

Richtlijn Intracranieel meningeoom

V.P.M. Schepers

De Nederlandse Vereniging voor Neurologie, de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie, de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie, de Nederlandse Vereniging voor Pathologie, de Nederlandse Vereniging voor Radiologie, de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, de Vereniging Klinische Genetica Nederland, het Nederlands Instituut van Psychologen en de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland waren gezamenlijk met twee patiëntenverenigingen vertegenwoordigd in een multidisciplinaire richtlijnwerkgroep. Onder verantwoordelijkheid van de Landelijke Werkgroep Neuro-Oncologie is met financiering van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) de landelijke richtlijn Intracranieel Meningeoom ontwikkeld.

De richtlijn is door alle verenigingen geautoriseerd en in april 2015 gepubliceerd.

Dit artikel is een korte uiteenzetting over wat specifiek interessant is voor de revalidatiegeneeskunde.

EPIDEMIOLOGIE

Een meningeoom is een tumor uitgaande van de meningen ofwel hersenvliezen. De incidentie van symptomatische meningeomen in Nederland is 1,8 per 100.000 mannen en 4,5 per 100.000 vrouwen, waarbij er zeer waarschijnlijk sprake is van onderrapportage. De incidentie van incidentele, asymptomatische meningeomen is vele malen hoger. Meningeomen komen intracranieel, intra-orbitaal, spinaal of, zeldzaam, buiten de craniospinale as voor. Het overgrote deel van de meningeomen is supratentorieel gelegen (88%), met voorkeurslocaties aan de convexiteit (17-34%), parasagittaal (18-22%), sfenoïdaal of in de middelste schedelgroeve (13-25%). Meningeomen metastaseren zelden, maar kunnen zich uitbreiden langs de meningen en infiltreren in het bot.

DIAGNOSE

Symptomatische intracraniele meningeomen kunnen, afhankelijk van de lokalisatie en de grootte van de tumoren, gepaard gaan met focale neurologische uitval, epilepsie, cognitieve stoornissen en gedragsverandering, tekenen van verhoogde intracraniele druk, symptomen van liquorcirculatiestoornissen, botdeformiteiten of een combinatie van deze verschijnselen. De klinische symptomen ontwikkelen zich doorgaans langzaam. Asymptomatische meningeomen worden regelmatig bij toeval ontdekt, wanneer

er om een andere reden beeldvorming van de hersenen wordt verricht. Voor de diagnostiek en follow-up van meningeomen is MRI de voorkeurstechiek.

De huidige indeling van meningeomen is gebaseerd op de WHO 2007 classificatie, waarin meningeomen histopathologisch worden getypeerd en gegradeerd. Drie (maligniteits)graden worden onderscheiden: WHO-graad I ('benigne', ruim 90% van de tumoren), WHO-graad II ('atypisch', 5-7%), WHO-graad III ('anaplastisch' of 'maligne', 1-2%). In vergelijking met een WHO-graad I meningeoom heeft een patiënt met een WHO-graad II meningeoom niet alleen een ongeveer 8 acht keer zo grote kans op recidief tumor, maar ook een significant hoger risico op eerder overlijden. Patiënten met een WHO-graad III meningeoom hebben ook een sterk verhoogde kans op overlijden door de tumor, niet zelden al binnen twee jaar na het stellen van de diagnose.

BEHANDELING

Bij de afweging om patiënten met een meningeoom wel of niet te behandelen worden de volgende kenmerken betrokken: aanwezigheid van klachten; gerapporteerde groei; tumorgrootte; massawerking; locatie; radiologische karakteristieken; leeftijd en geslacht.

Voor de behandeling van een symptomatisch convexiteitsmeningeoom is niet duidelijk wat de beste behandeloptie is: chirurgie en/of (stereotactische) radiotherapie. In de praktijk wegen de volgende kenmerken mee bij deze keuze: grootte en locatie van het meningeoom, leeftijd en comorbiditeit van de patiënt. Als primaire behandeling bij patiënten met een symptomatisch petroclivaal, schedelbasis of nervus opticus meningeoom moet stereotactische radiotherapie of radiochirurgie worden overwogen.

Of er na een operatie nog postoperatieve radiotherapie moet volgen moet in multidisciplinair verband worden besproken waarbij gekeken wordt naar: de WHO-graad, locatie, de grootte van het restmeningeoom, de nabijheid van belangrijke hersenstructuren (bijvoorbeeld nervus opticus, hypofyse, hersenstam) en de te verwachten toxiciteit van de radiotherapie.

