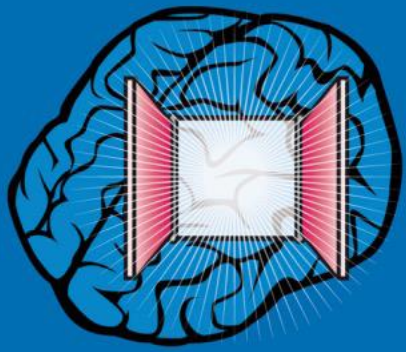


Publieksdag Hersentumoren

Zaterdag 21 november 2020
Online Evenement

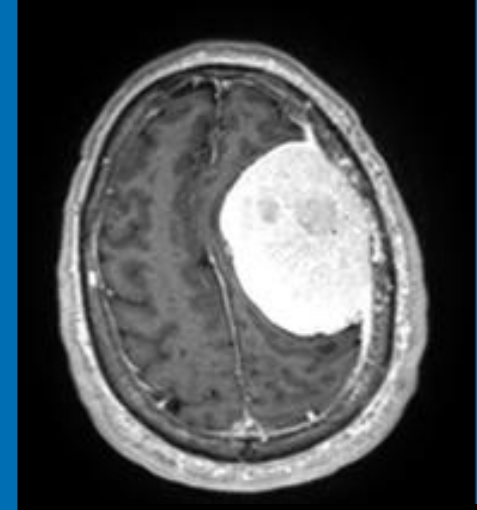
In samenwerking met:





Publieksdag
Hersentumoren

Meningeomen



Tatjana Seute

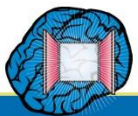
*neuroloog/ neuro-oncoloog UMC Utrecht
met dank aan Dieta Brandsma en Tom Snijders*



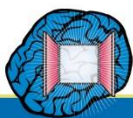
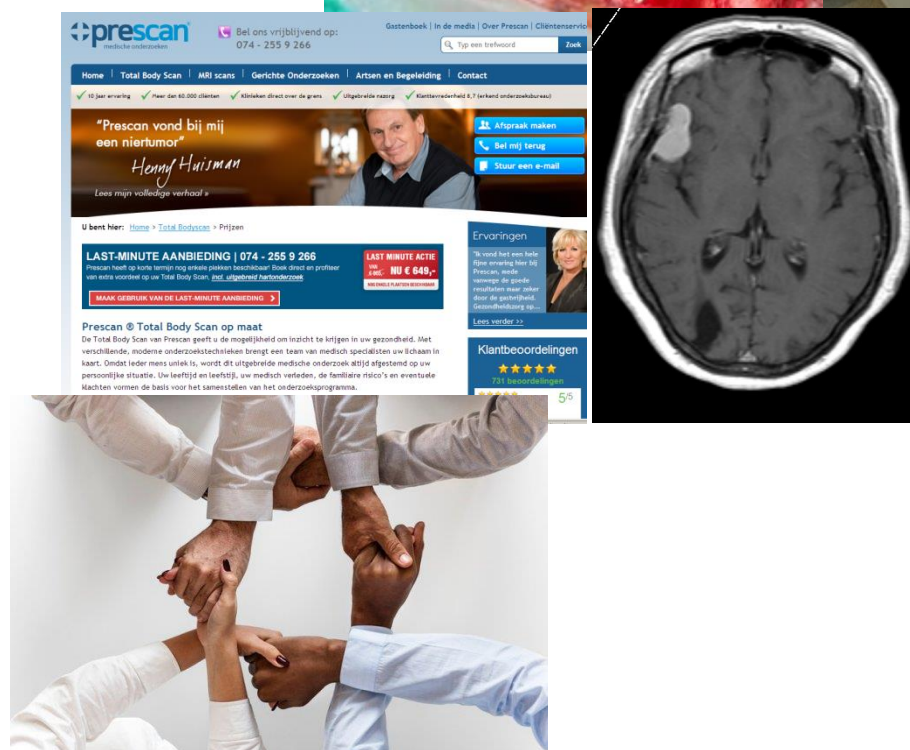
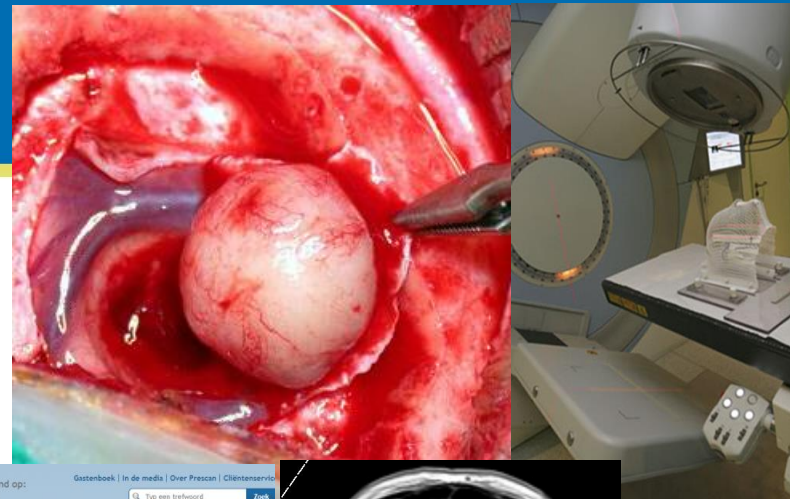
In samenwerking met:



