

# Nieuwe richtlijn voor patiënten met wervelmetastasen van solide tumoren en wervellokalisaties van hematologische tumoren

## New Dutch guideline for patients with spinal metastases of solid tumors and spinal localisations of haematological malignancies

dr. W. Taal<sup>1</sup> en drs. A.C.M. van der Togt-van Leeuwen<sup>2</sup>, namens de multidisciplinaire richtlijnwerkgroep

### Samenvatting

In 2015 is de multidisciplinaire 'evidence-based' richtlijn 'Wervelmetastasen' van de Landelijke Werkgroep Neuro-Oncologie (LWNO) verschenen. Deze richtlijn betreft patiënten met wervelmetastasen van solide tumoren en wervellokalisaties van hematologische tumoren. In dit artikel worden enkele belangrijke aanbevelingen op het gebied van diagnostiek, behandeling en het vervoltraject besproken.

(*Ned Tijdschr Oncol* 2015;12:277-80)

### Summary

In 2015, the multidisciplinary evidence based guideline 'Spinal metastasis' of the National Working Group Neuro-Oncology (LWNO) has appeared. This guideline applies to patients with spinal metastases of solid tumors and spinal localisations of haematological malignancies. This article gives a short overview of some key recommendations in the areas of diagnostics, treatment and follow-up.

### Inleiding

In Nederland worden elk jaar ongeveer 25.000 patiënten gediagnosticeerd met wervelmetastasen. Huisartsen en een verscheidenheid aan specialisten zien dus regelmatig patiënten met (een verdenking op) wervelmetastasen. Wervelmetastasen kunnen leiden tot pijn en/of neurologische uitval.

De landelijke tumorspecifieke richtlijnen op *oncoline.nl*, *richtlijnen database.nl* en *hovon.nl* verschaffen slechts summiere informatie met betrekking tot wervelmetastasen en wervellokalisaties van hematologische maligniteiten.

De vorige richtlijn 'Spinale epidurale metastasen' dateerde uit 2006. De Landelijke Werkgroep Neuro-Oncologie (LWNO) heeft in 2012 besloten deze richt-

lijn te actualiseren. Bij de start van deze herziening is besloten de richtlijn uit te breiden tot een multidisciplinaire, richtlijn 'Wervelmetastasen', waarin ook wervellokalisaties van hematologische maligniteiten zijn meegenomen.

Voorafgaand aan de revisie zijn door middel van een enquête bij professionals en patiënten de belangrijkste knelpunten geïnventariseerd. De richtlijn 'Spinale epidurale metastasen' uit 2006 was 'consensus-based' opgesteld. De huidige richtlijn 'Wervelmetastasen' heeft drie knelpunten uit de praktijk 'evidence-based' uitgezocht en beantwoord. Daarnaast is een groot aantal knelpunten 'consensus-based' beantwoord. Het literatuuronderzoek voor de 'evidence-based' vragen is uitgevoerd en begeleid door een IKNL-lite-

<sup>1</sup>neuro-oncoloog, afdeling Neurologie/Neuro-oncologie, Erasmus MC Kanker Instituut, Rotterdam, voorzitter van de richtlijnwerkgroep, <sup>2</sup>adviseur richtlijnen, Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), procesbegeleider richtlijnwerkgroep. Correspondentie graag richten aan mw. drs. A.C.M. van der Togt-van Leeuwen, IKNL, Vasteland 78, 3011 BN Rotterdam, tel.: 088 234 62 32, e-mailadres: s.vandertogt@iknl.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: IKNL.

**Trefwoorden:** behandeling, diagnostiek, dwarslaesie, lymfoom, multipel myeloom, myelum, nazorg, neurologische uitval, pijn, richtlijn, ruggenmerg, spinale epidurale metastasen, uitzaaiingen, vervoltraject, wervelkolom, wervelmetastasen

**Keywords:** diagnosis, follow-up, guideline, lymphoma, metastases, metastatic spinal cord compression, multiple myeloma, neurological deficit, pain, spinal, spinal cord, treatment, vertebral

ratuuronderzoeker/methodologisch expert. Voor de uitwerking van de 'consensus-based' uitgangsvragen gebruikten de werkgroepleden de bij hen bekende literatuur. Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) zorgde voor begeleiding, secretariële ondersteuning en financiering.

De nieuwe richtlijn geeft aanbevelingen op het gebied van diagnostiek, (patiëntselectie voor) de diverse behandelmodaliteiten, organisatie van zorg, het vervolgtraject en palliatieve zorg. Ook is er patiënteninformatie opgenomen in de richtlijn, aangezien die nog niet voorhanden was. Deze patiënteninformatie is te vinden op de website *kanker.nl*.