BEGELEIDING PATIËNT EN NAASTE

Een laagdrempelig aanspreekpunt is belangrijk als een patiënt te horen krijgt dat hij mogelijk een meningeoom heeft. Dit kan de behandelend arts zijn of een

Dr. V.P.M. (Vera) Schepers, revalidatiearts UMC Utrecht en De Hoogstraat Revalidatie Utrecht

(neuro-oncologie) verpleegkundige. Informatie geven aan patiënt en naaste over de eventuele fysieke, cognitieve en gedragsmatige gevolgen en beperkingen voor het dagelijks leven en de participatie is van belang. Ook de histologische diagnose dient in een persoonlijk gesprek te worden verteld, waarbij informatie wordt gegeven met betrekking tot de verdere behandeling en follow-up. Bij de keuze van behandeling is het van belang de voorkeuren van de patiënt te bespreken alsmede de achtergronden daarvan en eventuele (onjuiste) denkbeelden. Bij de begeleiding is ook het faciliteren van contacten naar andere zorginstaties, aanreiken van informatiebronnen en lotgenotencontact belangrijk, bijvoorbeeld het wijzen op de patiëntenverenigingen.

GEVOLGEN VOOR NEUROPSYCHOLOGISCH FUNCTIONEREN EN KWALITEIT VAN LEVEN

Patiënten met een meningeoom kunnen klachten hebben die passen bij niet aangeboren hersenletsel zoals focale neurologische uitval en veranderingen op gebied van cognitie, emotie en gedrag. Dit kan een grote impact hebben op het leven van patiënten en hun naasten.

Een deel van de patiënten met een meningeoom functioneert (neuro)cognitief slechter dan de gezonde populatie. Tevens is er bewijs (echter van lage kwaliteit) dat patiënten met een schedelbasismeningeoom cognitief slechter presteren dan patiënten met een convexiteitsmeningeoom. Na een operatie zijn verbeteringen te verwachten, waarbij specifiek bewijs is voor de aandachtsfuncties en figuratief kortetermijngeheugen. Oudere patiënten met een meningeoom presteren postoperatief over het algemeen vergelijkbaar met gezonde controles. Echter bij een frontaal meningeoom blijft de prestatie postoperatief vaak onder het niveau van gezonden.

Radiotherapie heeft waarschijnlijk geen extra nadelige invloed op het cognitief functioneren.

Weinig is nog bekend over de kwaliteit van leven van patiënten met een meningeoom. Wel lijkt de kwaliteit van leven lager voor: patiënten met anti-epileptica, met cognitieve problemen en patiënten, die de operatie nog moeten ondergaan. Patiënten met een meningeoom verschillen waarschijnlijk niet in hun angst en depressieve gevoelens in vergelijking met gezonden. Mogelijke voorspellers voor de kwaliteit van leven zijn: tumorgrootte, omvang van chirurgische excisie en histologische tumorgraad.

Duidelijk is dus wel dat je bij patiënten met een meningeoom bedacht moet zijn op cognitieve, emotionele of gedragsmatige veranderingen en een mogelijk verminderde kwaliteit van leven. Als het nodig is, moeten interventies tijdig worden ingezet. Je kan hierbij denken aan begeleiding op psychosociaal of

fysiek gebied, monodisciplinair in de eerste lijn of multidisciplinair in een revalidatieteam.

BELANG VAN DE REVALIDATIEGENEESKUNDE

Om te kunnen beoordelen of verwijzing naar een revalidatiearts nuttig is, is het van belang de gevolgen van het meningeoom en de behandeling goed in kaart te brengen. Dit is voor alle patiënten met een meningeoom belangrijk. Hierbij kan de lastmeter worden gebruikt, bekend binnen de oncologische zorg en zoals aanbevolen in de Richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'. Voor de neuropsychologische gevolgen is er de Signaleringslijst Volwassen met Niet-Aangeboren Hersenletsel van Vilans, gebaseerd is op de CLCE-24 (Checklijst voor Cognitieve en Emotionele problemen na een beroerte). Aanbevolen wordt ten minste eenmaal na de behandeling van het meningeoom de klachten en gevolgen te inventariseren. Als er neuropsychologische klachten gesignaleerd worden, is het zinvol om te beoordelen of een neuropsychologisch onderzoek nodig is.

