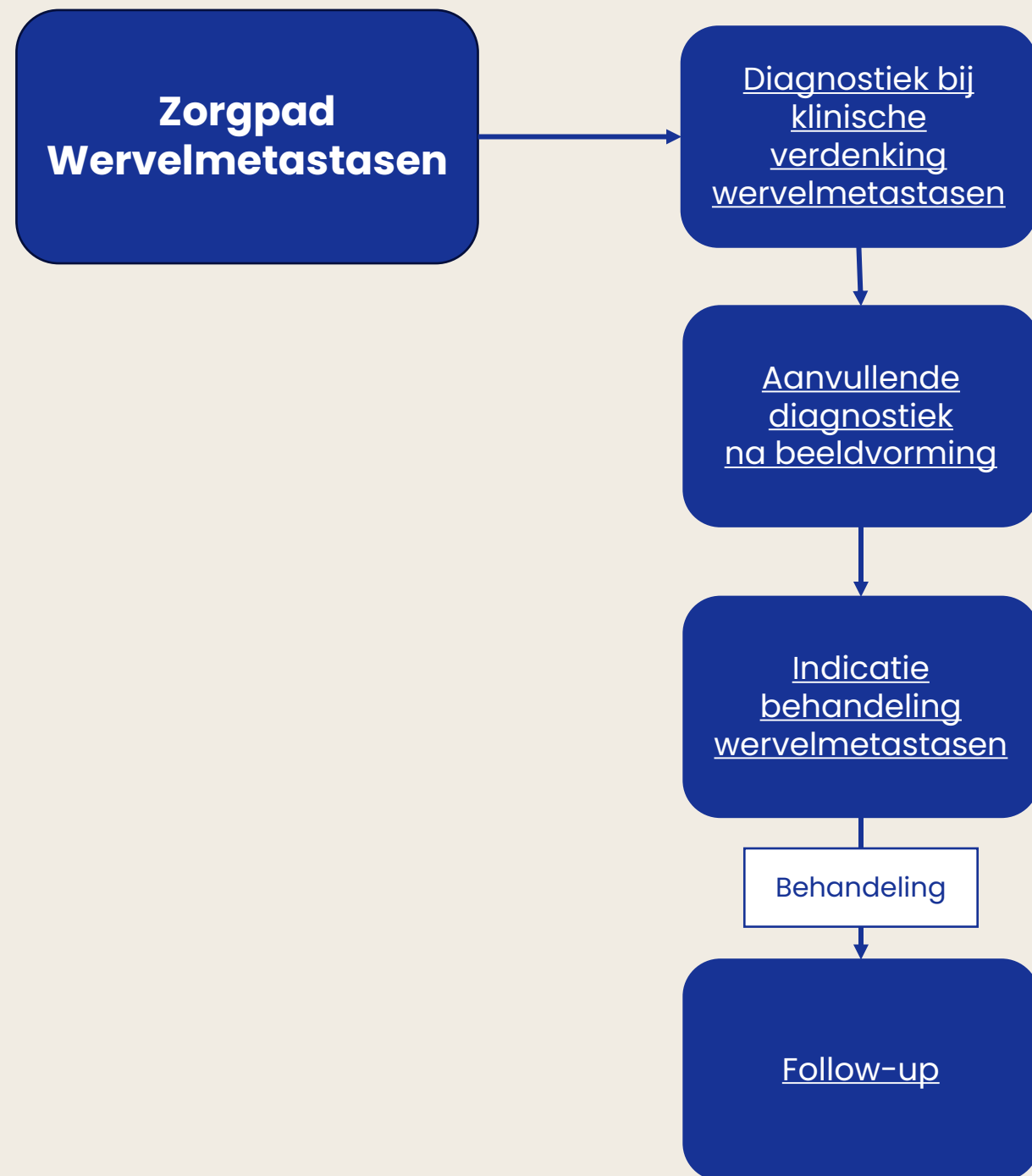
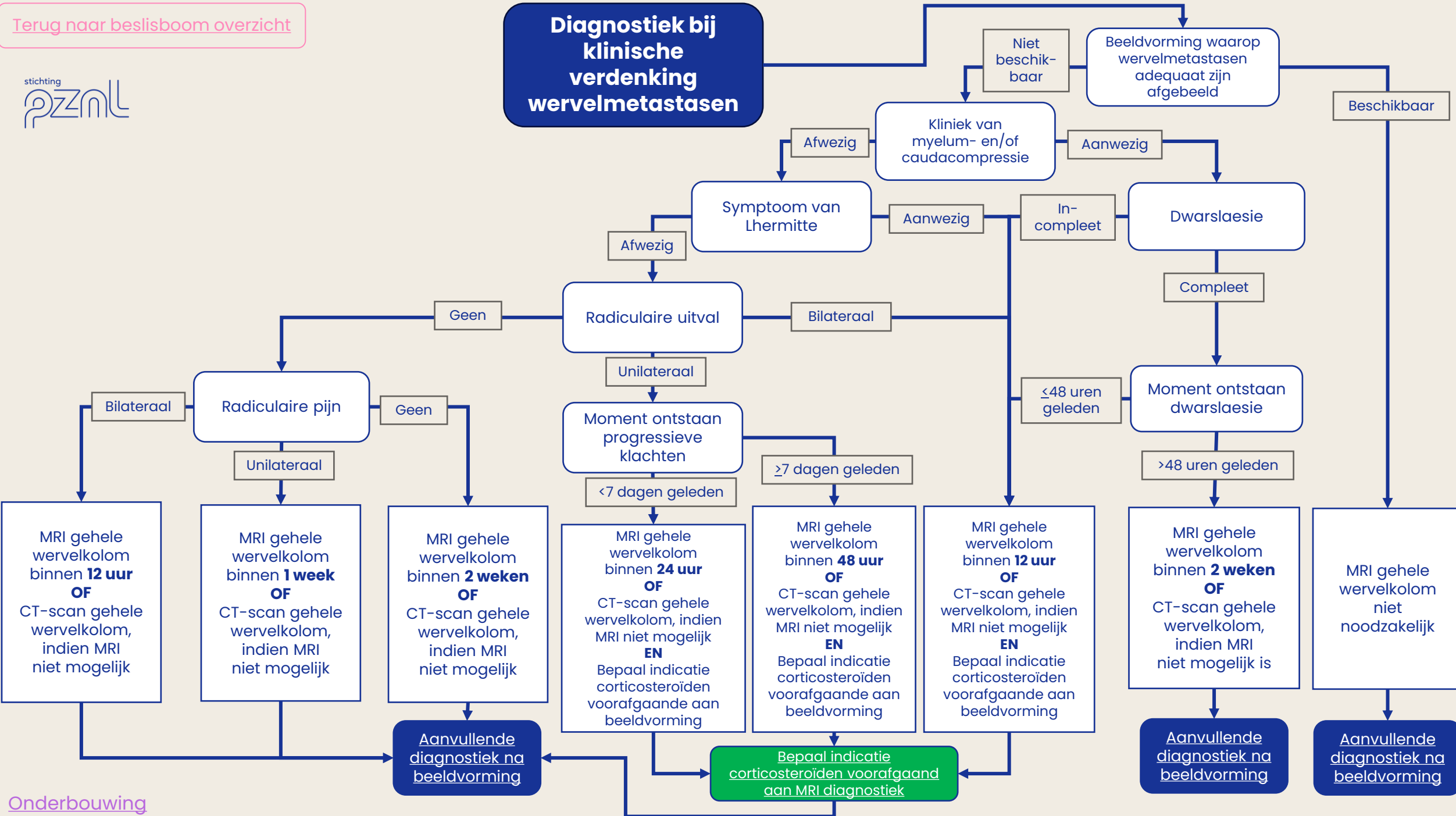
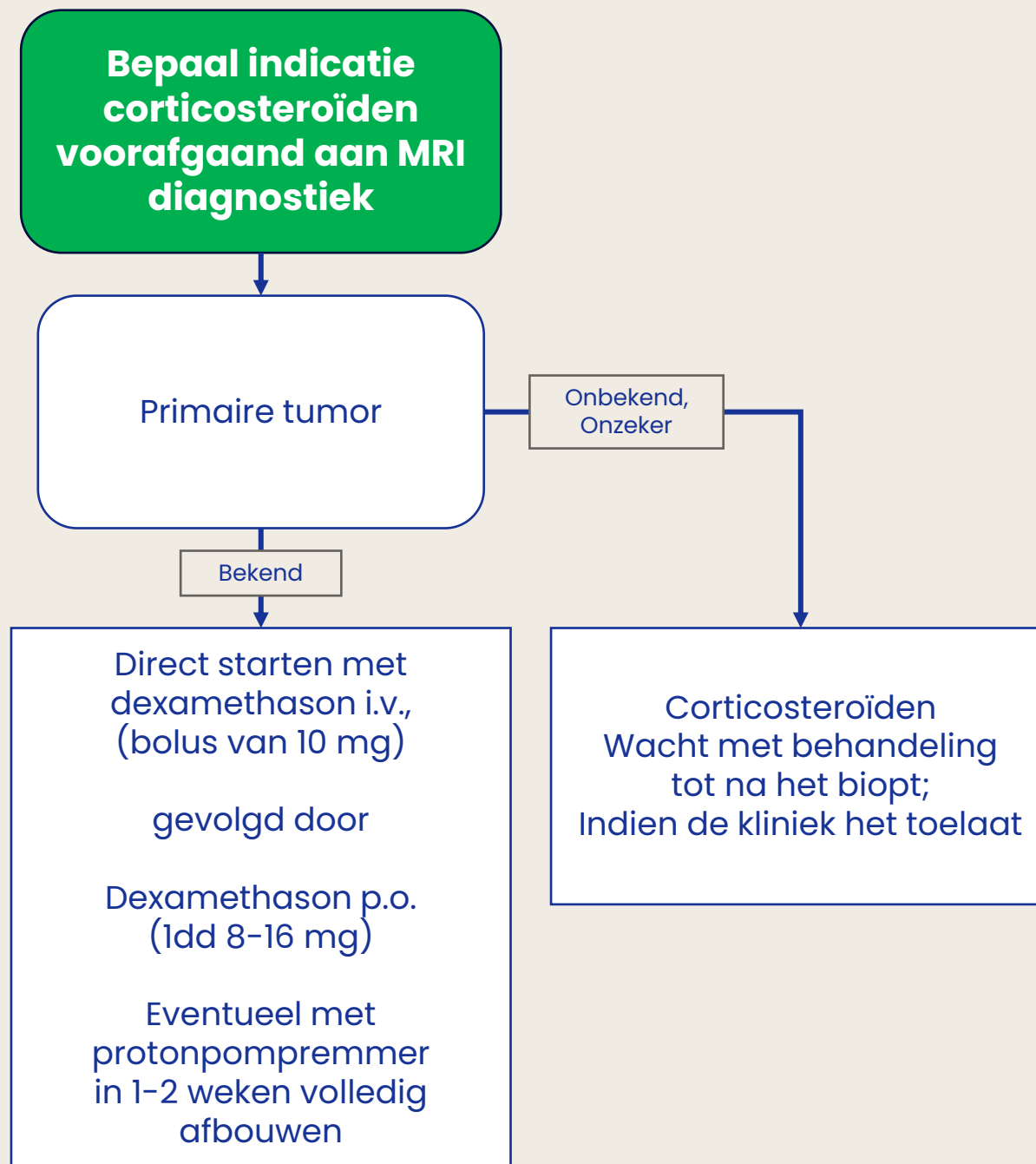