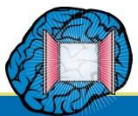
(potentiële) belangenverstremgeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
<ul style="list-style-type: none">• Sponsoring of onderzoeksgeld• Honorarium of andere (financiële) vergoeding• Aandeelhouder• Andere relatie, namelijk ...	<ul style="list-style-type: none">• Geen• Geen• Geen• Geen



De getallen
Hoe stel je de diagnose?
Gradering
Behandelen of juist niet?
Hoe vaak een MRI?
Conclusies en discussie



eerst even dit...



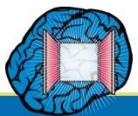
Hoe vaak komen meningeomen voor?

Registraties : 450-500 patiënten per jaar in NL,
waarschijnlijk **onderschatting**

1,8 tot 2,8 per 100.000 mannen per jaar

4,5 tot 13,0 per 100.000 vrouwen per jaar

oplopend met leeftijd

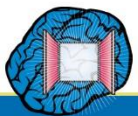


Hoe vaak komen meningeomen voor?

Rotterdam, asymptomatische populatie > 45j (n=2000): Bij 0,9% werd een asymptomatisch meningeoom gevonden (1,1% bij vrouwen; 0,9% bij mannen)

→ in NL 75.000 tot 100.000 mensen een nog niet ontdekt, asymptomatisch meningeoom?

VS, >60j, autopsie: 3% (waarvan 8% multipel)



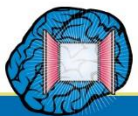
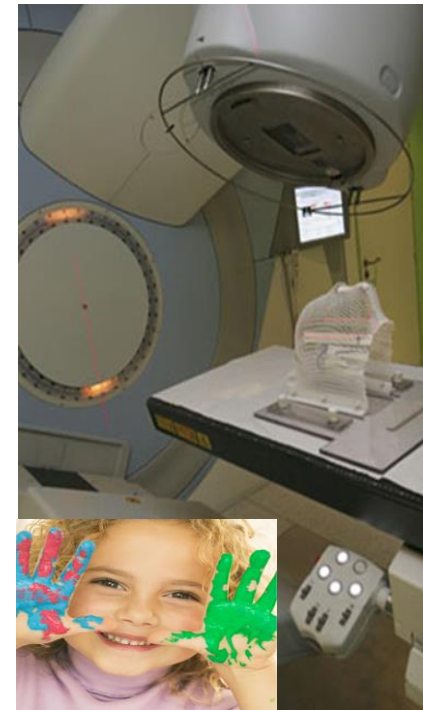
Risicofactoren



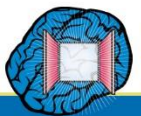
Hormonaal

- ▶ Vrouw >> man
- ▶ Zwangerschap: licht ↑ kans op groei meningeoom
- ▶ Substitutie exogene geslachtshormonen
- ▶ **Bij groei meningeoom: overweeg stop substitutie**

Eerdere radiotherapie (kinderleeftijd)



