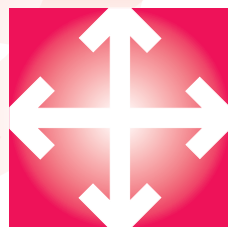




Inoperabel gemetastaseerd melanoom

Wat nu?



STICHTING
MELANOOM

Inoperabel gemetastaseerd melanoom, wat nu?

U heeft te horen gekregen dat u een inoperabel gemetastaseerd melanoom heeft. Er breekt een hectische en onzekere tijd aan. U komt met diverse zorgverleners in aanraking en moet veel beslissingen nemen. Melanoom is een onvoorspelbare vorm van kanker. Hoe de ziekte zich ontwikkelt, verschilt sterk van persoon tot persoon. Ook het effect van een behandeling is voor iedereen anders. Dat een behandeling bij de één goed werkt, wil niet zeggen dat een ander er ook baat bij heeft. Stichting Melanoom wil u graag helpen door informatie te geven. Wij kunnen geen beslissingen voor u nemen, maar u wel ondersteunen bij het maken van keuzes.

Deze folder geeft algemene informatie zodat u weet wat u kunt verwachten, waar u op moet letten en welke behandelingen er mogelijk zijn.

Wat is een inoperabel gemetastaseerd melanoom?

Een inoperabel gemetastaseerd melanoom is een melanoom met uitzaaiingen in andere weefsels en/of organen (stadium IIIC/IV), waarbij de uitzaaiingen niet (geheel) operatief verwijderd kunnen worden. Het gaat hierbij om uitzaaiingen:

- voorbij de regionale* lymfeklieren naar een deel/delen van de huid;
- of voorbij de regionale* lymfeklieren naar lymfeklieren op afstand;
- of naar andere organen, zoals bijvoorbeeld de lever, de longen, de botten of de hersenen.

** de dichtstbijzijnde lymfeklieren ten opzichte van het primaire melanoom.*

Het opstellen van een behandelplan

De afgelopen jaren hebben zich revolutionaire ontwikkelingen voorgedaan in de behandeling van het inoperabel gemetastaseerd melanoom. Met name door de introductie van nieuwe medicijnen. Waren de vooruitzichten enkele jaren geleden nog uiterst somber, nu zijn ze duidelijk verbeterd.

Er zijn meerdere behandelmogelijkheden voor een inoperabel gemetastaseerd melanoom. Welke behandeling voor u het beste is, hangt van meerdere factoren af, zoals het aantal uitzaaiingen, de locatie van de uitzaaiingen, de agressiviteit van de tumor(en), de genetische kenmerken van de tumor(en) en uw algehele conditie.

Een multidisciplinair team bekijkt uw behandelmogelijkheden. Zo'n team bestaat uit verschillende specialisten: internist-oncologen, radiotherapeuten, (plastisch) chirurgen, dermatologen, verpleegkundig specialisten, radiologen en pathologen. Het team komt met een behandelvoorstel, dat de internist-oncoloog met u bespreekt.

Ondersteunende zorg, zoals psychosociale zorg en dieetadvies, kan ook onderdeel uitmaken van het behandelplan.

Goed voorbereid naar het gesprek met de behandelend arts

De internist-oncoloog is in dit stadium uw hoofdbehandelaar. Zorg dat deze u goed informeert over uw behandelmogelijkheden en de te verwachten bijwerkingen, en ook over mogelijke deelname aan klinische studies. U beslist namelijk mee over de behandeling. Daarom is het belangrijk dat u zich goed voorbereidt op de gesprekken met de arts. Schrijf uw vragen op een briefje, zodat u ze niet vergeet. Vraag door als u iets niet begrijpt of meer wilt weten. En neem iemand mee naar de gesprekken.

Die persoon kan u steunen, meeluisteren en verhelderende vragen stellen.

Als er afspraken zijn gemaakt, laat ze op papier zetten. U kunt ze dan thuis nog even nalezen. Ook kunt u vragen of u het gesprek mag opnemen om het vervolgens thuis in alle rust af te spelen.

Zorg ook dat u weet wie uw contactpersoon is in het ziekenhuis en hoe u die kunt bereiken. Heeft u een vraag of maakt u zich zorgen, aarzel dan niet om deze persoon te bellen of te mailen.