### De doelgroep

Aangezien de symptomen, de complicaties en de behandeling van wervellokalisaties van hematologische maligniteiten veel overeenkomsten vertonen met wervelmetastasen, omvat de term wervelmetastasen in deze richtlijn ook lokalisaties van het multipel myeloom en de maligne lymfomen. Daarnaast heeft de richtlijn zowel betrekking op patiënten met wervelmetastasen zonder epidurale uitbreiding als op patiënten met metastatische spinale epidurale myelumcompressie (MESMC). Op deze manier hopen we dat er een meer proactief beleid kan worden nagestreefd, zodat sneller kan worden geïntervenieerd en hopelijk het ontstaan van ernstige pijn- en neurologische klachten kan worden voorkomen. Om een breed draagvlak voor de richtlijn te creëren, is deze tot stand gekomen door de inzet van een gemêleerde richtlijnwerkgroep, waaraan alle bij wervelmetastasen betrokken specialisten, een verpleegkundige, een huisarts en een patiëntvertegenwoordiger hebben deelgenomen.

### Vertraging voorkomen

Symptomatische wervelmetastasen moeten zo vroeg mogelijk worden gediagnosticeerd en behandeld om onnodig veel pijn en neurologische uitval zo veel mogelijk te voorkomen. Er is vaak een vertraging van enkele maanden voordat de diagnose wervelmetastasen wordt gesteld bij patiënten met kanker die rugpijn hebben.

Een belangrijk doel van deze richtlijn is dan ook om deze vertraging zo veel mogelijk te voorkomen. De vertraging wordt zowel door de patiënt als door de dokter veroorzaakt. Het is dus belangrijk om enerzijds (hoogrisico)patiënten en hun huisarts goed in te lichten met betrekking tot de alarmsymptomen waarbij ze contact moeten opnemen en met wie. Hiertoe is een formulier met alarmsymptomen opgenomen dat kan worden uitgereikt aan (hoogrisico)patiënten en hun huisarts.

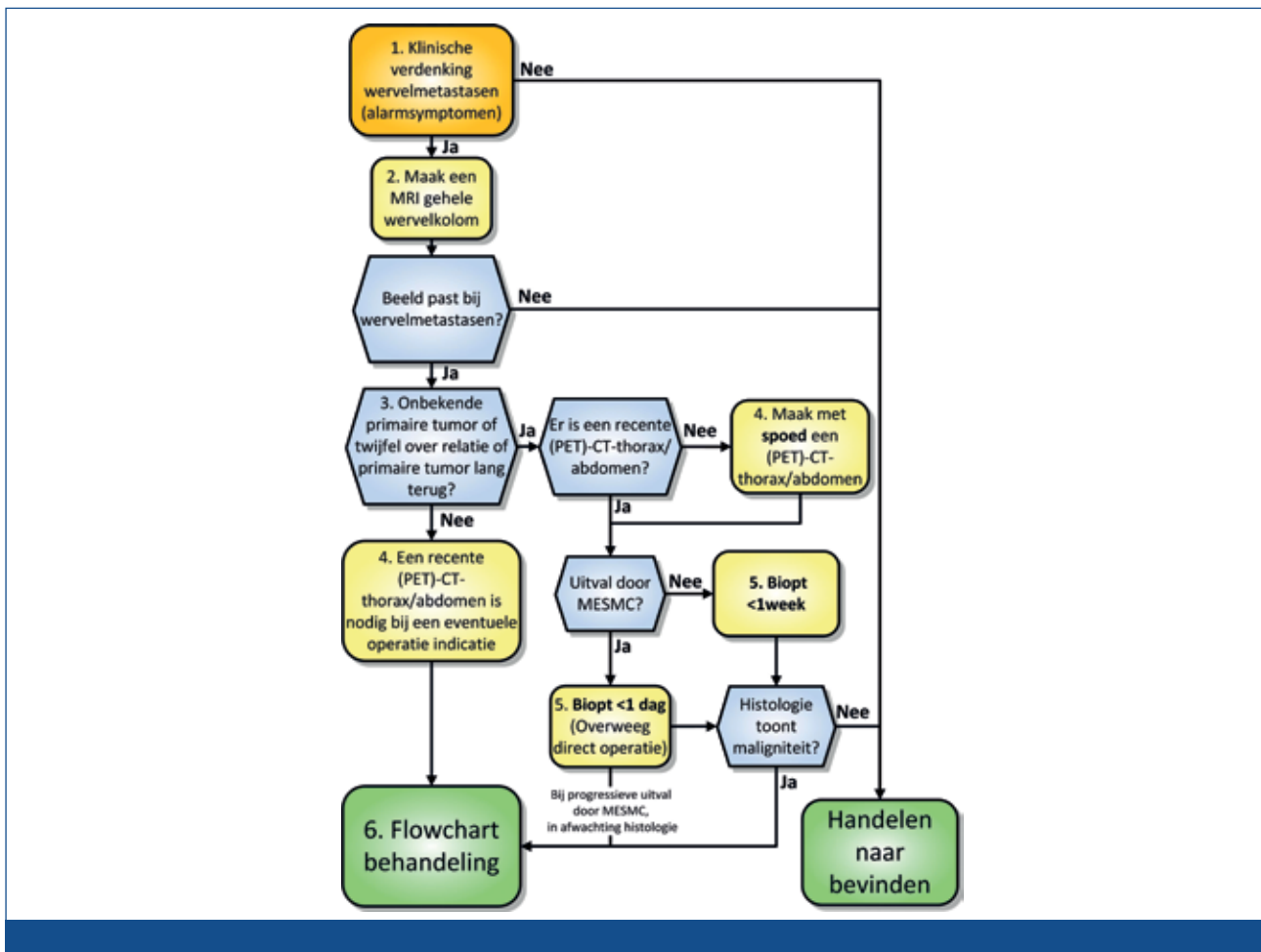
Anderzijds geeft de richtlijn duidelijke adviezen met