Diagnostiek bij klinische verdenking wervelmetastasen

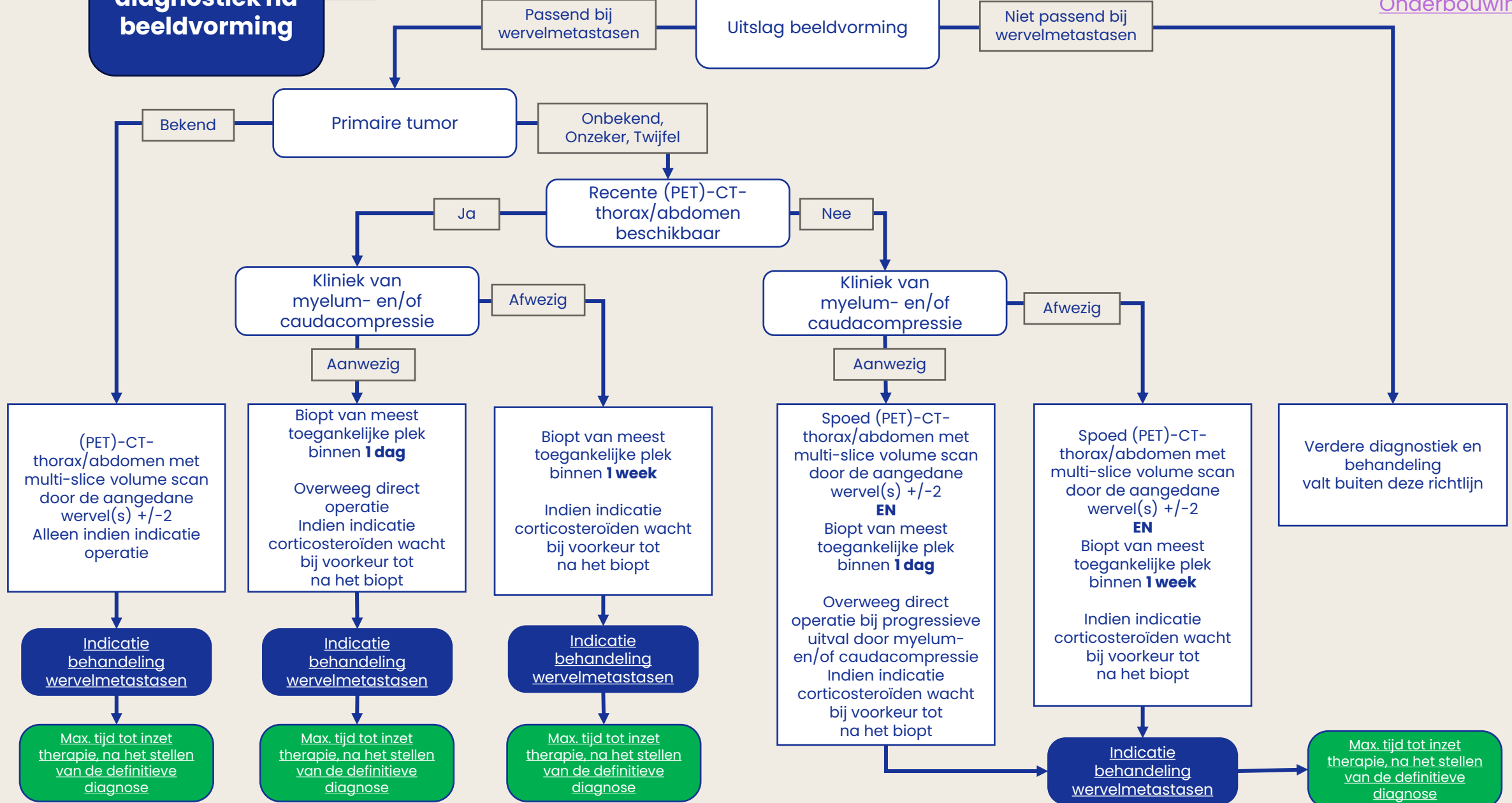


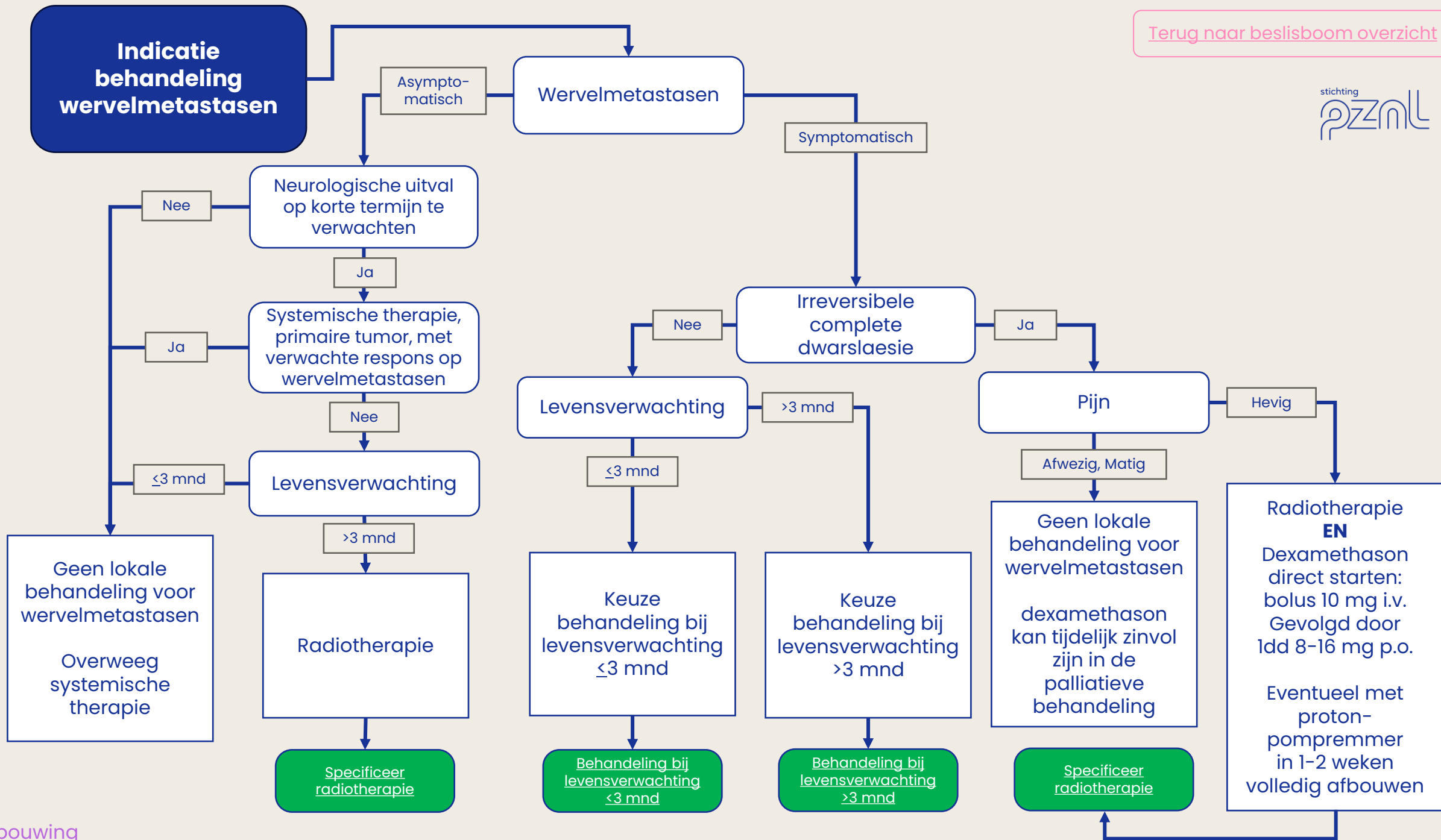