Behandelmogelijkheden inoperabel gemetastaseerd melanoom

Hieronder vindt u informatie over de huidige beschikbare behandelmogelijkheden. We maken hierbij onderscheid tussen systemische therapieën en locoregionale therapieën. Met uw arts kunt u bespreken welke behandelingen mogelijk zijn voor u, welke bijwerkingen u kunt verwachten en of u deze behandelingen wel wilt. Wetenschappelijk onderzoek heeft dan wel aangetoond dat behandelingen werken voor een bepaald percentage melanoompatiënten, maar welke patiënten precies reageren op een specifieke behandeling is vooraf niet duidelijk. U bent het beste in staat om voor uzelf te bepalen of de eventuele voordelen van een behandeling opwegen tegen de eventuele nadelen.

1. Systemische therapieën

Momenteel zijn er twee soorten systemische therapieën voor mensen met gemetastaseerd inoperabel melanoom: doelgerichte therapie (targeted therapy) en immunotherapie.

Systemische medicijnen werken in het hele lichaam en dus niet alleen op de plek waar de tumoren zich bevinden. Om de juiste systemische therapie te bepalen, moet eerst laboratoriumonderzoek worden gedaan. Het laboratorium onderzoekt uw tumormateriaal (bij voorkeur dat van een uitzaaiing) om te kijken of de mutatie BRAF V600 aanwezig is. Ongeveer de helft van alle mensen met een melanoom heeft deze BRAF-genmutatie. Blijkt u de BRAF-genmutatie te hebben, dan kan doelgerichte therapie (zie paragraaf 1.1) een behandelmogelijkheid voor u zijn. Is de mutatie BRAF V600 bij u niet aanwezig, dan is de immunotherapie met anti-PD1 een mogelijke behandeloptie (zie paragraaf 1.2).

Testen op de aanwezigheid van andere mutaties, zoals NRAS, c-Kit, GNA11 of GNAQ, kan van belang zijn om te bepalen of er klinische studies zijn waarvoor u in aanmerking komt (zie paragraaf 1.4).

1.1 Doelgerichte therapie (targeted therapy)

Tumorcellen delen zich op een ongecontroleerde manier, waardoor een tumor blijft groeien. Tal van eigenschappen van de tumorcel spelen hierbij een rol. De medicijnen die bij doelgerichte therapie worden gebruikt, maken gebruik van deze eigenschappen om de celdeling te blokkeren. Hiermee maakt doelgerichte therapie tumorcellen onschadelijk. Er zijn drie soorten doelgerichte therapie:

- **BRAF-remmers (dabrafenib, vemurafenib)**

BRAF is een eiwit, waarvan de structuur verandert door de genmutatie. Hierdoor gaat het eiwit de groei van de melanoomcellen stimuleren. De zogenaamde BRAF-remmers blokkeren de vorming van het eiwit, waardoor de groei van het melanoom wordt belemmerd

- **MEK-remmers (cobimetinib, trametinib)**

MEK is een ander eiwit dat betrokken is bij de groei van tumorcellen. De MEK-eiwitten zijn in BRAF gemuteerde tumoren vaak overactief. MEK-remmers remmen de activiteit van het eiwit. Hierdoor wordt de groei van de tumor geremd.

- **Combinatie BRAF-/MEK-remmers (dabrafenib/trametinib en vemurafenib/cobimetinib)**

Omdat de MEK-eiwitten met name overactief zijn bij tumoren met een BRAF-genmutatie, worden BRAF- en MEK-remmer vaak gecombineerd voorgeschreven. De combinatietherapie met BRAF- en MEK-remmers werkt beter dan de monotherapie met BRAF-remmer. De combinatietherapie kan ook ingezet worden in het geval van hersenuitzaaiingen.

Doelgerichte therapie wordt in de vorm van tabletten toegediend.

1.2 Immunotherapie

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

Immunotherapie is een behandeling die het immuunsysteem versterkt, zodat het kankercellen beter kan doden. Bij de behandeling van melanomen kunnen twee typen immunotherapie ingezet worden:

- **Anti-PD1 (nivolumab, pembrolizumab)**

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

- **Anti-CTLA4 (ipilimumab)**

Ipilimumab is een antilichaam dat samenwerkt met het immuunsysteem om T-cellen actief te houden. Ipilimumab blokkeert een bepaalde schakelaar (CTLA-4) op de buitenkant van de T-cel die de werking van die T-cel remt. We willen juist dat de T-cel geactiveerd wordt om melanoomcellen te vernietigen. Het remmen van CTLA-4 stimuleert dus het afweersysteem. Recente studies hebben aangetoond dat behandeling met een anti-PD1 effectiever is dan behandeling met anti-CTLA4 bij patiënten met inoperabel gemetastaseerd melanoom.