betrekking tot de organisatie van de zorg. In de hoofdstukken over de diagnostiek, behandeling en organisatie van zorg staan duidelijke termijnen genoemd waarbinnen de diagnostiek en behandeling moet plaatsvinden. Zo dient bij patiënten met een klinische verdenking op wervelmetastasen in elk geval binnen 2 weken een MRI-scan van de gehele wervelkolom te worden gemaakt, tenzij er al beeldvorming aanwezig is waarop de wervelmetastasen adequaat zijn afgebeeld. Bij een klinische verdenking op MESMC dient een MRI-wervelkolom binnen 12 uur te worden gemaakt, zodat de behandeling bij aangetoonde MESMC ruim binnen 24 uur kan beginnen. Bij een verdenking op wervelmetastasen van onbekende origine wordt geadviseerd nog voor de start van de behandeling weefsel voor histologisch onderzoek te verkrijgen in elk geval binnen 1 week en binnen 1 dag indien er klinisch en/of radiologisch MESMC bestaat (zie *Figuur 1*, pagina 279).

### Behandeling en patiëntselectie

De richtlijn gaat uitgebreid in op alle behandelmodaliteiten bij wervelmetastasen, waaronder radiotherapie, chirurgie, systemische therapie en percutane interventies. Bestraling, eventueel in combinatie met corticosteroiden, is de belangrijkste behandeling, maar soms is een operatie geïndiceerd. Het gaat hierbij echter vaak om operaties bij patiënten in de palliatieve fase met een relatief korte levensverwachting. In de richtlijn is dan ook speciale aandacht besteed aan de selectie van patiënten. Chirurgie is de behandeling van voorkeur bij instabiliteit van de wervelkolom (zie *Figuur 2*, pagina 280). Met het oog op een eventuele stabiliserende operatie is een hoofdstuk gewijd aan het bepalen van de stabiliteit van de betrokken wervels. Een heldere definitie van mechanische instabiliteit en een objectieve maat ervoor ontbreken echter nog. Een belangrijke voorwaarde voor een operatie is een beperkt gebied van aantasting, zodat een operatie technisch mogelijk is. Een andere voorwaarde is een levensverwachting van minstens 3 maanden. Een apart hoofdstuk is daarom gewijd aan het inschatten van de overleving bij patiënten met wervelmetastasen. In dit hoofdstuk zijn drie voorstellende modellen opgenomen.

De (keuze van) behandeling van patiënten met wervelmetastasen en zeker met MESMC vereist een multidisciplinaire aanpak waarbij de regievoerende specialist (waaronder internist-oncoloog, hematoloog, uroloog en longarts), de radiotherapeut, de radioloog, de neuroloog/neuro-oncoloog (bij neurologische uitval) en vaak ook de wervelkolomchirurg (bij een mogelijke operatie-indicatie) betrokken moeten zijn.