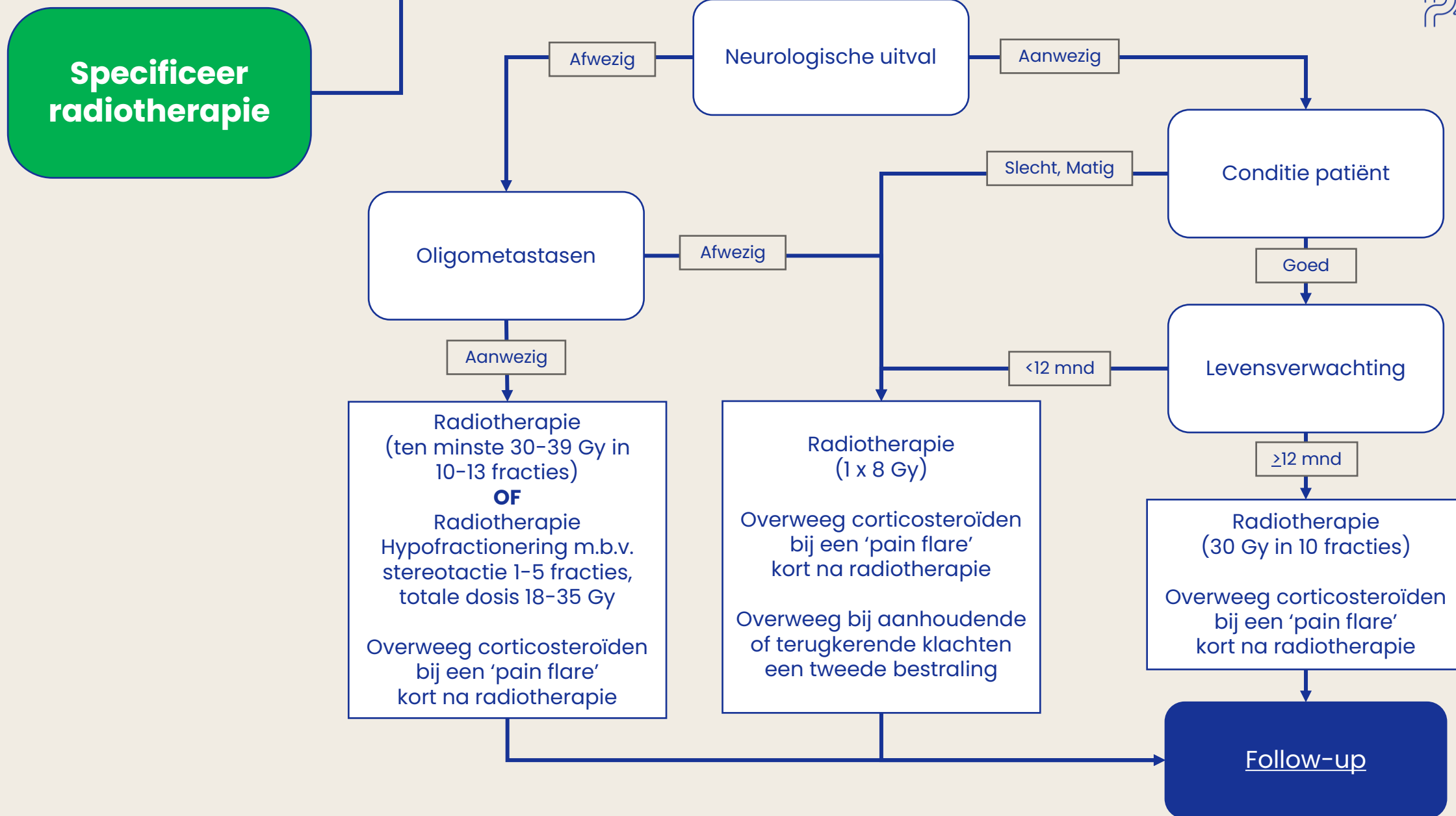
Aanvullende diagnostiek na beeldvorming

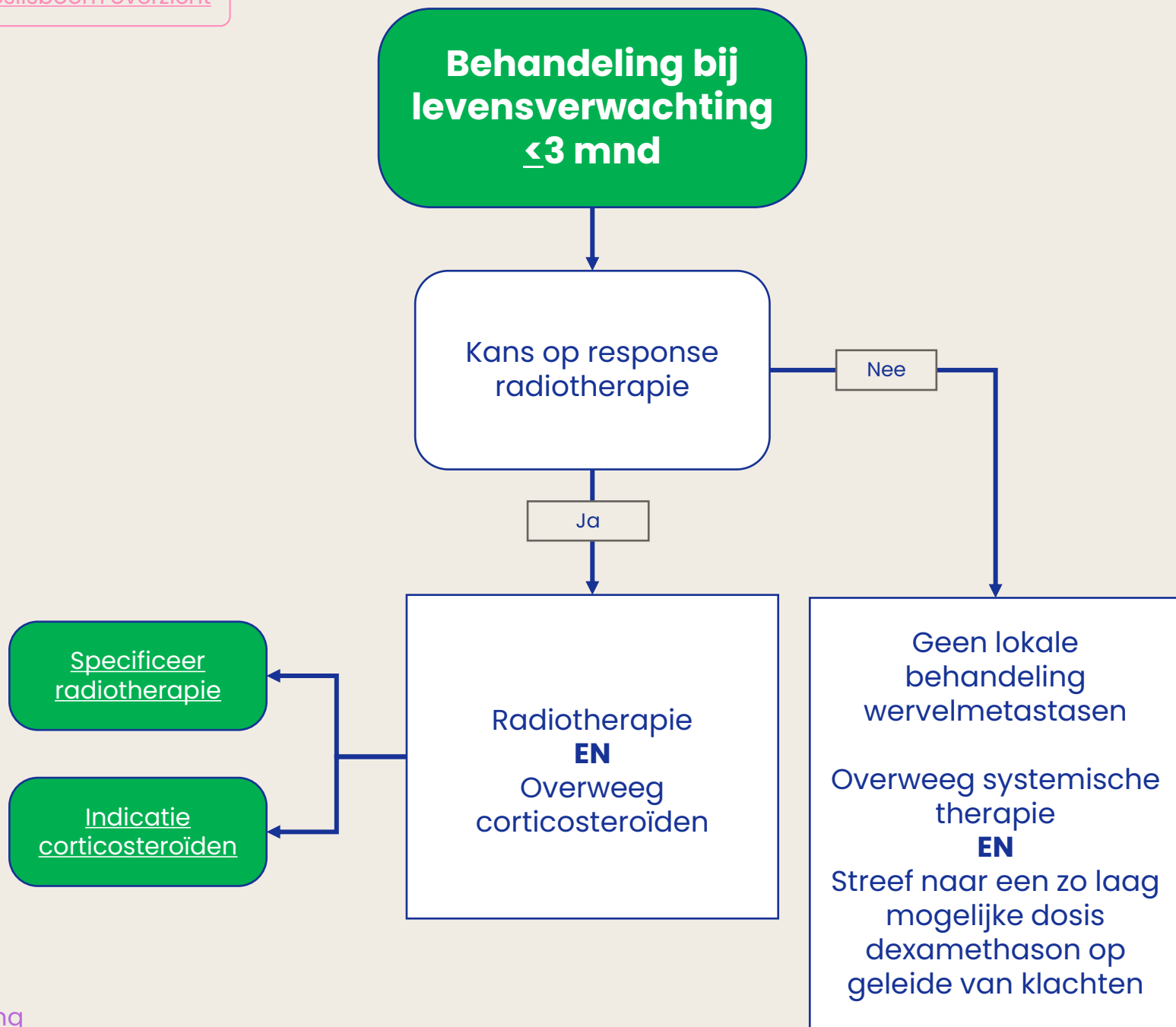
[Terug naar beslisboom overzicht](#)

[Onderbouwing](#)