- **Combinatie ipilimumab/nivolumab**

Nivolumab en ipilimumab vullen elkaar aan als ze gecombineerd worden. Deze combinatietherapie heeft een betere responskans en geeft een hogere overlevingskans dan monotherapie met nivolumab of pembrolizumab, maar geeft wel meer bijwerkingen. Recente studies hebben laten zien dat de combinatietherapie ipilimumab/nivolumab ook effectief kan zijn bij hersenuitzaaiingen.

Nivolumab, pembrolizumab en ipilimumab worden altijd per infuus toegediend.

1.3 Chemotherapie

Chemotherapie (bijvoorbeeld dacarbazine) is een manier om kankercellen te doden of ervoor te zorgen dat ze zich niet meer kunnen delen. Dat gebeurt met chemische stoffen die cytostatica worden genoemd. Door de komst van de doelgerichte therapie (zie paragraaf 1.1) en anti-PD1 (zie paragraaf 1.2), wordt chemotherapie niet meer gebruikt als eerstelijnsbehandeling bij inoperabel gemetastaseerd melanoom. De rol van chemotherapie bij de behandeling van inoperabel gemetastaseerd melanoom is dus klein. Chemotherapie kan worden toegepast in de hoop de kankergroei tijdelijk te remmen en de klachten van de uitgezaaide kanker te verminderen (palliatieve zorg).

1.4 Klinische studies

Klinische studies zijn een belangrijke behandeloptie voor patiënten met een inoperabel gemetastaseerd melanoom. Door mee te doen aan een klinische studie kunt u toegang krijgen tot een geneesmiddel dat nog niet is geregistreerd. Dit kan relevant zijn als:

- u niet in aanmerking komt voor een behandeling met de hierboven beschreven, geregistreerde geneesmiddelen;
- u deze geregistreerde geneesmiddelen al heeft geprobeerd zonder (voldoende) succes;
- een veelbelovende (combinatie)therapie wordt onderzocht die in studies betere resultaten laat zien dan de hierboven beschreven, geregistreerde geneesmiddelen.

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

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

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

Hoe wordt een geneesmiddel geregistreerd?

Voordat een geneesmiddel geregistreerd wordt, is veel onderzoek nodig. Eerst in het laboratorium, daarna bij proefdieren en vervolgens bij mensen. Klinische studies bij mensen moeten de veiligheid en effectiviteit van een geneesmiddel of een combinatie van geneesmiddelen vaststellen. Dit gebeurt onder strikt toezicht. Nadat veiligheid en effectiviteit vastgesteld zijn, wordt een geneesmiddel geregistreerd. Pas dan kunnen grotere groepen patiënten over het geneesmiddel beschikken.

2. Locoregionale therapieën

Bij locoregionale therapieën gaat het om de behandeling van de plaats waar de tumor(en) zich bevinden en/of het gebied eromheen. Deze therapieën kunnen gecombineerd worden met systemische therapieën om inoperabel gemetastaseerd melanoom te behandelen.

2.1. Operatie

Bij inoperabel gemetastaseerd melanoom zitten de uitzaaiingen op plaatsen die zeer lastig of niet geopereerd kunnen worden. Het kan ook zijn dat er zo veel uitzaaiingen zijn, dat het operatief verwijderen van één of enkele niet zinvol is. Soms wordt er echter wel geopereerd, namelijk als een uitzaaiing veel (pijn)klachten geeft.

2.2. Radiotherapie (bestraling)

Bij radiotherapie wordt radioactieve straling gebruikt om de kankercellen te beschadigen of vernietigen. De bestraling gebeurt met een speciaal bestralingstoestel. Dit toestel bestraalt heel gericht de tumor, de uitzaaiing of de lymfeklieren.

