

Richtlijn voor patiënten met wervelmetastasen van solide tumoren en wervellokalisaties van hematologische tumoren

Richtlijn wervelmetastasen

T.A.R. Sluis, A.C.M. van der Togt-van Leeuwen, W. Taal
namens de multidisciplinaire richtlijnwerkgroep

Op 20 augustus 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 vervolgtraject besproken.

In Nederland worden per 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 vorige richtlijn *Spinale Epidurale Metastasen* dateerde uit 2006. De Landelijke Werkgroep Neuro-oncologie (LWNO) heeft in 2012 besloten deze richtlijn 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 bij professionals en patiënten de belangrijkste knelpunten geïnterviewd. 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 literatuuronderzoeker/methodologisch expert van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Voor de uitwerking van de consensus based uitgangsvragen gebruikten de werkgroepleden de bij hen bekende literatuur. IKNL zorgde voor begeleiding, secretariële ondersteuning en financiering.

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

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 huidige richtlijn nu zowel betrekking op patiënten met wervelmetastasen zonder epidurale uitbreiding als op patiënten met metastatische spinale epidurale myelumcompressie (MESMC). Op deze manier hoopt de richtlijnwerkgroep dat er een meer proactief beleid kan worden nagestreefd, zodat sneller geïnterveneerd kan worden 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 - zoals een revalidatiearts, een verpleegkundige, een huisarts en een patiëntvertegenwoordiger - hebben deelgenomen.

Drs. T.A.R. (Tebbe) Sluis, revalidatiearts, Rijnland Rotterdam
Drs. A.C.M. (Sandra) van der Togt-van Leeuwen, adviseur richtlijnen,
Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), proces-begeleider richtlijnwerkgroep
Dr. W. (Walter) Taal, neuro-oncoloog, afdeling Neurologie/Neuro-oncologie,
Erasmus MC Kanker Instituut, Rotterdam, voorzitter richtlijnwerkgroep

VERTRAGING VOORKOMEN

Het is dus belangrijk om enerzijds (hoog-risico) patiënten en hun huisarts goed in te lichten over de alarmsymptomen waarbij ze contact op moeten nemen en met wie. Hiertoe is een formulier met alarmsymptomen opgenomen, dat uitgereikt kan worden aan (hoog-risico) patiënten en hun huisarts.

Alarmsymptomen die kunnen wijzen op wervelmeta-stasen zijn: nachtelijke rugpijn, progressieve rugpijn, nieuwe lokale rugpijn, druk-/kloppijn over de wervelkolom en een matige conditie.

Ook hevige pijn in alle houdingen en pijn tussen de schouderbladen is verdacht.

Anderzijds geeft de richtlijn adviezen met betrekking tot de organisatie van de zorg. In de hoofdstukken over de diagnostiek, behandeling en organisatie van zorg staan termijnen genoemd, waarbinnen de diagnostiek en behandeling moeten plaatsvinden.

BEHANDELING EN PATIËNTSELECTIE

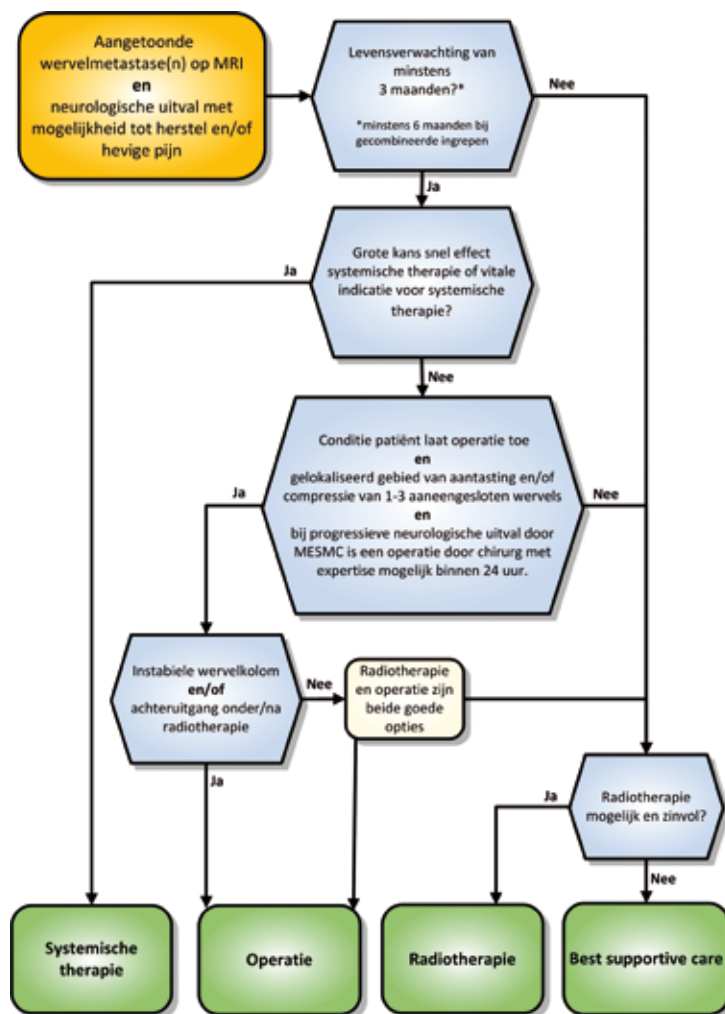
De richtlijn gaat uitgebreid in op alle behandelmodali-teiten bij wervelmeta-stasen. Bestraling, eventueel in combinatie met corticosteroïden, is de belangrijkste behandeling, maar soms is een operatie geïndiceerd. Het gaat hierbij vaak om operaties bij patiënten in de palliatieve fase met een relatief korte levensverwachting.

