

samenvatting richtlijn gliomen

Datum goedkeuring richtlijn:
april 2015 | versie 2.0
Verantwoording: richtlijnwerkgroep
Gliomen

Het is gewenst dat u als zorgverlener
deze richtlijn kent. Raadpleeg de meest
recente versie van de richtlijn op:
www.oncoline.nl/gliomen

Epidemiologie

- Incidentie is stabiel en in Europa rond de 6 per 100.000 inwoners.
- Ongeveer 70% van de gliomen is van het astrocytaire type, waarvan GBM het meest agressieve subtype is (ongeveer 50%). De overige 30% bestaat met name uit oligodendrogliomen en menggliomen.

Diagnostiek

Beeldvormende diagnostiek

- Conventionele MRI (T2-, T2-FLAIR en T1-gewogen MRI-opname voor en na contrast).
- Aanvullende beeldvorming kan worden overwogen ter ondersteuning van de plaatsbepaling van het biopt bij niet aankeurende hersentumoren.

Neuropathologie

- Gliomen worden geclassificeerd volgens de World Health Organization (WHO)-classificatie:

WHO-classificatie Gliomen

WHO-indeling	Type
Graad I	Pilocytair astrocytoom Pilomyxoid astrocytoom
Graad II	Diffuus laaggradig astrocytoom Diffuus laaggradig oligodendroglioom Diffuus laaggradig oligo-astrocytoom*
Graad III	Anaplastisch astrocytoom Anaplastisch oligodendroglioom Anaplastisch oligo-astrocytoom* Gliomatosis cerebri
Graad IV	Glioblastoom, varianten: kleincellig glioblastoom, gliosarcoom

*meng-glioom

gliomen

- De diagnostische, prognostische en predictieve waarde van 1p/19q-deletie, MGMT-methylering en IDH1/2-mutatie bij hooggradige gliomen:

1p/19q-deletie MGMT-methylering IDH1/2-mutatie

diagnostische waarde

Soms, deletie ondersteunt diagnose oligodendrogliale tumor. Afwezigheid mutatie sluit oligodendrogliale tumor niet uit.	Nee.	Ja, in differentiatie met reactieve gliose en specifieke gliale tumoren. Afwezigheid mutatie sluit diffuse gliomen niet uit.
---	------	--

prognostische waarde

Ja, deletie is een sterke prognostische indicator bij graad III gliomen (behandeld met RT, CT of beide). Bij LGG is dit minder duidelijk.	Ja, MGMT promotor methylatie is positief prognostisch bij HGG (behandeld met RT, TMZ of beide).	Ja, IDH1/2 mutaties zijn prognostisch gunstig, vooral bij graad III en IV gliomen.
---	---	--

predictieve waarde

Ja, bij graad III gliomen met een 1p/19q-deletie is er sprake van een betere overleving met RT + PCV. Voor behandeling met temozolomide is dit onbekend.	Ja, MGMT promotor methylatie is positief prognostisch bij ouderen met een GBM (behandeld TMZ).	Nog geen eenduidige uitspraak mogelijk.
--	--	---

Behandeling

- Neem beslissingen over het te voeren beleid altijd in een multidisciplinair neuro-oncologisch overleg (MDO). Overweeg behandeling in studieverband daar waar mogelijk.

Laaggradig glioom

- Bespreek de risico's en voordelen van de verschillende (behandel)strategieën te weten: watchful waiting, resectie en biopsie.
- Overweeg post-operatieve behandeling met RT (50-54 Gy) en CT (6 kuren PCV).
- Bij patiënten met prognostisch ongunstige factoren is er geen indicatie voor watchful waiting.

Hooggradig glioom

- Verricht indien mogelijk een maximale resectie.
- Post-operatieve behandeling, patiënten met:
 - een anaplastisch glioom zonder gecombineerde 1p/19q-deletie: RT (59.4 Gy)
 - een anaplastisch glioom mét 1p/19q-deletie: RT (59.4 Gy) en CT (6 kuren PCV)
 - een glioblastoom in goede klinische conditie: RT (60 Gy) en CT (concomitant en adjuvant TMZ)

Recidief glioom

Behandeling van een recidief glioom is sterk geïndividualiseerd. Overweeg de volgende behandelopties in een multidisciplinair neuro-oncologisch overleg:

- behandeling in studieverband
- re-resectie
- chemotherapie: nieuwe lijn therapie of opnieuw TMZ
- re-irradiatie: minimum interval van 6-12 maanden met de initiële RT

Ouderen met HGG

- Overweeg bij patiënten 60-70 jaar en goede KPS en MMSE maximale resectie gevolgd door RT (60 Gy) en CT (concomitant en adjuvant TMZ).
- Bij patiënten die niet in aanmerking komen voor RT en CT kan de MGMT-promotoranalyse gebruikt worden; gemethyleerde promotor > TMZ, niet gemethyleerde promotor > RT (34 Gy).
- Bij patiënten >60 jaar, KPS<70 en MMSE<27/30 is afzien van behandeling een realistische optie.

Medicamenteuze symptoombestrijding

- Streef naar een zo kort mogelijke toediening van corticosteroiden, in een zo laag mogelijke dosering.
- Geef patiënten zonder epileptische aanvallen geen profylactische anti-epileptica.
- Enzym-inducerende anti-epileptica als fenytoïne, carbamazepine, oxcarbazepine en topiramaat zijn niet gewenst bij patiënten die (chemotherapeutisch) worden behandeld.
- In de terminale fase kunnen hoofdpijnklachten behandeld worden met corticosteroiden en opioïden, onrust en agitatie met neuroleptica en sedativa. Anti-epileptica zo lang mogelijk continueren.

Cognitie, revalidatie en begeleiding

- Overweeg om patiënten met een glioom een (cognitief) revalidatieprogramma aan te bieden.
- Screen alle glioompatiënten en directe naasten op lichamelijke, cognitieve, emotionele en gedragsmatige beperkingen en behoefte aan psychosociale zorg.

Radiologische follow-up

- Vervolg patiënten met MRI. Overweeg bij twijfel over tumorprogressie danwel therapie-effect de specificiteit voor het aantonen van tumorprogressie te verhogen door aanvullende MRI-series (zoals perfusie-MRI-wegingen of spectroscopie), Tc-MIBI-, Thallium-, of GBA-SPECT en/of C-MET-, F-DOPA-, of FET-PET.
- Het maken van een postoperatieve MRI binnen 72 uur voor zowel LGG als HGG kan zinvol zijn.
- De volgende radiologische follow-up frequentie kan worden aangehouden:
 - glioblastoom (WHO graad IV): drie tot zes maanden
 - anaplastisch glioom (WHO graad III): drie tot zes maanden
 - laaggradig glioom (WHO graad II): zes tot twaalf maanden

Afkortingen

CT: chemotherapie
GBM: glioblastoma multiforme
HGG: hooggradig glioom
LGG: laaggradig glioom
RT: radiotherapie
TMZ: temozolomide

Alle patiënten in Nederland hebben recht op de best mogelijke zorg tijdens en na hun behandeling. Samen met u geeft IKNL invulling aan de integrale aanpak en continue verbetering van de oncologische en palliatieve richtlijnen. Extra kaarten zijn te bestellen via www.iknl.nl