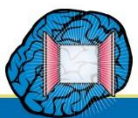
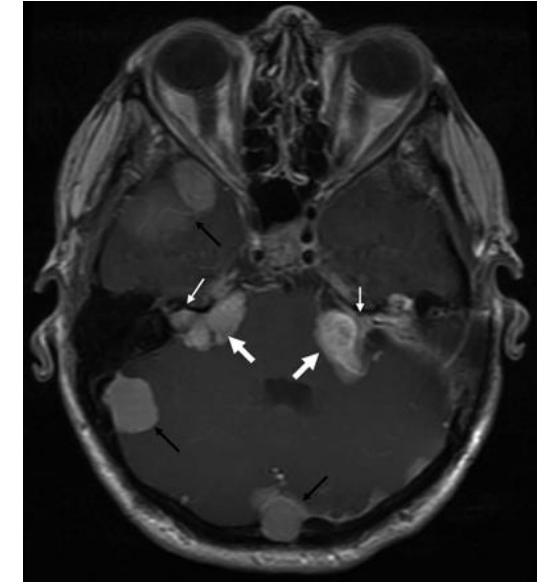
Risicofactoren



Risicofactoren: genetisch

Meningeoom <18 jaar of multiple meningeomen: overweeg neurofibromatose type 2

Meningeoom in het kader van een genetisch syndroom? Liever niet bestralen!



Diagnostiek: klachten en symptomen

Neurologische uitval, hoofdpijn

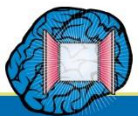
- ▶ vaak al > 6 maanden

Epilepsie

Soms acute klachten:

- ▶ epileptisch insult
- ▶ Vasculair: steal-fenomeen ('transient tumor attack'), corticale compressie/stuwing

Botvervorming aan de schedel



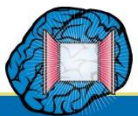
Diagnostiek

Heel vaak geen klachten of symptomen

“toevallsbevinding”

meningeom wordt per toeval gevonden op scan

 **prescan**[®]
medische onderzoeken



Meningeoom gradering

WHO gr. I >90 %

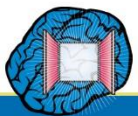
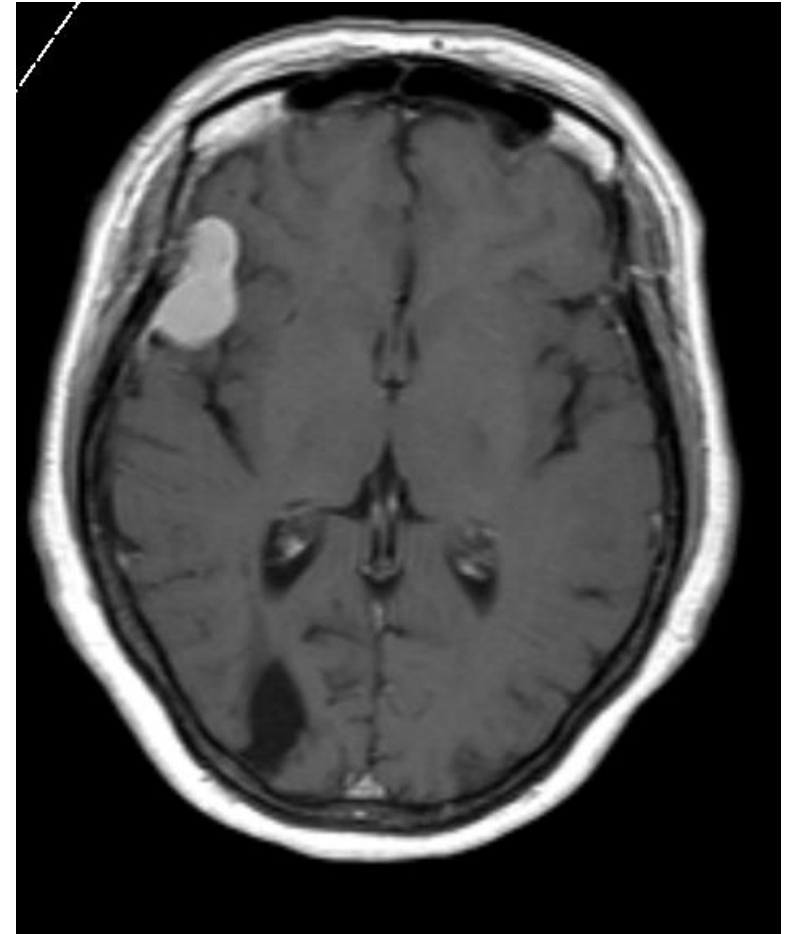
meest goedaardig, bijna geen delende cellen
zeer langzame groei

WHO gr. II 5-7%

atypisch meningeoom
meer delende cellen
soms ingroei in de hersenen

WHO gr. III 1-2%

maligne /anaplastisch menigeoom
veel delende cellen
altijd ingroei in de hersenen



Behandeling meningeoom?