**Figuur 1.** Stroomdiagram diagnostiek.

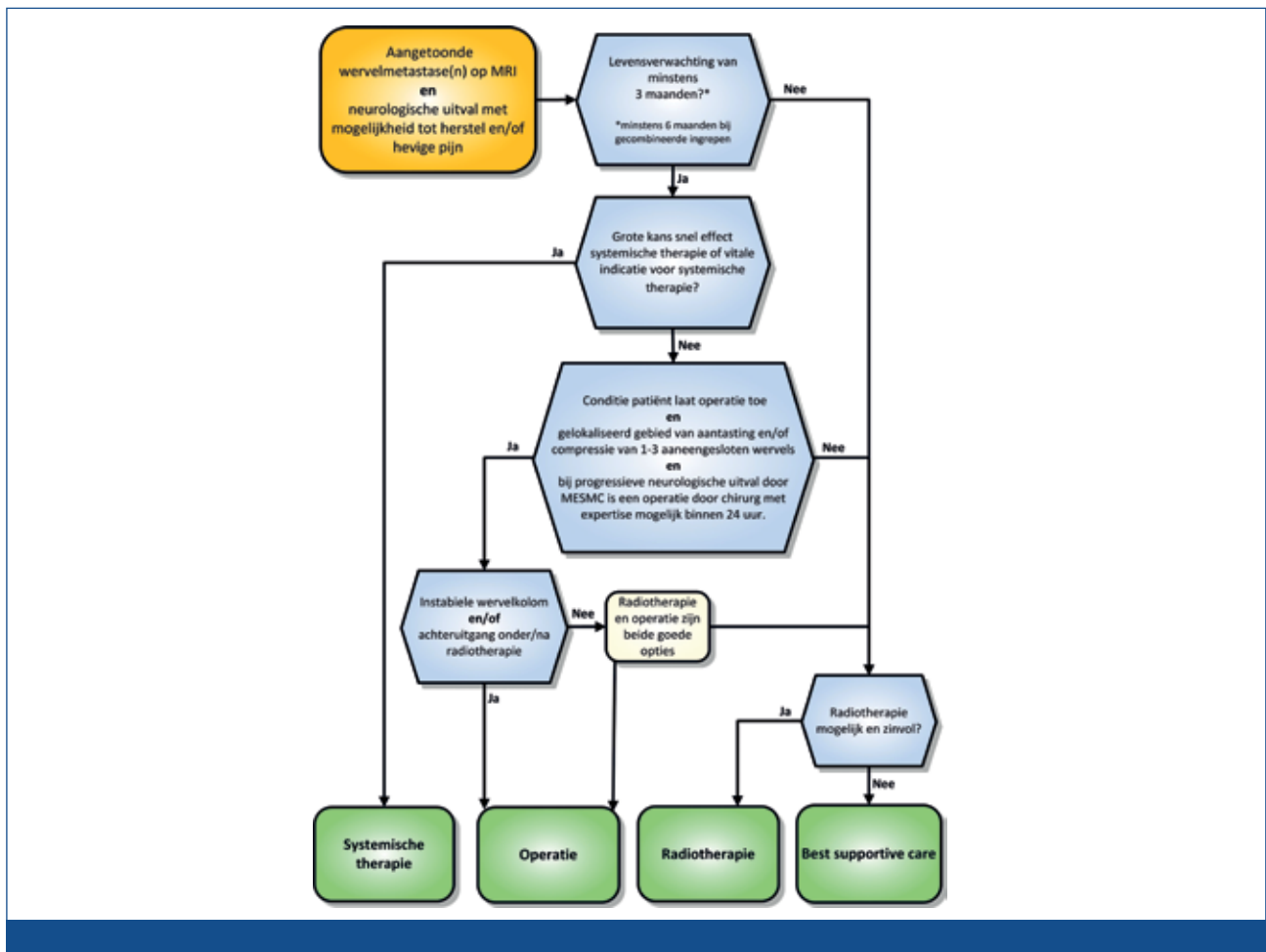
## Palliatieve zorg, begeleiding en vervolgtraject

