsamicoazijn en de rest van de olijfolie onder en kruid met peper en zout.
- Leg de geroosterde asperges op een serveerschotel, rasp er de parmezaan over en lepel er de tomatensalade over.

Voedingswaarden per persoon

*Natrium 0.5g – vezel 3.6g – eiwit 7.8g – vet 13.7g – koolhydraat 9.4g – zout 1.3g
verzadigd vet 3.7g – suiker 3.8g – energie 832.6 kj of 199kcal.*

Bron : Colruyt recepten

NOTA VAN DE LEDENADMINISTRATIE

ADRESSENBEHEER

Wij vragen om al uw adreswijzigingen bij ons te laten weten bij:

- Verandering van uw e-mailadres
- Verhuis
- Ander telefoonnummer
- Bij overlijden

Dit aan: **Jan Walschap** – e-mail: jan@cmpvlaanderen.be

Zo blijven de adressen up-to-date!

GIFTEN

Beste CMP Vlaanderen Weldoeners, Lotgenoten, Sympathisanten,

Hartelijk dank voor uw steun aan onze werking.

Na jaren van onzekerheid door de coronapandemie ervaart het bestuur NU meer dan ooit dat de lotgenotenvereniging CMP Vlaanderen een belangrijke reden van bestaan heeft en een rol van betekenis speelt. Het bestuur van CMP Vlaanderen bestaat uit vrijwilligers van wie $\frac{3}{4}$ zelf lotgenoot zijn. Daarnaast krijgen wij ook de hulp van vrijwillige medewerkers binnen de regio's.

Het doel van CMP Vlaanderen is een steun te zijn voor- en informatie door te geven aan- de leden-lotgenoten die de diagnose van de ziekte van Kahler, ook multipel myeloom (MM) genoemd, of de ziekte van Waldenström (WM) gekregen hebben. Deze beide ziektes behoren tot de zeldzame kankers. Daardoor zijn er veel lotgenoten op zoek naar begrijpbare informatie over hun ziekte. CMP Vlaanderen wil een bijkomende en aanvullende informatierol spelen naast de gesprekken die de lotgenoten met hun hematoloog hebben. Ook de samenkomst van lotgenoten tijdens activiteiten biedt een grote meerwaarde. Daar wordt veel informatie gedeeld onder de lotgenoten zelf.

De vier grote troeven van onze werking zijn:

De **NieuwsFlash**, het “CMP-boekje” zoals het genoemd wordt. Dit wordt aan onze lotgenoten en sympathisanten GRATIS via de Post om de 3 maand bezorgd. De Nieuwsflash staat vol interessante artikels en bevat belangrijke informatie over MM en WM. Ook worden daarin alle activiteiten en regio-bijeenkomsten aangekondigd.

Het **jaarlijks CMP-Symposium** dat, na enkele jaren onderbreking door Corona, al twee jaar opnieuw is kunnen doorgaan, respectievelijk in Brugge en Leuven. De symposia werden een ongekend succes met +/- 170 deelnemers. Alle deelnemers waren vol lof over de gespreks-onderwerpen en de sprekers.

De **website www.cmpvlaanderen.be** waar je alle informatie over onze werking en uw aandoening kan terugvinden. Onze activiteiten kalender is steeds actueel, bekijk daar onze evenementenkalender of zoek op per regio.

Lotgenotencontacten. Wij willen alle activiteiten in de 5 verschillende regio's opnieuw opstarten voor de lotgenoten en hun familie, vrienden en/of sympathisanten van CMP Vlaanderen. Wij kijken ernaar uit om u te mogen begroeten op een van de lotgenotencontacten die in uw regio zal georganiseerd worden. U bent uiteraard ook welkom in alle andere regio's.

Om die vier werkingspijlers aan u te blijven aanbieden hebben wij

ook uw steun in 2024 nodig.

Weet u dat sinds de opstart van CMP Vlaanderen tot op heden er nog nooit aan een lotgenoot-lid enig lidgeld gevraagd werd? De tijden veranderen en de werkingskosten lopen op....

Daarom doen wij nu een oproep om uw steun voor dit jaar

2024 aan onze werking te schenken of te vernieuwen.

Uw gift voor 2024 kan u overmaken op de rekening **BE82 9734 0606 4868** op naam van **CMP Vlaanderen**. Vergeet niet om in de mededeling: ‘**Gift 2024**’ te vermelden.

Of geef wat u kunt missen. Elke gift, groot of klein, is welkom.

Voorbeeld: in 2024 stort u 4 x per jaar een bedrag van minimum € 10,00. Diverse kleinere giften worden tezamen geteld. Een Fiscaal Attest 2024 krijgt u al vanaf een totale gift t.w.v. € 40,00. Via uw gift in 2024, door uzelf uitgevoerd, ontvangt u op uw persoonlijke naam een Fiscaal Attest in 2025.