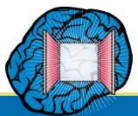


chirurgie /operatie



radiotherapie

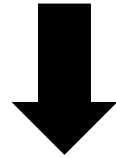
meningeomen zijn niet gevoelig voor chemotherapie



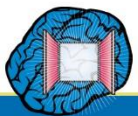
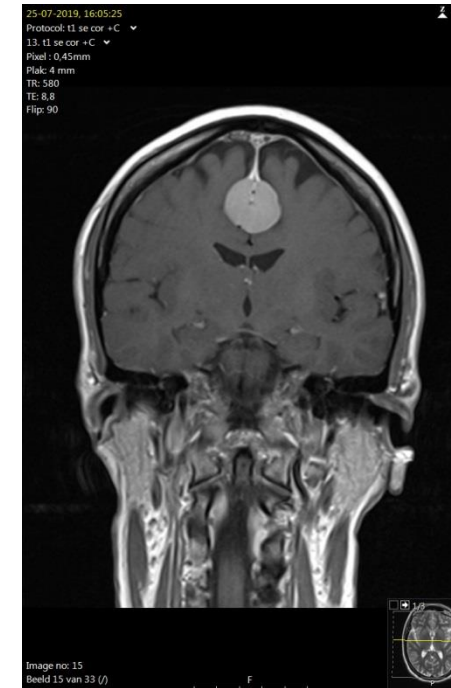
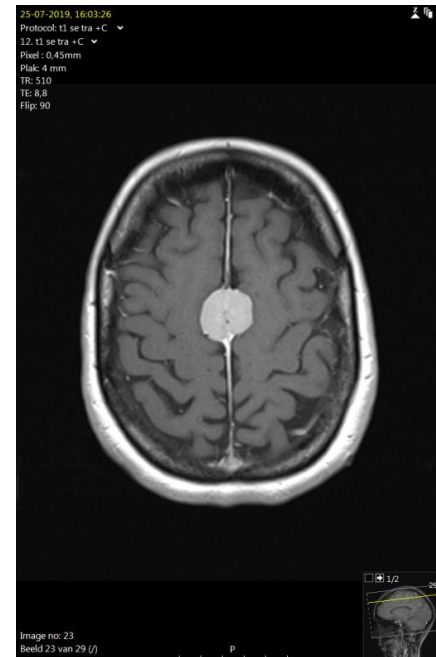
Behandeling meningeoom zonder klachten

Wel of niet behandelen?

asymptomatisch &
geen groei of lage groeisnelheid



‘Watchful waiting’/‘Wait and scan’

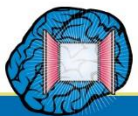
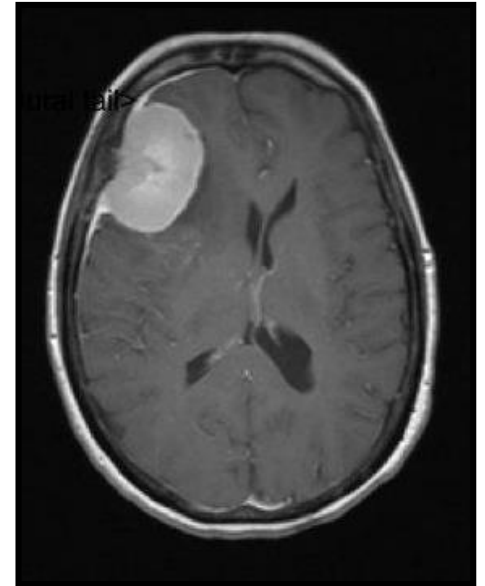