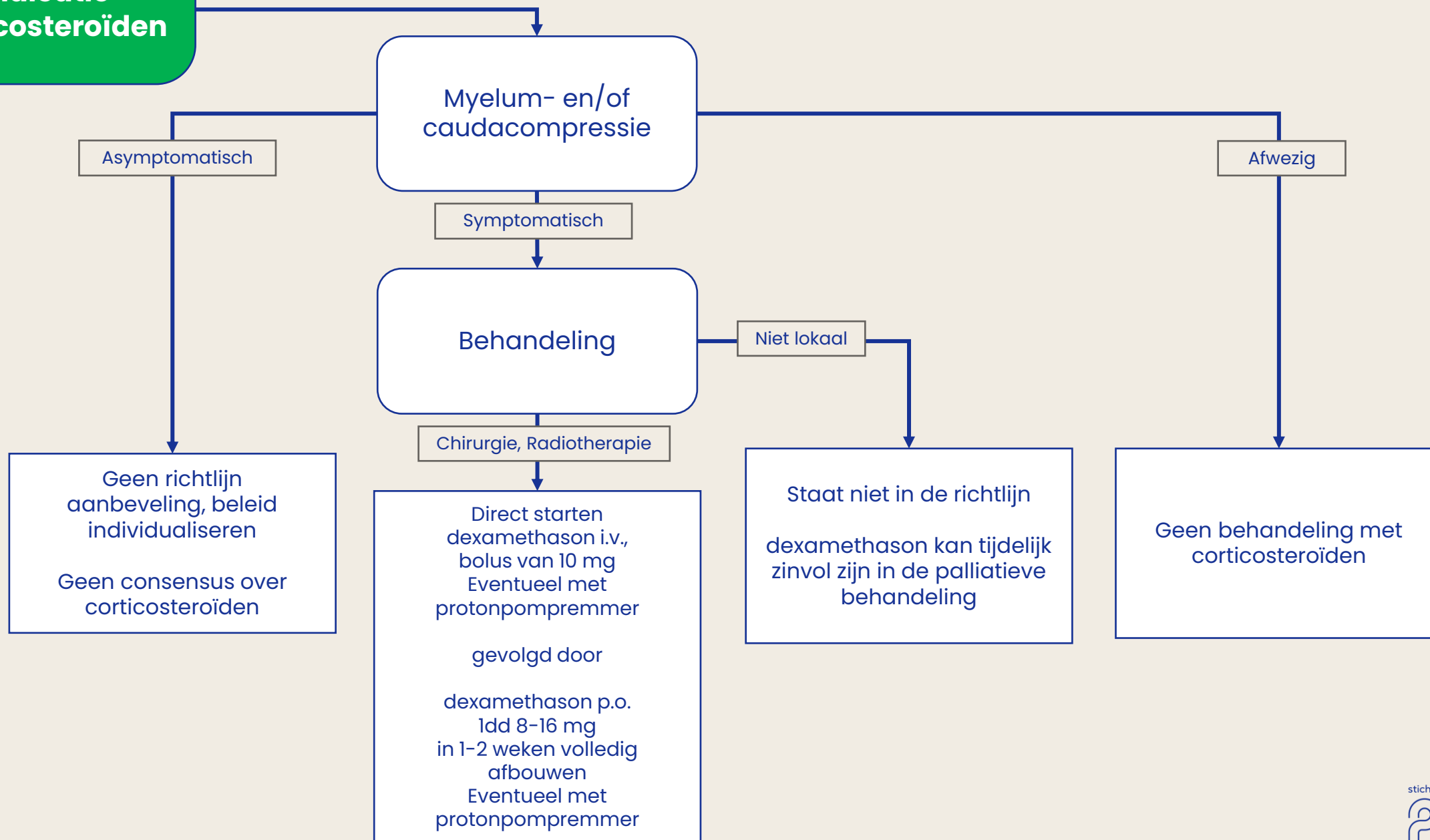


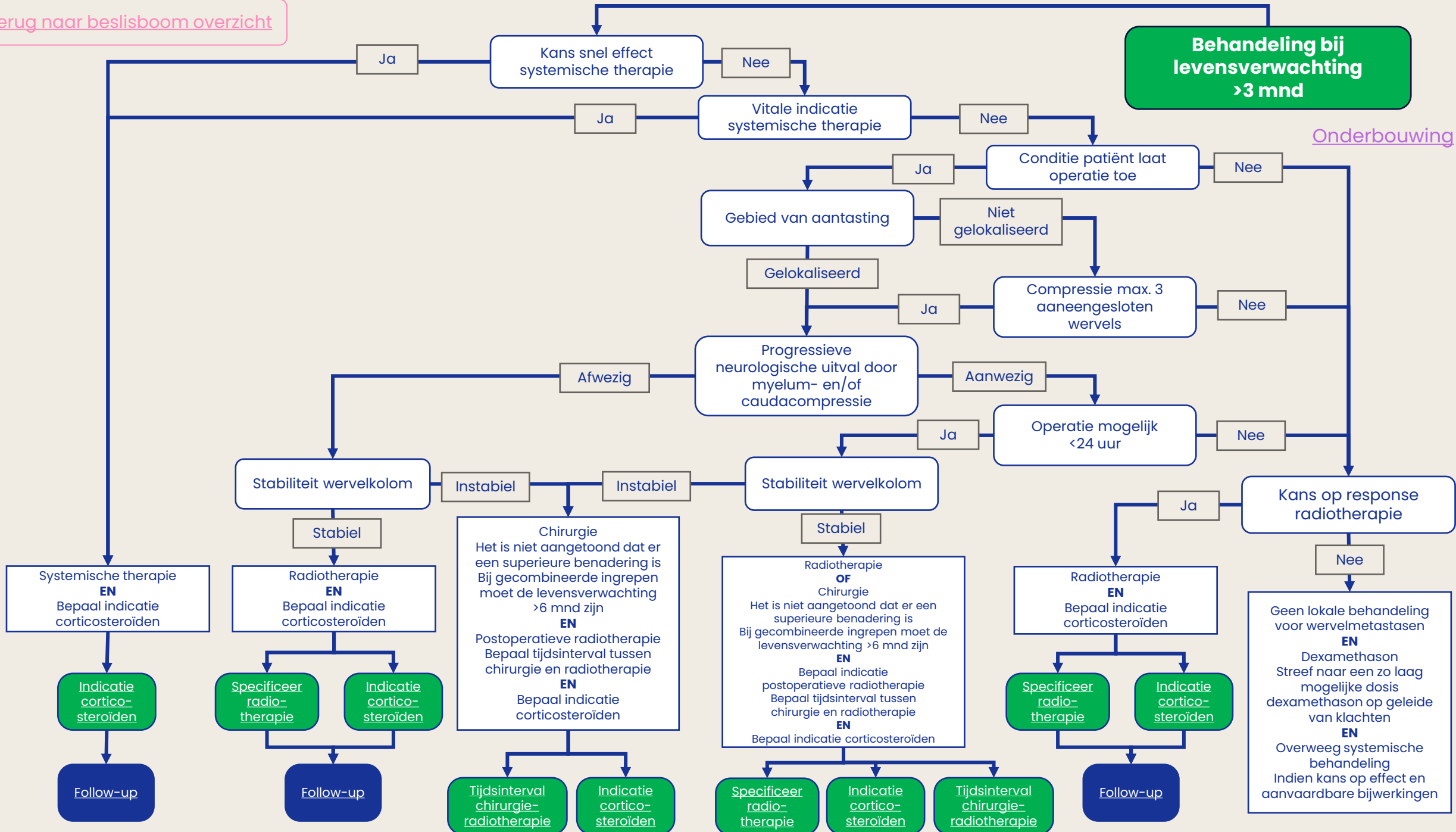


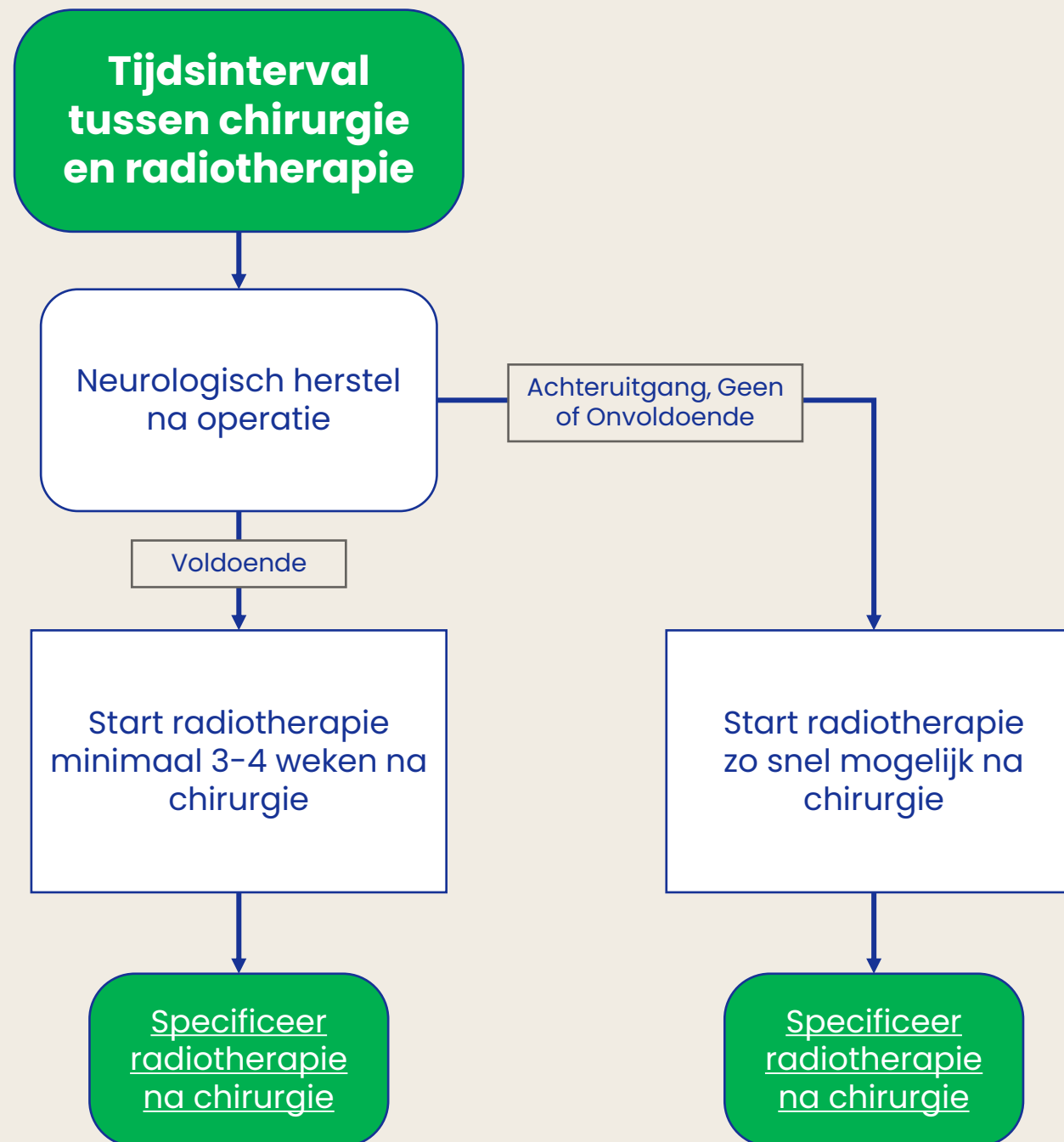