Daarmee kan u tot 45% van uw giften terugkrijgen via belastingvermindering op uw jaarlijkse belastingaangifte voor 2024.

Mogen wij ook op uw steun rekenen?

Hartelijk dank en wij kijken ernaar uit om u te mogen ontmoeten op een van onze activiteiten.

Met vriendelijke groeten,

Het voltallig CMP Vlaanderen bestuur,

- Regio Antwerpen: Etienne, Guy, Jan, Jeannot, Wim,
- Regio Vlaams-Brabant: Anne, Chris, Mia, Roger, Sonja
- Regio Oost-Vlaanderen: Marijke, Nicky, Raoul
- Regio West-Vlaanderen: Nicky, Raoul, Christian, Christina
- Regio Limburg: Willy

EVEN UW AANDACHT!

FOD Financiën vraagt het nationaal nummer op van elke schenker. Graag bij uw gift uw nationaal nummer noteren bij de mededeling “Gift”.

CONTACTADRESSEN CMP-VLAANDEREN VZW

Antwerpen

Wim Koolen (Myeloom)

Bethaniëlei, 8

2970 Schilde

Tel.: 03 384 38 93

wim@cmpvlaanderen.be

Jeannot Poelman (Waldenström)

Gsm: 0477 43 30 47

jeannot@cmpvlaanderen.be

Etienne Govaerts (Waldenström)

Gsm: 0475 30 31 62

etienne@cmpvlaanderen.be

Jan Walschap (Myeloom)

Meikeverstraat, 7

2880 Bornem

Gsm: 0490 44 12 37

jan@cmpvlaanderen.be

Guy Lippens

Boniverlei, 172/4

2650 Edegem

Gsm : 0474 25 61 49

guy@cmpvlaanderen.be

Brabant

Chris De Ronne (Myeloom)

Tel. : 016 40 32 86

chris@cmpvlaanderen.be

Mia Villé (Myeloom)

Tel. : 016 25 07 28

mia@cmpvlaanderen.be

Anne Aertssen (Myeloom)

Broekstraat, 7

3990 Tielt – Winge

Tel.: 016 63 52 79

anne@cmpvlaanderen.be

Roger Aertsens (Myeloom)

Maleizenstraat, 48

3020 Herent

Tel.: 016 20 14 68

roger@cmpvlaanderen.be

Sonja Goovaerts (Myeloom)

Baron Eduard Empainlaan, 107

2800 Mechelen

Tel.: 015 65 37 32

sonja@cmpvlaanderen.be

Oost-Vlaanderen

Marijke Foucart (Myeloom)
Tel.: 0495 77 89 79
marijke@cmpvlaanderen.be

Raoul Van Gaever (Waldenström)
Goedlevenstraat, 199
9041 Oostakker
Gsm : 0478 40 40 15
raoul@cmpvlaanderen.be

Nicky De Boever (Waldenström)
Bakkereel,30
9600 Ronse
Gsm : 0470 09 30 23
nicky@cmpvlaanderen.be

West-Vlaanderen

Nicky De Boever (Waldenström)
Bakkereel, 30
9600 Ronse
Gsm : 0470 09 30 23
nicky@cmpvlaanderen.be

Raoul Van Gaever (Waldenström)
Goedlevenstraat, 199
9041 Oostakker
Gsm : 0478 40 40 15
raoul@cmpvlaanderen.be

Christian Dumont (Myeloom)
Leopold II laan, 212/GV02
8670 Oostduinkerke
Gsm : 0468 33 55 74
christian@cmpvlaanderen.be

Limburg

Willy Schepers (Wildgroei vzw)
Vandermarckestraat, 30
3560 Lummen
Tel.: 013 52 30 92
willy@cmpvlaanderen.be

Webmaster

webmaster@cmpvlaanderen.be



Informatie en verantwoordelijke uitgever:

CMP Vlaanderen vzw

Jeannot Poelman

Boordeken 4

2980 Zoersel

Tel.: 0477 43 30 47

jeannot@cmpvlaanderen.be

www.cmpvlaanderen.be

Giften worden in dank aanvaard

Elke gift gelijk aan of groter dan 40€ geeft recht op belastingvermindering en u zal jaarlijks een fiscaal attest ontvangen.

CMP-Vlaanderen vzw

Boordeken 4

2980 Zoersel

Ondernemingsnr.: 860 749 987

Bankrekening ARGENTA

IBAN: BE82 9734 0606 4868 BIC:

ARSPBE22