Behandeling meningeoom zonder klachten

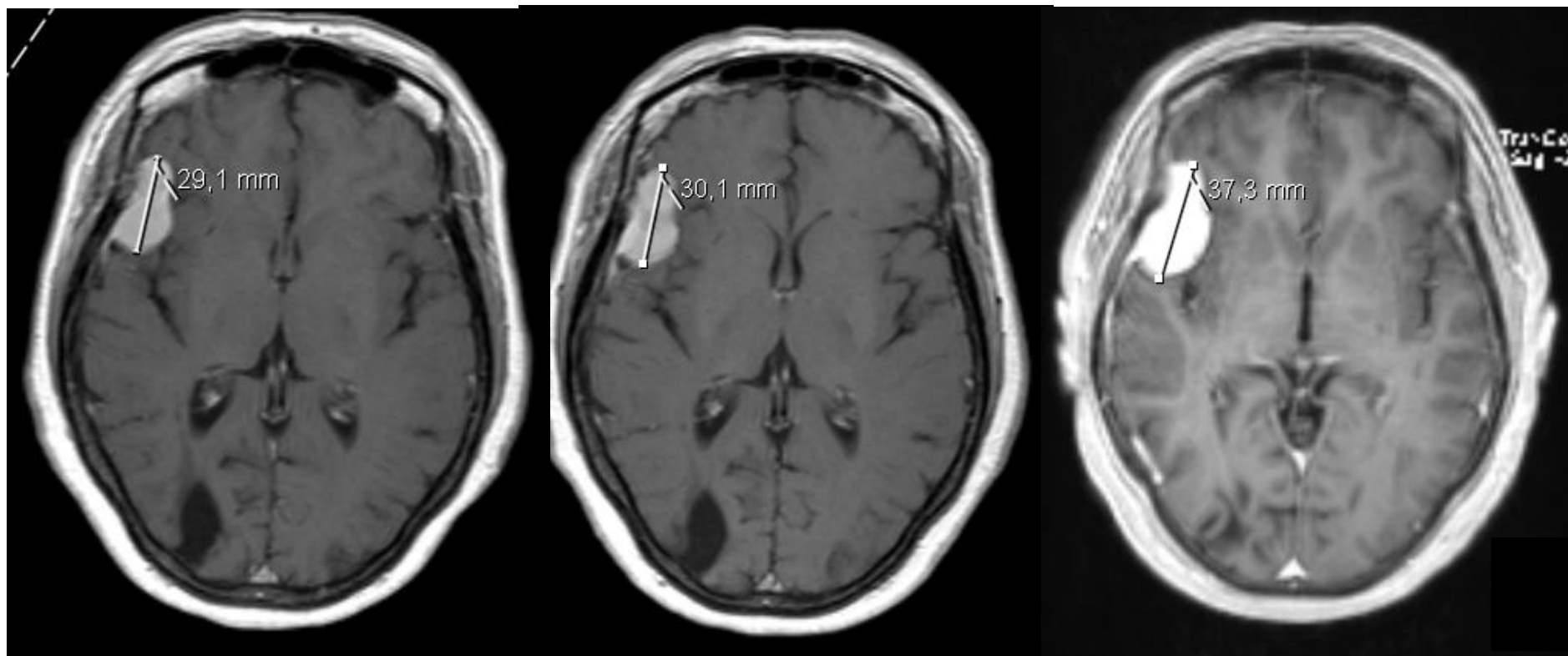
Belangrijkste redenen voor behandeling:

- ▶ snelle groei, aanhoudende/toenemende groei, massawerking, uitval

bespreek opties, prognose, risico's, voorkeuren en (onjuiste) denkbeelden patiënt



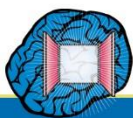
Voorbeeld: Groeiversnelling



2006: 29.1 mm

2007: 30.1 mm

2008: 37.3 mm



Behandeling meningeoom zonder klachten

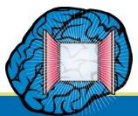
Bijwerkingen behandeling

Chirurgie

- Postoperatieve overlijden 0-2,6% (NB wait-and-scan: 0-2,5%)
- Waarschijnlijk meer bij >70j

Radiotherapie (stereotactische bestraling):

- Tijdelijk: hoofdpijn, paresthesieën van de hoofdhuid (9%), lokale kaalheid (7%) ea
- Symptomatische meningeomen: 6% tijdelijk; 6% permanent; <0,1% acute mortaliteit
- Lange termijn?