Bij het bestralen van de hersenen kan men kiezen voor een algehele schedelbestraling (Whole Brain Radio-Therapy (WBRT)) of een stereotactische bestraling (precisiebestraling - Gamma Knife). Bij dit laatste richt de bestraling zich zo nauwkeurig mogelijk op de uitzaaiing om schade aan het gezonde hersenweefsel rondom de tumor zoveel mogelijk te voorkomen. Deze behandeling wordt overwogen als er weinig hersenuitzaaiingen zijn.

Zowel Gamma Knife als WBRT kunnen gecombineerd worden met doelgerichte therapie (zie paragraaf 1.1) en immunotherapie (zie paragraaf 1.2). Radiotherapie wordt vaak toegepast als aanvullende behandeling bij gedeeltelijke, operatieve verwijdering. Daarnaast kan het ook worden gebruikt voor het bestrijden van symptomen en verlichten van pijn veroorzaakt door uitzaaiingen in de hersenen of botten.

2.3 T-VEC

Dit medicijn is bedoeld voor mensen met lokale of regionale uitzaaiingen van het melanoom in de huid, onderhuids of in de lymfklieren (stadium IIIB, IIIC en IVA), maar zonder uitzaaiingen in organen. Voor dit medicijn is het herpes simplex virus gebruikt, bekend als veroorzaker van de koortslip. Het virus is zo aangepast dat het geen koortslip meer kan veroorzaken, maar wel kankercellen kan doden. Als dit medicijn in een melanoom wordt gespoten, vermenigvuldigt het virus zich

in de kankercellen. Zodra een kanker cel vol met virussen zit, spat deze uiteen en verspreiden de virussen zich naar de omliggende cellen. In gezonde cellen kan het virus zich niet vermenigvuldigen. Het medicijn valt dus heel selectief de kankercellen aan. Ook is er een eiwit bij het virus ingebouwd dat afweercellen aantrekt. Hierdoor ontstaat er lokaal een afweerreactie en gaat ook het immuunsysteem de kankercellen aanvallen.

Psychosociale hulp

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

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

3. Bijwerkingen melden

Door uw behandeling kunnen (ernstige) bijwerkingen ontstaan. Uw arts of de verpleegkundige informeert u over mogelijke bijwerkingen die u kunt verwachten. Ook kunt u de bijsluiters van of de patiëntinformatie over uw medicijnen lezen. Eventuele bijwerkingen hangen af van:

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

Het is belangrijk om bijwerkingen van uw behandeling te bespreken met uw behandelend arts. Hij/zij kan u misschien medicijnen voorschrijven die helpen tegen de klachten. Soms wordt de dosis van het medicijn blijvend of tijdelijk aangepast. Of wordt de behandeling tijdelijk gepauzeerd. Voor informatie en adviezen kunt u ook terecht bij de oncologieverpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze gespecialiseerde verpleegkundigen zijn in veel ziekenhuizen aanwezig.

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

Behandelcentra in Nederland

In Nederland zijn veertien melanoomcentra waar patiënten met een inoperabel gemetastaseerd melanoom behandeld worden. Dit zijn alle universitaire ziekenhuizen (behalve het AMC in Amsterdam), Antoni van Leeuwenhoek in Amsterdam, Isala in Zwolle, Máxima Medisch Centrum in Veldhoven, Zuyderland Medisch Centrum in Heerlen, Amphia Ziekenhuis in Breda, Medisch Centrum Leeuwarden en Medisch Spectrum Twente in Enschede. Als het goed is, bent u naar één van deze ziekenhuizen doorverwezen.