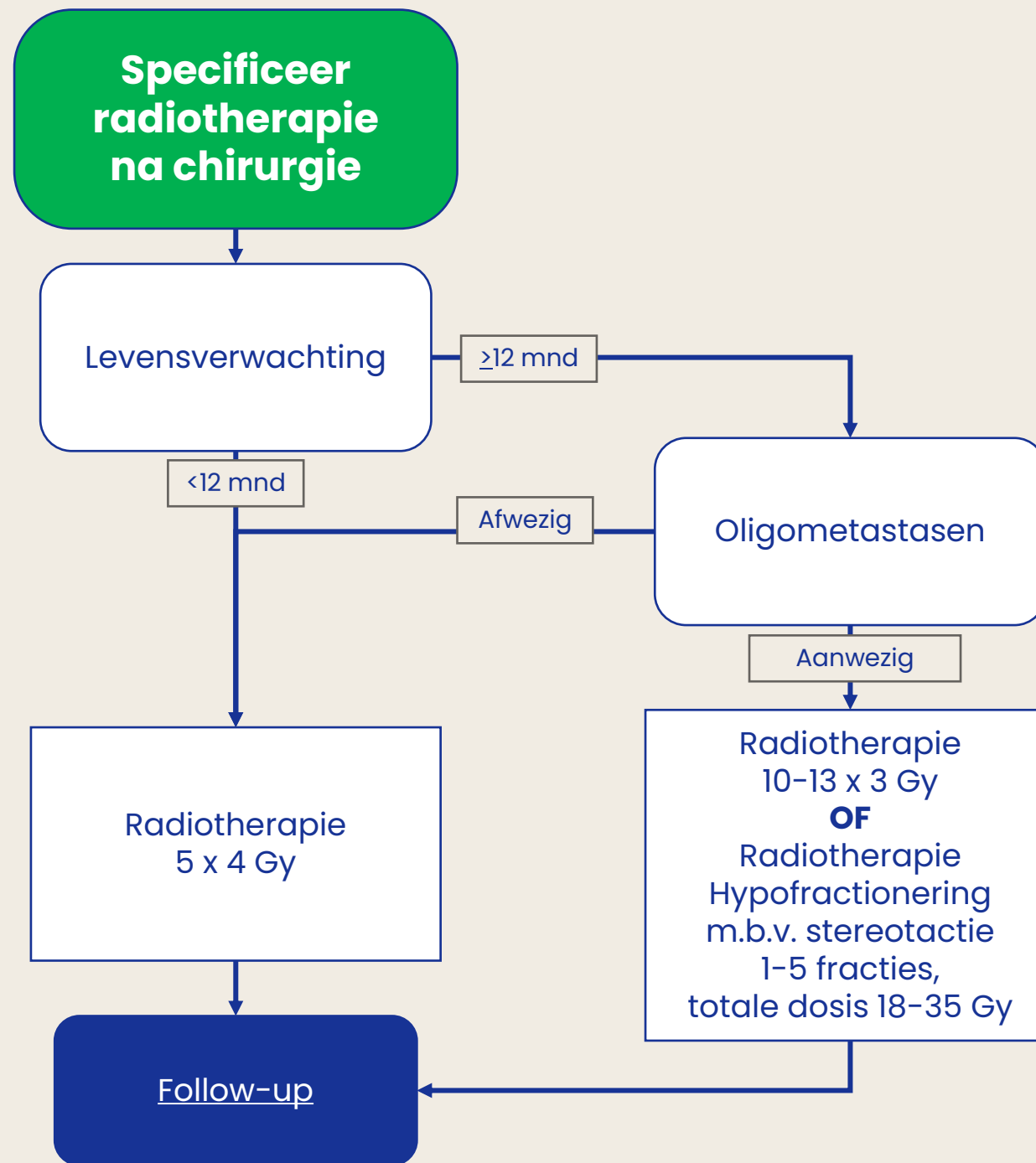
Indicatie corticosteroiden

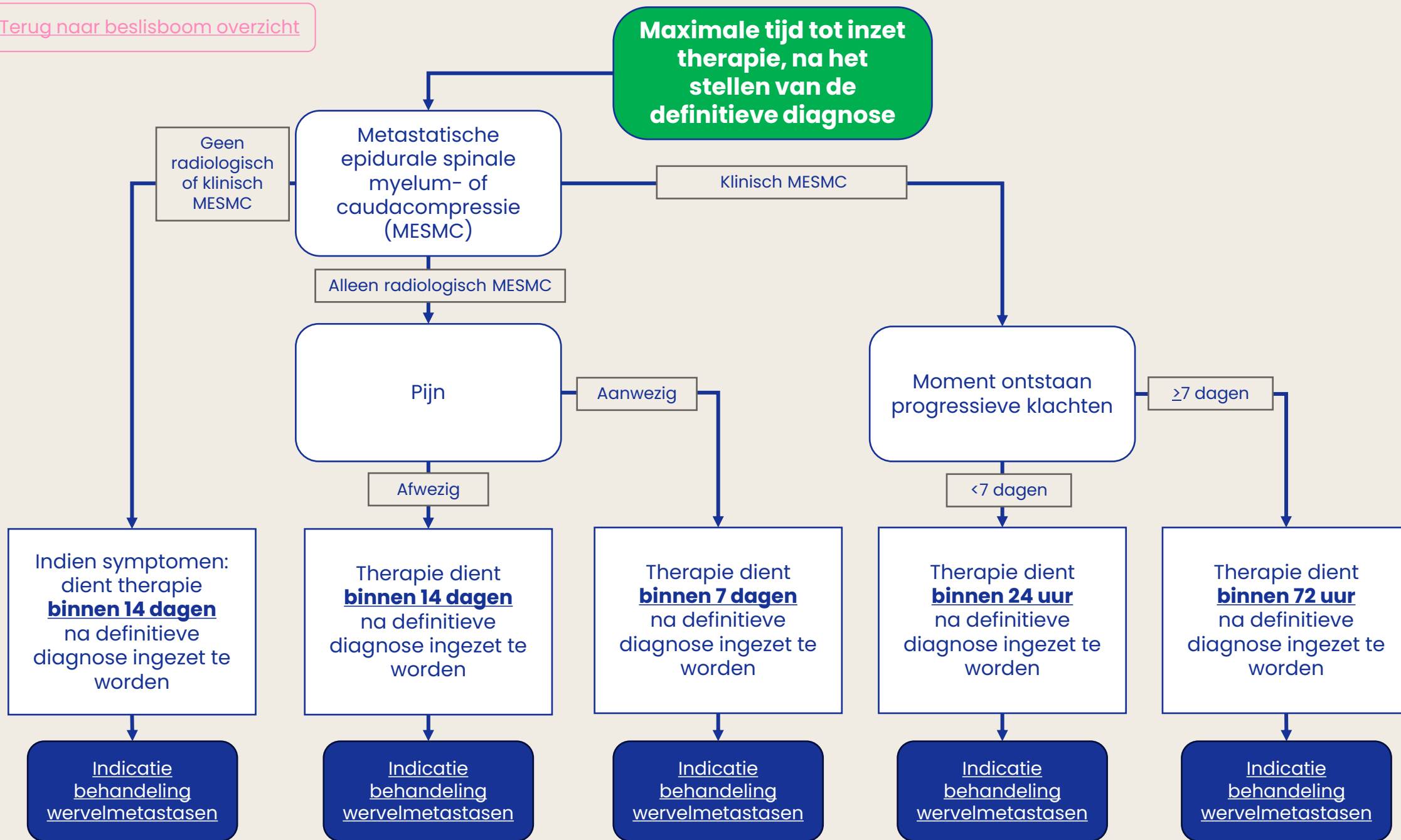
[Terug naar beslisboom overzicht](#)