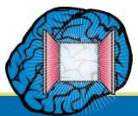
Behandeling: meningeoom met klachten

Wel of niet behandelen? → onvoldoende bewijs

- ▶ Weging: ernst symptomen, kans symptoomreductie, kans symptomatische groei
- ▶ Argumenten: conform 'asymptotisch meningeoom'

Argumenten voor behandeling:

- ▶ *Groei* >10%
- ▶ *Tumorgrootte* >2 – 2,5 cm
- ▶ *Massawerking*
- ▶ *Locatie ??* (Schedelbasis vs convexiteit)
- ▶ *Radiologische karakteristieken*
 - ▶ Calcificaties
 - ▶ T2 hyperintense tumormassa
- ▶ *leeftijd en geslacht*: 70-80j / 80j / Man <40j

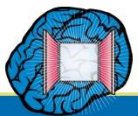
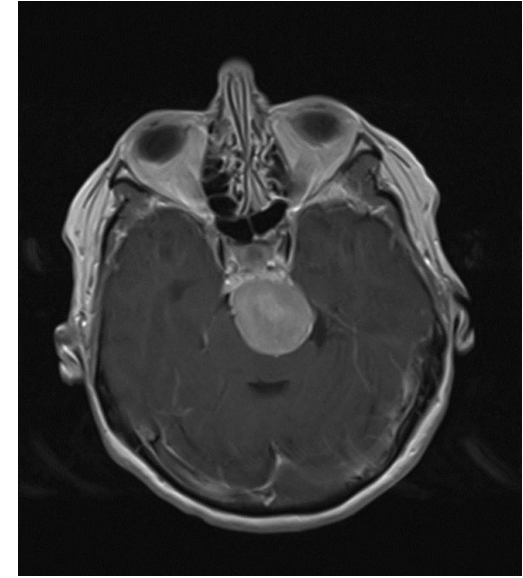


Behandeling: meningeoom met klachten

Indien behandelen, welke behandeling:
chirurgie of radiotherapie?

“Groot” meningeoom vaak operatie voorkeur

Maar als de chirurg er niet bij kan: radiotherapie

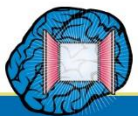
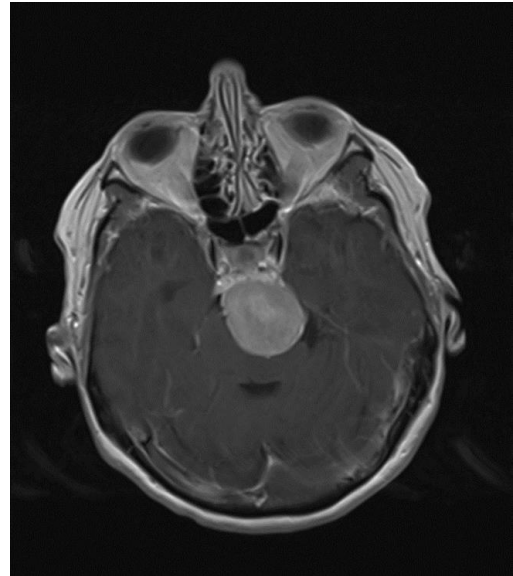


Behandeling: meningeoom met klachten

Indien behandelen, welke behandeling:
chirurgie of radiotherapie?

“klein” meningeoom vaak radiotherapie voorkeur

maar als er veel oedeem (= zwelling van gezonde hersenstructuren)
is....



Behandeling: radiotherapie na operatie

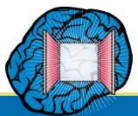
Graad 1, volledige resectie: **geen** radiotherapie

Graad 1, partiële resectie: overweeg radiotherapie , vooral als groei snel neurologische symptomen kan geven

Graad 2, volledige resectie: onduidelijk. Overweeg studie (ROAM-studie EORTC)

Graad 2, partiële resectie: overweeg radiotherapie

Graad 3 (volledige/partiële resectie): overweeg radiotherapie



Behandeling meningeom besluitvorming?

MDO = multidisciplinair overleg

Wie?

Radiotherapeut

Neuroloog

Neurochirurg

Radioloog



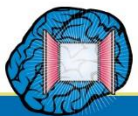
Optioneel

Oogarts

Verpleegkundige

Oncoloog

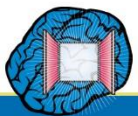
Waar is de patiënt?