Naar de effectiviteit van revalidatiegeneeskundige behandeling of cognitieve revalidatie bij patiënten met een meningeoom zijn slechts weinig studies gedaan. Deze studies waren observationeel en gericht op patiënten met hersentumoren van verschillende typen, waarvan maar een deel meningeomen. Mede hierom is er dus geen duidelijk wetenschappelijk bewijs beschikbaar voor het effect van revalidatiegeneeskundige behandeling bij patiënten met een meningeoom.

Een Cochrane review vond 12 observationele studies naar multidisciplinaire revalidatiebehandeling bij patiënten met verschillende typen hersentumoren, waaronder meningeomen. Tien studies betroffen klinische revalidatiebehandeling, één poliklinische revalidatiebehandeling en één thuisbehandeling. Patiënten met een hersentumor lieten significante verbeteringen zien na klinische revalidatiebehandeling op functionele uitkomstmaten als de Functional Independence Measure (FIM), Barthel Index (BI) en Karnofsky Performance Score (KPS). Met poliklinische revalidatiebehandeling verbeterde de participatie van patiënten. In slechts twee studies werden de meningeoom-patiënten apart beschreven. Binnen de groep hersentumor-patiënten, was de trend dat patiënten met een meningeoom de beste resultaten lieten zien.

In een meta-analyse naar de effecten van klinische revalidatiebehandeling werden grotendeels dezelfde studies beschreven als in de Cochrane review. In de onderzochte groepen zaten zowel patiënten met een primaire hersentumor als patiënten met hersenmetastasen. Totaal werden 994 patiënten geïncludeerd

in de meta-analyse, waarbij 23% een goedaardige tumor had, voornamelijk meningeomen. De klinische revalidatie bleek een statistisch significante verbetering te geven in de functionele status, gemeten met de BI of FIM.

Bij diverse andere hersenaandoeningen is het effect van revalidatiebehandeling aannemelijk gemaakt. Er zijn geen aanwijzingen om aan te nemen dat de cognitieve gevolgen of participatieproblemen bij patiënten met een meningeoom zich duidelijk onderscheiden van andere patiënten met niet aangeboren hersenletsel. Als bij het in kaart brengen van de gevolgen van het meningeoom en de behandeling blijkt dat een patiënt hinder ervaart van fysieke en/of cognitieve, emotionele en gedragsmatige veranderingen met beperkingen in hun dagelijks leven of bij hun participatie moet dan ook verwijzing naar een revalidatiearts overwogen worden. Het is van belang dat de neuroloog, neurochirurg, radiotherapeut en (neuro-oncologie) verpleegkundigen op de hoogte zijn van de revalidatiemogelijkheden voor hun patiënten. Voor het vormgeven van de revalidatiebehandeling zelf kunnen diverse richtlijnen die verschenen zijn voor patiënten met hersenletsel gebruikt worden. Dit zijn: de Richtlijn Neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel (CBO en Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen, 2007); Richtlijn Cognitieve revalidatie bij Niet-Aangeboren Hersenletsel (ZonMw Consortium Cognitieve Revalidatie,

2007); Richtlijn Niet-aangeboren Hersenletsel en arbeidsparticipatie (CBO, 2012) en de binnen de oncologische zorg verschenen richtlijn Oncologische revalidatie.

TOT SLOT DEZE TIPS NAAR AANLEIDING VAN DE RICHTLIJN:

- Realiseer je dat een hersentumor (ook als die zogenaamd goedaardig is) schade kan berokkenen.
- Realiseer je de enorme impact voor de patiënt en zijn naaste als je hoort dat je een hersentumor hebt.
- Breng neurochirurgen, neurologen, radiotherapeuten en (neuro-oncologie) verpleegkundigen op de hoogte van de revalidatiegeneeskundige mogelijkheden in hun regio. Voorlichting geven aan deze collega's bijv. over cognitieve behandelprogramma's is belangrijk.
- Informeer je patiënten over het bestaan van patiëntenverenigingen en informatiebronnen zoals Hersenletsel.nl.

De volledige richtlijn is te downloaden via www.oncoline.nl/meningeoom

Correspondentie

V.P.M.Schepers-3@umcutrecht.nl