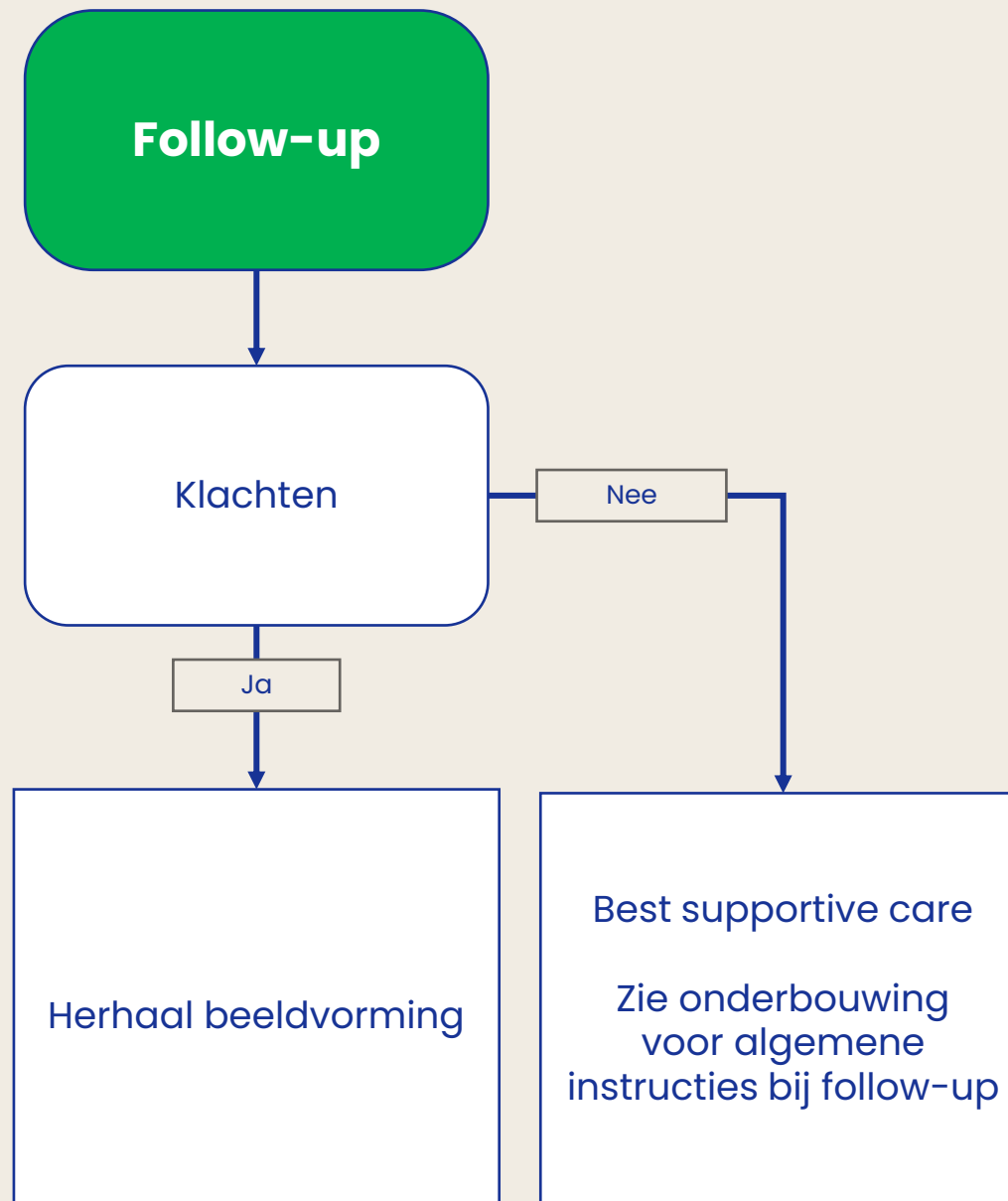












Onderbouwing

Alarmsymptomen bij rugpijn die kunnen wijzen op wervelmetastasen zijn:

- nachtelijke rugpijn
- progressieve rugpijn
- nieuwe lokale rugpijn
- druk-/kloppijn over de wervelkolom
- een matige conditie

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

Er dient een MRI-scan gemaakt te worden bij patiënten met een bekende primaire maligniteit en een klinische verdenking op wervelmetastasen, tenzij er al beeldvorming aanwezig is waarop de wervelmetastasen adequaat zijn afgebeeld.

Er wordt geadviseerd om bij een patiënt met verdenking op wervelmetastasen de MRI te maken:

- binnen 2 weken bij alleen lokale rugpijn.
- binnen 1 week bij eenzijdige radiculaire pijn.
- binnen 48 uur bij eenzijdige radiculaire uitval die over meer dan 7 dagen ontstaan en progressief is.
- binnen 24 uur bij eenzijdige radiculaire uitval die binnen 7 dagen ontstaan en progressief is.
- zo spoedig mogelijk, maar in elk geval binnen 12 uur, bij klinische verdenking op MESMC of het symptoom van Lhermitte (met pijn in de nek of geen andere oorzakelijke factor; zie Diagnostiek - Klinische verschijnselen) of bij bilaterale radiculaire pijn en/of uitval (zie Diagnostiek - Klinische verschijnselen), zodat de behandeling bij aangetoonde MESMC ruim binnen 24 uur aankan vangen.

Instrueer de patiënt altijd om contact op te nemen met de regievoerend specialist bij verergering en/of verandering van de klachten.

De werkgroep is van mening dat een MRI bij patiënten met verdenking op wervelmetastasen minimaal moet bestaan uit zowel T1- als T2-gewogen sagittale opnamen van de gehele wervelkolom en T1- en/of T2-gewogen axiale opnamen door het klinisch aangedane niveau en/of de wervels met epidurale uitbreiding op de sagittale reeks.

De werkgroep is van mening dat er geen reden meer is voor spoeddiagnostiek, indien een complete dwarslaesie (complete uitval van sensibiliteit en kracht in het sacrale segment S4-S5 (=ASIA score A; bij eerste presentatie, reeds langer dan 48 uur bestaat).

De werkgroep is van mening dat een recente (PET)-CT-thorax/abdomen noodzakelijk is indien patiënt eventueel in aanmerking komt voor een operatieve ingreep. Indien er geen recente (PET)-CT- thorax/abdomen is, dan zal deze nog gemaakt moeten worden. Maak in dat geval ook direct een multi-slice volume scan door de aangedane wervel(s) +/- 2.

Disclaimer

Zie gebruiksvoorwaarden

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn wervelmetastasen

De richtlijntekst is te vinden op <https://www.pallialine.nl/wervelmetastasen>

Onderbouwing

Er wordt geadviseerd om bij een patiënt met klinische en radiologische verdenking op wervelmetastasen van onbekende origine te wachten met het geven van corticosteroïden tot na het biopt, aangezien dit de histologische diagnose van een maligne lymfoom en in mindere mate ook multipel myeloom onmogelijk kan maken.

Er wordt geadviseerd om bij patiënten met symptomatische MESMC of wortelcompressie ten gevolge van wervelmetastasen die geopereerd en/of bestraald gaan worden direct te starten met een bolus van 10 mg dexamethason i.v., gevolgd door 1 dd 8-16 mg dexamethason p.o. Bij risicofactoren (maagulcus in de voorgeschiedenis, gebruik van NSAID's of anticoagulantia) wordt een protonpompremmer bij gegeven. De dexamethason wordt na de operatie of na afloop van de radiotherapie in 1-2 weken volledig afgebouwd op geleide van de klachten.

Disclaimer

Zie gebruiksvoorwaarden

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn wervelmetastasen

De richtlijntekst is te vinden op <https://www.pallialine.nl/wervelmetastasen>

[Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing



De werkgroep is van mening dat een recente (PET)-CT-thorax/abdomen noodzakelijk is indien patiënt eventueel in aanmerking komt voor een operatieve ingreep (zie boom indicatie behandeling wervelmetastasen). Indien er geen recente (PET)-CT- thorax/abdomen is, dan zal deze nog gemaakt moeten worden. Maak in dat geval ook direct een multi-slice volume scan door de aangedane wervel(s) +/- 2.