Voorlichting & Wensen patiënt

Wensen patiënt

- Wens om van lesie af te komen
 - *'ik kan er niet mee leven dat dit in mijn hoofd zit'*
- Vrees voor (acute) complicaties behandeling
- Mogelijke onjuiste gedachten
 - *'Een meningeoom groeit altijd en zal altijd tot klachten en/of levensbedreiging leiden.'*
 - *'Een meningeoom is een tijdbom die ineens tot levensbedreigende complicaties kan leiden.'*
 - *'Een meningeoom moet altijd geopereerd worden, want 'weg is zeker weg''*



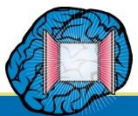
Voorlichting & Wensen patiënt

Voorlichting: option grid

“Samen beslissen”

Option Grid behandeling asymptomatisch meningeoom

Vragen	Operatie	Bestraling	Geen behandeling (wel vervolgen)
Waarom zou ik kiezen voor deze behandeling?	Als de tumor groeit, of u krijgt klachten, dan kan een operatie overwogen worden.	Als de tumor groeit, of u krijgt klachten, dan kan bestraling overwogen worden.	Als de tumor niet groeit, is een behandeling niet altijd nodig. U krijgt dan ook niet te maken met de eventuele negatieve gevolgen van een operatie of bestraling.
Wat gebeurt er bij de behandeling?	Er wordt een luikje in de schedel gemaakt. De tumor, die tussen de schedel en de hersenen ligt, wordt zo volledig mogelijk verwijderd door de neurochirurg.	U krijgt een masker op het gezicht, dat aan de tafel vast wordt gemaakt. Zo ligt het hoofd helemaal stil. Een apparaat draait om uw hoofd en stuurt straling naar de tumor. Hier voelt u niets van. Het aantal bestralingen hangt af van de grootte van de tumor en kan variëren van 1-30x	U wordt niet behandeld. Regelmatig krijgt u een MRI scan van de hersenen om te kijken of de tumor groeit. Dit kan variëren tussen elke 3 maanden tot om de vier jaar.
Moet ik na de behandeling in het ziekenhuis blijven?	U zult ongeveer 2 tot 5 dagen in het ziekenhuis moeten blijven.	U mag direct naar huis. U mag alleen niet deelnemen aan het verkeer na een bestraling. Zorg dus dat iemand u ophaalt.	U wordt niet behandeld.
Hoe groot is de kans dat het terug komt?	De kans dat de tumor terugkomt na een operatie is heel klein, tenzij er sprake was van een kwaadaardige meningeoom (graad 3).	De kans op het terugkomen van een tumor is heel klein.	Zonder behandeling is er in de loop der jaren vaak sprake van langzame groei van de tumor. Bij 20-60% van de patiënten wordt dit binnen 5 jaar gezien. Deze groei kan betekenen dat u (nieuwe) klachten krijgt,