De levensverwachting wordt door behandelaars over het algemeen te hoog ingeschat, maar is moeilijk te voorspellen. In de richtlijn zijn drie gevalideerde predictiemodellen opgenomen. De belangrijkste voorspellers zijn het type tumor, de Karnofsky performance schaal en het voorkomen van andere metastasen.

De (keuze van) behandeling van patiënten met wervelmeta-stasen en zeker met MESMC vereist een multidisciplinaire aanpak.

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 voor palliatieve zorg, symptoombestrijding en begeleiding. Benadrukt wordt om aandacht te besteden aan alle dimensies van de zorg, zowel lichamelijk, psychisch, sociaal als spiritueel. Geadviseerd wordt om een individueel zorg- en behandelplan op te stellen, gebaseerd op de individuele doelen, behoeften, grenzen en wensen van de patiënt, waarin ook geanticipeerd wordt op toekomstige situaties. Een goede afstemming en overdracht tussen alle betrokken zorgverleners is essentieel. De huisarts speelt hierbij een centrale rol en wordt dus actief en zo vroeg mogelijk in het behandeltraject betrokken. De



Stroomdiagram behandeling symptomatische wervelmeta-stasen.

huisarts moet te allen tijde goed op de hoogte zijn van de situatie van een patiënt, die al bekend is met wervelmeta-stasen. Voor de patiënt moet op ieder moment duidelijk zijn wie de regievoerend arts is. De regievoerend arts zorgt voor een goede coördinatie van de zorg en overdracht, zowel naar de eerste als naar de tweede lijn.

BETROKKENHEID REVALIDATIEGENEESKUNDE EN BEHANDELDOELEN

Gezien de aard van de problematiek is de rol van de revalidatiegeneeskunde bij deze patiënten slechts beperkt. De revalidatiearts dient bij patiënten met een wervelmeta-stase betrokken te worden, indien er sprake is van neurologische uitval én als de patiënt voldoet aan de criteria zoals die gesteld zijn in de richtlijn *Dwarslaesie* op OncoLine (oncoline.nl/dwarslaesie).

Indien er geen neurologische uitval is, dient de revalidatiearts toch betrokken te zijn, als de patiënt voldoet aan de criteria zoals gesteld in de richtlijn *Oncologische revalidatie* op OncoLine (oncoline.nl/oncologische-revalidatie).

Kort samengevat kunnen patiënten met een levensverwachting van meer dan één jaar worden behandeld volgens het reguliere behandelprogramma voor revalidatie van patiënten met een dwarslaesie. Bij een levensverwachting korter dan zes maanden kan, in overleg met huisarts en patiënt, overwogen worden tot een korte periode van poliklinische revalidatie, indien de reis van en naar de revalidatie-instelling niet te belastend is voor de patiënt. Voor een goede voortgang van de revalidatie dient het revalidatieteam de patiënt zoveel mogelijk protocollair te behandelen, bij voorkeur in een gespecialiseerd dwarslaesiecentrum (NVDG niveau 2).

Behandeldoelen zullen zich meestal beperken tot een goede mictie en defaecatie regulatie, zitten en rijden in de rolstoel.

Bij patiënten met wervelmetastasen is het van belang de specifieke problemen die zich voordoen bij oncologiepatiënten niet uit het oog te verliezen. Zowel de patiënt als de familie dient op de hoogte te zijn van de diagnose en prognose van de dwarslaesie en de beperkte levensverwachting. Voor een goede revalidatie moet aanvullende therapie (chemotherapie, radiotherapie, pijnbehandeling) niet beperkend zijn voor het revalidatieprogramma. De patiënt moet over een zodanige fysieke en mentale conditie beschikken om een revalidatieprogramma te volgen.

Voor alle patiënten met oncologische aandoeningen geldt dat kanker en de hieraan gerelateerde behandelingen vaak gepaard gaan met restklachten, die uiteindelijk kunnen leiden tot een verminderde kwaliteit van leven op verschillende levensgebieden. Kankergerelateerde vermoeidheid is één van de grootste

problemen die vooral tijdens en na de behandeling optreedt en bij meer dan 50% van de oncologische patiënten voorkomt. Naast vermoeidheid zijn er ook pijn-, depressie- en angstproblemen die mensen kunnen ervaren tijdens of na de behandeling voor kanker. In de doelen die gesteld worden in de revalidatie dient hiermee rekening te worden gehouden.

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*.

REFERENTIES

www.oncoline.nl/dwarslaesie
www.oncoline.nl/oncologische-revalidatie
www.oncoline.nl/vermoeidheid
www.herstelenbalans.nl
www.who.int/classifications/icf/en/

De richtlijn wervelmetastasen is te vinden op www.oncoline.nl/wervelmetastasen en op www.richtlijndatabase.nl/wervelmetastasen.

Correspondentie

tsluis@rijndam.nl