

samenvatting richtlijn intracranieel meningeoom

Datum goedkeuring richtlijn:
april 2015 | versie 1.0

Verantwoording: Landelijke Werkgroep
Neuro-Oncologie (LWNO)

Het is gewenst dat u als zorgverlener
deze richtlijn kent. Raadpleeg de meest
recente versie van de richtlijn op:

www.oncoline.nl/meningeoom

Algemeen

Incidentie

- symptomatische meningeomen in NL: 1,8/100.000 mannen en 4,5/100.000 vrouwen
- asymptomatische meningeomen in NL: > 45 jaar: 0,9%

Risicofactoren

- kleine kans op groei bestaand meningeoom in 2e en 3e trimester zwangerschap
- groei meningeoom tijdens exogene hormoontherapie: overweeg stoppen

Genetische syndromen

- multipele meningeomen of diagnose meningeoom < 18 jaar: overweeg NF2
- meningeoom in kader van genetisch syndroom: terughoudend met radiotherapie (RT) i.v.m. kans op straling geïnduceerde tumoren

Diagnostiek

Klinische verschijnselen

- locatie: intracranieel, intra-orbitaal, spinaal
- neurologische uitval, epilepsie en botdeformiteiten

Beeldvorming

- MRI (T2-, T2-FLAIR en T1-gewogen MRI voor en na contrast) bij verdenking intracranieel meningeoom. Als geen MRI mogelijk: CT zonder en met contrast

Pathologie

- gradering meningeomen volgens WHO 2007 classificatie
- incidentie WHO graad I: 90%; WHO graad II: 5-7%; WHO graad III: 1-2%

meningeoom

Behandeling

Algemeen

Er is geen bewijs ten aanzien van de optimale behandeling van meningeomen.

Hierdoor is er veel ruimte voor individuele voorkeuren van arts en patiënt in keuze behandeling.

Bespreek voorkeuren patiënt en besteed aandacht aan eventuele onjuiste denkbeelden over prognose en risico's van behandelopties.

Asymptomatisch meningeoom

- Overweeg **wait-and-scan-beleid** bij afwezigheid groei of lage groeisnelheid (toename maximale diameter < 10%/jaar).
- Overweeg **behandeling** bij:
 - groei > 10% per jaar of tumorgrootte > 2,5 cm: meer kans op groei en symptomatologie
 - massawerking
 - locatie: schedelbasismeningeoom groeit vaak minder snel dan convexiteitsmeningeoom; wel sneller (irreversibele) symptomen bij schedelbasismeningeoom
 - radiologische kenmerken: tragere groei bij calcificaties en snellere groei bij T2-hyperintense tumormassa
 - leeftijd: groei meningeoom vakt vaak af voor of rond 80 jaar
 - geslacht: mannen < 40 jaar: hogere kans op WHO-II en -III meningeoom

Symptomatisch meningeoom

(keuze voor behandeling: zeer laag bewijs)

Bij keuze voor behandeling van symptomatisch meningeoom, weeg mee: groei, tumorgrootte, massawerking, locatie, radiologische karakteristieken, leeftijd en geslacht.

- **Convexiteitsmeningeoom:** er kan geen uitspraak worden gedaan over de beste behandeling: chirurgie of (stereotactische) radiotherapie. Behandelkeuze wordt bepaald door grootte, symptomen, locatie van het meningeoom, leeftijd en co-morbiditeit van patiënt.

- **Schedelbasis-, petroclivaal- of opticusmeningeoom:**

Overweeg primair (stereotactische) radiotherapie. Bij massawerking: overweeg eerst chirurgische decompressie voor radiotherapie.

Postoperatieve radiotherapie na chirurgie (geen-zeer laag bewijs)

- Bespreek keuze over postoperatieve radiotherapie in MDO.
- WHO-graad, locatie en grootte van restmeningeoom, nabijheid van belangrijke hersenstructuren en te verwachten toxiciteit van radiotherapie spelen rol in keuze.

resectie meningeomen	postoperatieve radiotherapie
compleet, WHO graad I	geen (studies ontbreken)
partieel, WHO graad I	overweeg radiotherapie ivm betere PFS
compleet, WHO graad II	bij voorkeur radiotherapie in studieverband
partieel, WHO graad II	overweeg radiotherapie ivm betere PFS
partieel of compleet WHO graad III	indicatie radiotherapie ivm betere PFS*

Tabel 1. Postoperatieve radiotherapie na chirurgie

*PFS = progression free survival

Recidief meningeoom

- Overweeg bij recidief meningeoom van alle WHO graderingen re-resectie of radiotherapie.
- Systemische behandelingen (hydroxyurea, interferon-alfa, langwerkend somatostatine analogo) bij recidief meningeoom: niet bewezen effectief.

Radiologische follow-up

diagnose meningeoom	< 60-80 jaar	> 80 jaar*
frequentie follow-up		
aanvankelijk	jaarlijks	jaarlijks
2 jaar geen groei	2-jaarlijks	2-jaarlijks
10 jaar geen groei	4-jaarlijks	stop MRI indien 6 jaar geen groei
bij groei meningeoom	(sterk) overwegen behandeling	overwegen behandeling
stop follow-up	- bij behandel- indicatie - als groei stopt - leeftijd > 80 jaar	- bij behandel- indicatie - als 6 jaar geen groei

Tabel 2. Niet-behandelde (a)symptomatische meningeomen
Voor alle leeftijden: overweeg jaarlijks een MRI te blijven ver-
richten als beperkte groei al behandelconsequenties heeft.
* Denk na of radiologische follow-up geïndiceerd is.

WHO graad I	frequentie MRI
complete resectie	
na resectie	jaarlijks
> 2 jaar geen recidief	2-jaarlijks
> 10 jaar geen recidief	overweeg stop MRIs
partiële resectie of radiotherapie	
na resectie	jaarlijks
> 2 jaar geen groei	2-jaarlijks tot 80 jaar

WHO graad II	frequentie MRI
partiële of complete resectie of radiotherapie	
na resectie	6 maandelijks
> 1 jaar geen recidief	jaarlijks
> 10 jaar geen recidief	2 jaarlijks

WHO graad III ^{a,b}	frequentie MRI
partiële of complete resectie of radiotherapie	
na resectie + RT	3 maandelijks
geen recidief na 3 maanden	6 maandelijks

Tabel 3. Behandelde (a)symptomatische meningeomen
^a Overweeg na elke behandeling uitgangsmMRI te maken ter
beoordeling van toekomstige recidieven.
^b Na behandeling recidief WHO graad III meningeoom:
3-maandelijks MRI bij behandelconsequenties.

Cognitie en revalidatie

- Tenminste eenmalig neuropsychologische beperkingen in kaart brengen (Signaleringslijst NAH van Vilans).
- Bij cognitieve, emotionele en/of gedragsmatige problemen: uitgebreid neuropsychologisch onderzoek.
- Overweeg verwijzing revalidatie-arts voor multidisciplinair revalidatieprogramma bij fysieke, cognitieve en/of emotionele veranderingen en beperkingen in dagelijks leven.

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