Het overgrote deel van de patiënten met wervelmeta- stasen bevindt zich in de palliatieve fase van hun ziekte. In de richtlijn is daarom uitgebreid aandacht besteed aan palliatieve zorg, symptoombestrijding en begeleiding. Benadrukt wordt om aandacht te besteden aan alle dimensies van de zorg, zowel lichame- lijk, psychisch, sociaal als spiritueel. Geadviseerd wordt om een individueel zorg- en behandelplan op te stellen, gebaseerd op de individuele doelen, be- hoefsten, grenzen en wensen van de patiënt, waarin ook wordt geanticipeerd op toekomstige situaties. Hierbij is een goede afstemming en overdracht tussen alle betrokken zorgverleners essentieel. De huisarts speelt hierbij een centrale rol en wordt dus actief en zo vroeg mogelijk in het behandeltraject betrokken. De huisarts is te allen tijde goed op de hoogte van de situatie bij een patiënt die al bekend is met wervelme- tastasen: wat zijn de aangedane wervels (uitslag recen- te beeldvorming), welke klachten zijn te verwachten en zijn er eventueel nog therapeutische mogelijkhe- den? Voor de patiënt moet op ieder moment duidelijk zijn wie de regievoerende arts is. De regievoerende

arts zorgt voor een goede coördinatie van de zorg en overdracht, zowel naar de eerste lijn als naar de twee- de lijn. Geselecteerde patiënten met een levensver- wachting van minimaal 6 maanden komen eventueel in aanmerking voor (oncologische) revalidatie.

## Organisatie van zorg

Om te komen tot organisatie van zorg bij patiënten met wervelmetastasen heeft de werkgroep ervoor ge- kozen onder andere het rapport van de Stichting On- cologische Samenwerking (SONCOS) als uitgangspunt te nemen. SONCOS heeft normen opgesteld ([www.son- cos.org](http://www.son- cos.org)) waaraan ziekenhuizen en hulpverleners moe- ten voldoen bij de behandeling van de meest voorko- mende tumorsoorten, met als doel om een hogere kwaliteit te bereiken in de oncologische zorg. In de richtlijn worden enkele algemene voorwaarden uit het SONCOS-normeringsrapport voor oncologische zorg voor patiënten met wervelmetastasen besproken. Zo is de werkgroep bijvoorbeeld van mening dat wervelko- lomchirurgie bij patiënten met wervelmetastasen al- leen wordt uitgevoerd in een zorginstelling die per jaar ten minste 10 wervelkolomoperaties verricht bij pati- enten met wervelmetastasen.



**Figuur 2.** Stroomdiagram behandeling.

### Patiënteninformatiefolder

Patiënteninformatie waarin alle aspecten met betrekking tot wervelmetastasen aan bod kwamen, was tot nu toe niet beschikbaar. Daarom heeft de richtlijnwerkgroep met hulp van enkele niet-medici en de redactie van de website *kanker.nl* een uitgebreide patiënteninformatiefolder geschreven. Deze is aan de richtlijn toegevoegd en is in te zien via de website *kanker.nl*.

### Conclusie

De nieuwe richtlijn wervelmetastasen bevat aanbevelingen die gericht zijn op verdere verbetering van de

kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van patiënten met (verdenking op) wervelmetastasen en wervellocalisaties van hematologische maligniteiten.

### Referentie

De richtlijn wervelmetastasen is te vinden op [www.oncoline.nl/wervelmetastasen](http://www.oncoline.nl/wervelmetastasen).

Ontvangen 20 april 2015, geaccepteerd 27 augustus 2015.

### Samenstelling richtlijnwerkgroep

Naast de auteurs bestond de richtlijnwerkgroep uit: dr. P.R. Algra, radioloog, Medisch Centrum Alkmaar, dr. R.H.M.A. Bartels, neurochirurg, Radboudumc, Nijmegen, drs. T. Brouwer, namens Levenmetkanker-beweging, dr. P.D.S. Dijkstra, orthopeed, LUMC, Leiden, dr. A. de Graeff, internist-oncoloog, UMCU, Utrecht, dr. J.M.A. Kuijlen, neurochirurg, UMCG, Groningen, dr. Y.M. van der Linden, radiotherapeut-oncoloog, LUMC, Leiden, C. Nijboer, neuro-oncologieverpleegkundige, VUmc, Amsterdam, dr. M.C. Minnema, hematoloog, UMCU, Utrecht, dr. D.L.H. Poelma, radiotherapeut-oncoloog, RIF, Leeuwarden, drs. C. Rolf, huisarts, Tzummarum, drs. T. Sluis, revalidatiearts, Rijndam revalidatiecentrum, Rotterdam, drs. M.A.M.B. Terheggen, anesthesist, ziekenhuis Rijnstate, Arnhem, drs. A. van der Mei, secretaresse, IKNL, Groningen. Adviseurs waren prof. dr. W.C. Peul, neurochirurg, LUMC, Leiden, dr. W.C.H. Jacobs, epidemioloog, LUMC, Leiden, drs. L. Bollen, arts-onderzoeker, LUMC, Leiden, dr. O. van der Hel, literatuuronderzoeker, IKNL, Utrecht.