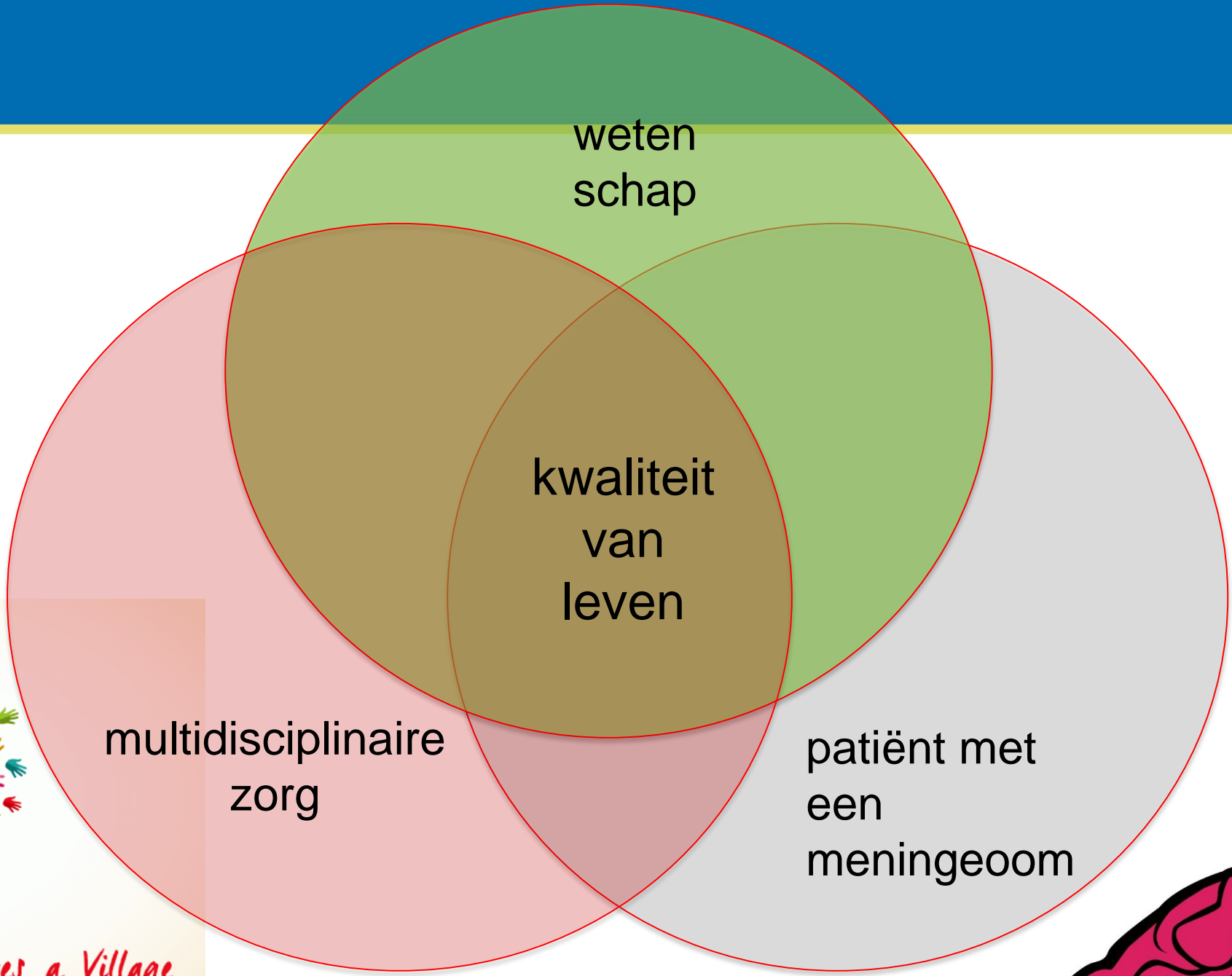


Cognitie & Revalidatie

minimaal éénmalig (bijv 3 maanden na behandeling of bij observatie)
screenen op:

- ▶ gevolgen voor dagelijks leven (bijv Lastmeter) → bij afwijkingen: consult revalidatie-arts
- ▶ tekenen van niet-aangeboren hersenletsel (bijv → bij afwijkingen neuropsychologisch onderzoek)

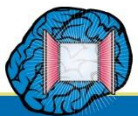




Follow-up: hoe vaak MRI?

Algemeen:

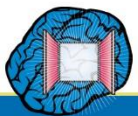
- ▶ 1-jaarlijks MRI
- ▶ als binnen 2 jaar geen groei: MRI à 2 jaar
- ▶ als na 10 jaar geen groei: MRI à 4 jaar
- ▶ blijven controleren tot 80e jaar gezien kans op groei



Follow-up: behandeld meningeoom

Graad 1:

- ▶ MRI na 1 jaar en uitbreiden
- ▶ Indien volledige resectie: na 10 jaar stop
- ▶ Alleen scans indien consequenties



Follow-up: behandeld meningeoom

Graad 2:

- ▶ Levenslange radiologische follow-up zolang consequenties
- ▶ Indien 10 jaar stabiel: à 2 jaar

Graad 3:

- ▶ Levenslange radiologische follow-up zolang consequenties



Take home messages

Meningeomen zijn in principe goedaardige tumoren, maar kunnen groeien en neurologische klachten geven

Meningeomen worden steeds vaker ontdekt

Meningeomen hoeven kunnen behandeld worden, maar het hoeft niet altijd

Goede besluitvorming vereist multidisciplinaire zorg

De kwaliteit van leven van de patient is leidend!