Er wordt geadviseerd om bij een patiënt met klinische en radiologische verdenking op wervelmetastasen van onbekende origine:

- te wachten met het geven van corticosteroïden tot na het biopt, aangezien dit de histologische diagnose van een maligne lymfoom en in mindere mate ook multipel myeloom onmogelijk kan maken.
- met spoed een CT- of PET-CT van thorax, abdomen en bekken te maken om de ziekte in kaart te brengen en eventueel een voor biopsie beter toegankelijke laesie te selecteren.
- nog voordat de behandeling start weefsel voor histologisch (en eventueel microbiologisch) onderzoek te verkrijgen:
- binnen 1 week na het stellen van de waarschijnlijkheidsdiagnose wervelmetastasen indien er klinisch en radiologisch geen MESMC bestaat.
- binnen 1 dag na het stellen van de waarschijnlijkheidsdiagnose wervelmetastasen indien er klinisch en/of radiologisch MESMC bestaat.
- direct een decomprimerende operatie te overwegen, indien patiënt progressief uitval heeft ondanks corticosteroïden en daarvoor in aanmerking komt

Disclaimer

Zie gebruiksvoorwaarden

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn wervelmetastasen

De richtlijntekst is te vinden op <https://www.pallialine.nl/wervelmetastasen>

[Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing

De werkgroep is van mening dat radiotherapie de behandeling van eerste keus is voor patiënten met symptomatische wervelmetastasen (met pijn en/of neurologische uitval), mits de mogelijkheid bestaat tot het geven van een adequate en zinvolle dosis radiotherapie en er geen indicatie is voor chirurgie of chemotherapie.

De werkgroep is van mening dat bij patiënten met symptomatische wervelmetastasen (met pijn en/of neurologische uitval) chirurgie de behandeling van voorkeur is:

- bij instabiliteit van de wervelkolom en/of
- als er sprake is van een recidief of progressie van pijn en/of neurologische uitval na eerdere radiotherapie met onmogelijkheid tot het geven van een adequate of zinvolle dosis radiotherapie, omdat de maximale tolerantiedosis van het myelum wordt overschreden, of omdat de verwachting is dat opnieuw bestralen niet tot een pijnrespons of tot een verbetering van de neurologische toestand zal leiden, en/of
- bij neurologische achteruitgang ten gevolge van progressieve MESMC onder radiotherapie en behandeling met corticosteroiden.

De werkgroep is van mening dat aan een chirurgische ingreep de volgende voorwaarden verbonden zijn:

- er is een levensverwachting van minstens drie maanden (bij gecombineerde ingrepen wordt zes maanden aangehouden), en
- de klinische toestand van de patiënt laat een operatie toe, en
- er is, bij een stabiele wervelkolom, geen sprake van een chemotherapiegevoelige tumor (zoals bijvoorbeeld een non-Hodgkinlymfoom van intermediaire of hoge maligniteitsgraad, kiemceltumor, of multipel myeloom) en
- er is beeldvorming door middel van een MRI van de gehele wervelkolom, en
- als er sprake is van een complete dwarslaesie (complete uitval van sensibiliteit en kracht in het sacrale segment S4-S5 (=ASIA score A) bestaat deze korter dan 24 uur of bestaat deze langere tijd maar vertoont een duidelijke tendens tot klinische verbetering na het starten van corticosteroïden, en
- er is een aaneengesloten gebied van aantasting en/of obstructie van 1 tot maximaal 3 wervels zonder metastasen met uitgebreide epidurale uitbreiding elders in de wervelkolom, en
- bij (progressieve) neurologische uitval door MESMC bestaat de mogelijkheid om een operatie door een chirurg met expertise op dit gebied binnen 24 uur uit te voeren.

De werkgroep is van mening dat radiotherapie en chirurgie beiden goede opties zijn bij patiënten met neurologische uitval door MESMC, indien patiënten voldoen aan de indicaties en voorwaarden voor zowel chirurgie als radiotherapie. In dat geval dient in overleg met de patiënt een keuze gemaakt te worden op basis van spoedoverleg tussen radiotherapeut, wervelkolomchirurg, neuroloog/neuro-oncoloog en hoofdbehandelaar (meestal internist-oncoloog, longarts of uroloog).

De werkgroep is van mening dat patiënten met - bij toeval gevonden - asymptomatische MESMC laagdrempelig dezelfde behandeling moeten krijgen als patiënten met symptomatische MESMC, indien:

- neurologische uitval, door de uitgebreidheid van werveldestructie, op korte termijn te verwachten is, en
- er geen gelijktijdige systeemtherapie gegeven wordt, waarvan een respons op de asymptomatische MESMC te verwachten is, en
- de levensverwachting meer dan drie maanden bedraagt

Disclaimer

Zie gebruiksvoorwaarden

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn wervelmetastasen

De richtlijntekst is te vinden op <https://www.pallialine.nl/wervelmetastasen>

Onderbouwing

Radiotherapie is de behandeling van voorkeur bij patiënten met kanker en pijn en /of neurologische uitvalsverschijnselen veroorzaakt door wervelmetastasen.

- Bij patiënten met pijn is een eenmalige fractie van 8 Gy de standaardbehandeling, ongeacht de levensverwachting, conditie of primaire tumor.
- Bij patiënten met pijn waarbij er sprake is van solitaire of oligometastasen (1-3 botmetastasen) is een dosis van tenminste 30-39 Gy in 10-13 fracties (conventioneel), of een hypofractioneringsschema (met behulp van geavanceerde technieken) de behandeling van keuze. (i) Er zijn verschillende definities voor oligometastasen , waarbij het uitgangspunt is deze metastasen in opzet curatief te behandelen zijn met lokale therapie. De ruimste definitie spreekt van maximaal 5 metastasen in maximaal 3 organen.”
- Bij patiënten met neurologische uitvalsverschijnselen die in een matige conditie zijn, of die een levensverwachting van minder dan 1 jaar hebben, is een eenmalige fractie van 8 Gy de standaardbehandeling.
- Bij patiënten met neurologische uitvalsverschijnselen die in een goede conditie zijn en een levensverwachting van minimaal 1 jaar hebben is een dosis van tenminste 30 Gy in 10 fracties de behandeling van voorkeur om de duur van respons te verbeteren.
- Bij terugkeer van pijn of neurologische uitvalsverschijnselen na een initiële respons of onvoldoende respons op de eerste bestraling dient een tweede behandeling met radiotherapie te worden gegeven vanwege de reële kans op respons.’

De werkgroep is van mening dat als er kort na radiotherapie in verband met pijnlijke botmetastasen een 'pain flare' optreedt er corticosteroïden (dexamethason of methylprednisolon) kunnen worden gegeven ter bestrijding van de pijn.

Disclaimer

Zie gebruiksvoorwaarden

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn wervelmetastasen

De richtlijntekst is te vinden op <https://www.pallialine.nl/wervelmetastasen>

Extra aanvullende toelichting van de werkgroep bij de aanbeveling 'Radiotherapie of hypofractionering', die niet in de richtlijntekst van 2015 is opgenomen:

(i) hypofractionering m.b.v. stereotactie 1-5 fracties, totale dosis 18-35 Gy

Onderbouwing



De werkgroep is van mening dat radiotherapie de behandeling van eerste keus is voor patiënten met symptomatische wervelmetastasen (met pijn en/of neurologische uitval), mits de mogelijkheid bestaat tot het geven van een adequate en zinvolle dosis radiotherapie en er geen indicatie is voor chirurgie of chemotherapie.

Disclaimer

Zie gebruiksvoorwaarden

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn wervelmetastasen

De richtlijntekst is te vinden op <https://www.pallialine.nl/wervelmetastasen>

[Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing

Bij pijn

De werkgroep is van mening dat als er kort na radiotherapie in verband met pijnlijke botmetastasen een 'pain flare' optreedt er corticosteroïden (dexamethason of methylprednisolon) kunnen worden gegeven ter bestrijding van de pijn.

Bij symptomatische MESMC of wortelcompressie

Er wordt geadviseerd om bij een onbekende primaire tumor en verdenking op een hematologische maligniteit een weefseldiagnose te verkrijgen voordat gestart wordt met corticosteroïden.

Er wordt geadviseerd om bij patiënten met symptomatische MESMC of wortelcompressie ten gevolge van wervelmetastasen die geopereerd en/of bestraald gaan worden direct te starten met een bolus van 10 mg dexamethason i.v., gevolgd door 1 dd 8-16 mg dexamethason p.o. Bij risicofactoren (maagulcus in de voorgeschiedenis, gebruik van NSAID's of anticoagulantia) wordt een protonpompremmer bijgegeven. De dexamethason wordt na de operatie of na afloop van de radiotherapie in 1-2 weken volledig afgebouwd op geleide van de klachten.

Bij asymptomatische MESMC

De werkgroep heeft geen consensus bereikt over het wel of niet geven van dexamethason bij patiënten met asymptomatische MESMCten gevolge van wervelmetastasen die bestraald gaan worden.