Referenties

- Andtbacka RH, Kaufman HL, Collichio F, et al., Talimogene laherparepvec improves durable response rate in patients with advanced melanoma. *J Clin Oncol* 2015;33(25):2780-8
- Ascierto, Paolo A et al., Cobimetinib combined with vemurafenib in advanced BRAFV600-mutant melanoma (coBRIM): updated efficacy results from a randomised, double-blind, phase 3 trial, *The Lancet Oncology*, Volume 17, Issue 9, 1248 -1260
- Davies, Michael A et al., Dabrafenib plus trametinib in patients with BRAFV600-mutant melanoma brain metastases (COMBI-MB): a multicentre, multicohort, open-label, phase 2 trial. *The Lancet Oncology*, Volume 18, Issue 7, 863 - 873
- Hodi FS, Kluger HM, Sznol M, et al., Durable, long-term survival in previously treated patients with advanced melanoma who received nivolumab monotherapy in a phase I trial. 2016 AACR Annual Meeting. Abstract CT001. Presented April 17, 2016
- Long GV, Weber JS, Infante JR, et al., Overall Survival and Durable Responses in Patients With BRAF V600-Mutant Metastatic Melanoma Receiving Dabrafenib Combined With Trametinib, *J Clin Oncol*. 2016 Mar 10;34(8):871-8
- Schachter, Jacob et al., Pembrolizumab versus ipilimumab for advanced melanoma: final overall survival results of a multicentre, randomised, open-label phase 3 study (KEYNOTE-006). *The Lancet*, 2017, Volume 390 , Issue 10105 , 1853 - 1862
- Wolchok, J.D. et al., Overall Survival with Combined Nivolumab and Ipilimumab in Advanced Melanoma, *N Engl J Med* 2017; 377:1345-1356
- Tawbi H, Forsyth P, Algazi A, et al. Efficacy and safety of nivolumab (NIVO) plus ipilimumab (IPI) in patients with melanoma (MEL) metastatic to the brain: Results of the phase II study CheckMate 204. Program and abstracts of the 2017 American Society of Clinical Oncology Annual Meeting; June 2-6, 2017; Chicago, Illinois. Abstract 9507

- Long G, Atkinson V, Menzies A, et al. A randomized phase II study of nivolumab or nivolumab combined with ipilimumab in patients (pts) with melanoma brain metastases (mets): The Anti-PD1 Brain Collaboration (ABC). Abstracts of the 2017 American Society of Clinical Oncology Annual Meeting; June 2-6, 2017; Chicago, Illinois. Abstract 9508

Websites

- <http://www.esmo.org/Guidelines/Melanoma/Cutaneous-Melanoma>, geraadpleegd op 25 mei 2017
- http://stichtingmelanoom.nl/fileadmin/stichting_melanoom/15659_Medische_Oncologie_feb_2016_-_behandeling_gemetastaseerd_melanoom.pdf, geraadpleegd op 15 november 2017
- http://www.ema.europa.eu/docs/nl_NL/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/003985/WC500189768.pdf, geraadpleegd op 15 november 2017
- <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/research/mek>, geraadpleegd op 15 november 2017
- <https://www.dica.nl/jaarrapportage-2016/dmtr>, geraadpleegd op 15 november 2017
- <https://www.avl.nl/topmenu/over-avl/nieuws/nieuwe-immuuntherapie-zet-koortslipvirus-in-om-huidkanker-te-lijf-te-gaan/>, geraadpleegd op 16 november 2017
- <http://www.ascopost.com/issues/july-25-2017/drug-combinations-prove-effective-against-melanoma-brain-metastases>, geraadpleegd op 17 november 2017

Stichting Melanoom

Stichting Melanoom is een patiëntenorganisatie voor mensen met huidmelanoom of oogmelanoom en hun naasten. De stichting richt zich op duidelijke informatievoorziening, belangenbehartiging en het faciliteren van lotgenotencontact.

Jaarlijks organiseert de stichting de 'Melanoom Infodag', waar diverse artsen een update geven van de laatste medische ontwikkelingen. Daarnaast worden er voor verschillende onderwerpen specifieke workshops georganiseerd en is er uitgebreid tijd voor lotgenotencontact. Ook via social media en het forum bespreken patiënten onderling de laatste medische en sociale ontwikkelingen.

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

Wilt u een gift overmaken aan Stichting Melanoom? Dat kan via bankrekeningnummer NL51INGB0007530279 t.n.v. Stichting Melanoom. Stichting Melanoom heeft een ANBI-status.

Meer informatie

Deze folder is een uitgave van Stichting Melanoom. De inhoud van deze folder is tot stand gekomen met medewerking van prof. dr. J.B.A.G. (John) Haanen (Antoni van Leeuwenhoek) namens de Raad van Advies van Stichting Melanoom. Heeft u vragen over de inhoud van deze folder of andere vragen? Neem dan gerust contact op met Stichting Melanoom.

Contact

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

Correspondentieadres

postbus 8152,
3503 RD Utrecht

Secretariaat

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

Hulplijn/Lotgenotencontact

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

Website

www.stichtingmelanoom.nl

Forum

www.melanoomforum.nl

U kunt ons ook volgen op Facebook en Twitter.

Uitgave: december 2017