Disclaimer

Zie gebruiksvoorwaarden

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn wervelmetastasen

De richtlijntekst is te vinden op <https://www.pallialine.nl/wervelmetastasen>

[Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing

De werkgroep is van mening dat chemotherapie en antihormonale therapie kunnen worden toegepast bij patiënten met potentieel hiervoor gevoelige tumoren, met als doel om pijn ten gevolge van wervelmetastasen te verminderen en kwaliteit van leven te verbeteren.

De werkgroep is van mening dat bij de behandeling van neurologische uitval door MESMC chemotherapie en antihormonale therapie als eerste keuze kunnen worden toegepast bij potentieel hiervoor gevoelige tumoren als er:

- een grote kans is op een snel effect van chemotherapie (vooral bij multipel myeloom, non-Hodgkin lymfomen van hoge of intermediaire maligniteitsgraad en gemetastaseerde kiemceltumoren), en/of
- anderszins een vitale indicatie is voor chemotherapie en deze niet kan worden uitgesteld, en/of
- geen mogelijkheden (meer) zijn voor radiotherapie en chirurgie.

De werkgroep is van mening dat radiotherapie de behandeling van eerste keus is voor patiënten met symptomatische wervelmetastasen (met pijn en/of neurologische uitval), mits de mogelijkheid bestaat tot het geven van een adequate en zinvolle dosis radiotherapie en er geen indicatie is voor chirurgie of chemotherapie.

De werkgroep is van mening dat bij patiënten met symptomatische wervelmetastasen (met pijn en/of neurologische uitval) chirurgie de behandeling van voorkeur is:

- bij instabiliteit van de wervelkolom en/of
- als er sprake is van een recidief of progressie van pijn en/of neurologische uitval na eerdere radiotherapie met onmogelijkheid tot het geven van een adequate of zinvolle dosis radiotherapie, omdat de maximale tolerantiedosis van het myelum wordt overschreden, of omdat de verwachting is dat opnieuw bestralen niet tot een pijnrespons of tot een verbetering van de neurologische toestand zal leiden, en/of
- bij neurologische achteruitgang ten gevolge van progressieve MESMC onder radiotherapie en behandeling met corticosteroïden.

De werkgroep is van mening dat aan een chirurgische ingreep de volgende voorwaarden verbonden zijn:

- er is een levensverwachting van minstens drie maanden (bij gecombineerde ingrepen wordt zes maanden aangehouden), en
- de klinische toestand van de patiënt laat een operatie toe, en
- er is, bij een stabiele wervelkolom, geen sprake van een chemotherapiegevoelige tumor (zoals bijvoorbeeld een non-Hodgkinlymfoom van intermediaire of hoge maligniteitsgraad, kiemceltumor, of multipel myeloom) en
- er is beeldvorming door middel van een MRI van de gehele wervelkolom, en
- als er sprake is van een complete dwarslaesie (complete uitval van sensibiliteit en kracht in het sacrale segment S4-S5 (=ASIA score A) bestaat deze korter dan 24 uur of bestaat deze langere tijd maar vertoont een duidelijke tendens tot klinische verbetering na het starten van corticosteroïden, en
- er is een aaneengesloten gebied van aantasting en/of obstructie van 1 tot maximaal 3 wervels zonder metastasen met uitgebreide epidurale uitbreiding elders in de wervelkolom, en
- bij (progressieve) neurologische uitval door MESMC bestaat de mogelijkheid om een operatie door een chirurg met expertise op dit gebied binnen 24 uur uit te voeren.

De werkgroep is van mening dat radiotherapie en chirurgie beiden goede opties zijn bij patiënten met neurologische uitval door MESMC, indien patiënten voldoen aan de indicaties en voorwaarden voor zowel chirurgie als radiotherapie. In dat geval dient in overleg met de patiënt een keuze gemaakt te worden op basis van spoedoverleg tussen radiotherapeut, wervelkolomchirurg, neuroloog/neuro-oncoloog en hoofdbehandelaar (meestal internist-oncoloog, longarts of uroloog).

Chirurgie

De werkgroep beveelt op dit moment niet aan om bij iedere symptomatische wervelmetastase een en bloc resectie uit te voeren, aangezien niet met voldoende hoge level of evidence is bewezen dat deze techniek superieur is aan de piece-meal verwijdering van een wervel in relatie tot een betere uitkomst in termen van mobiliteit, morbiditeit, mortaliteit, complicaties en progressievrije overleving, bij patiënten met symptomatische wervelmetastasen.

Bij een gecombineerde ingreep wordt een levensverwachting van meer dan zes maanden aangehouden.

Disclaimer

Zie gebruiksvoorwaarden

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn wervelmetastasen

De richtlijntekst is te vinden op <https://www.pallialine.nl/wervelmetastasen>

Onderbouwing



Bij patiënten die geopereerd zijn adviseert de richtlijncommissie een minimaal tijdsinterval van 3-4 weken in acht te nemen voor het starten van postoperatieve radiotherapie. Dit interval is gekozen om optimale wondgenezing en conditieherstel na operatie te garanderen. Mocht er postoperatief onvoldoende neurologisch herstel zijn, of zelfs achteruitgang, dan is het zaak eerder te starten met radiotherapie

Disclaimer

Zie gebruiksvoorwaarden

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn wervelmetastasen

De richtlijntekst is te vinden op <https://www.pallialine.nl/wervelmetastasen>

[Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing

Algemeen geldende doseringen zijn 20 Gy in 5 fracties bij patiënten met een korte levensverwachting (< 1 jaar), tot 30-39 Gy in 10-13 fracties bij patiënten met een langere levensverwachting (> 1 jaar of bij oligometastasering).

(i) Er zijn verschillende definities voor oligometastasen , waarbij het uitgangspunt is deze metastasen in opzet curatief te behandelen zijn met lokale therapie. De ruimste definitie spreek van maximaal 5 metastasen in maximaal 3 organen.”

Disclaimer

Zie gebruiksvoorwaarden

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn wervelmetastasen

De richtlijntekst is te vinden op <https://www.pallialine.nl/wervelmetastasen>

[Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing

De werkgroep is van mening dat een zorginstelling die zorg levert aan patiënten met wervelmetastasen moet voldoen aan de algemene en tumorspecifieke voorwaarden voor oncologische zorg volgens het meest recente jaarlijkse SONCOS normeringrapport (<http://www.soncos.org/>) of de HOVON Policy Echelon Classification (<http://www.hovon.nl/>).

De werkgroep is van mening dat de behandeling na het stellen van de definitieve diagnose wervelmetastasen bij patiënten:

- met snel progressieve (< 7 dagen) neurologische uitval ten gevolge van MESMC de therapie binnen 24 uur ingezet dient te worden.
- met langzaam progressieve uitval (> 7 dagen) die nog niet erg uitgesproken is (patiënt kan nog zelfstandig lopen) ten gevolge van MESMC de therapie binnen 72 uur ingezet dient te worden.
- met alleen radiologische MESMC met pijn de therapie binnen 7 dagen ingezet dient te worden.
- zonder radiologische en/of klinische MESMC en alleen pijn of een radiculair syndroom de therapie in elk geval binnen 14 dagen na het stellen van de diagnose ingezet dient te worden.

De werkgroep is van mening dat wervelkolomchirurgie bij patiënten met wervelmetastasen alleen moet worden uitgevoerd in een zorginstelling die per jaar tenminste 10 wervelkolomoperaties verricht bij patiënten met wervelmetastasen.

[Terug naar Wervelmetastasen – Aanvullende diagnostiek na beeldvorming – Maximale tijd tot inzet therapie, na het stellen van de definitieve diagnose](#)

[Terug naar beslisboom
overzicht](#)

Disclaimer

Zie gebruiksvoorwaarden

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn wervelmetastasen

De richtlijntekst is te vinden op <https://www.pallialine.nl/wervelmetastasen>

[Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten

Onderbouwing

Onderbouwing bij aanbeveling 'herhaalde beeldvorming'

De werkgroep is van mening dat beeldvorming van de wervelkolom alleen moet worden verricht bij klachten (vooral pijn en/of neurologische klachten) of ter evaluatie van het effect van eventuele systeemtherapie.

Algemene instructies bij follow up:

- Laat de patiënt mobiliseren op geleide van pijnklachten
- Bouw de corticosteroïden in 1-2 weken na behandeling volledig af, op geleide van klachten.
- Geef patiënten met aangetoonde wervelmetastasen de patiënteninformatiefolder (bijlage van de richtlijn)
- Te allen tijde is de huisarts op de hoogte en is duidelijk wie de regievoerend arts is.
- Herhaalde beeldvorming van de wervelkolom alleen, moet worden verricht bij klachten of ter evaluatie van het effect van eventuele systeemtherapie.

Zie richtlijnen op www.pallialine.nl, o.a.:

- Richtlijnen met betrekking tot palliatieve zorg (ook op www.pallialine.nl)
- Richtlijn Pijn bij kanker
- Richtlijn Dwarslaesie
- Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg
- Richtlijn Oncologische revalidatie

Disclaimer

Zie gebruiksvoorwaarden

De beslisboom is gebaseerd op de richtlijn wervelmetastasen

De richtlijntekst is te vinden op <https://www.pallialine.nl/wervelmetastasen>

[Gebruiksvoorwaarden](#)

Sluiten