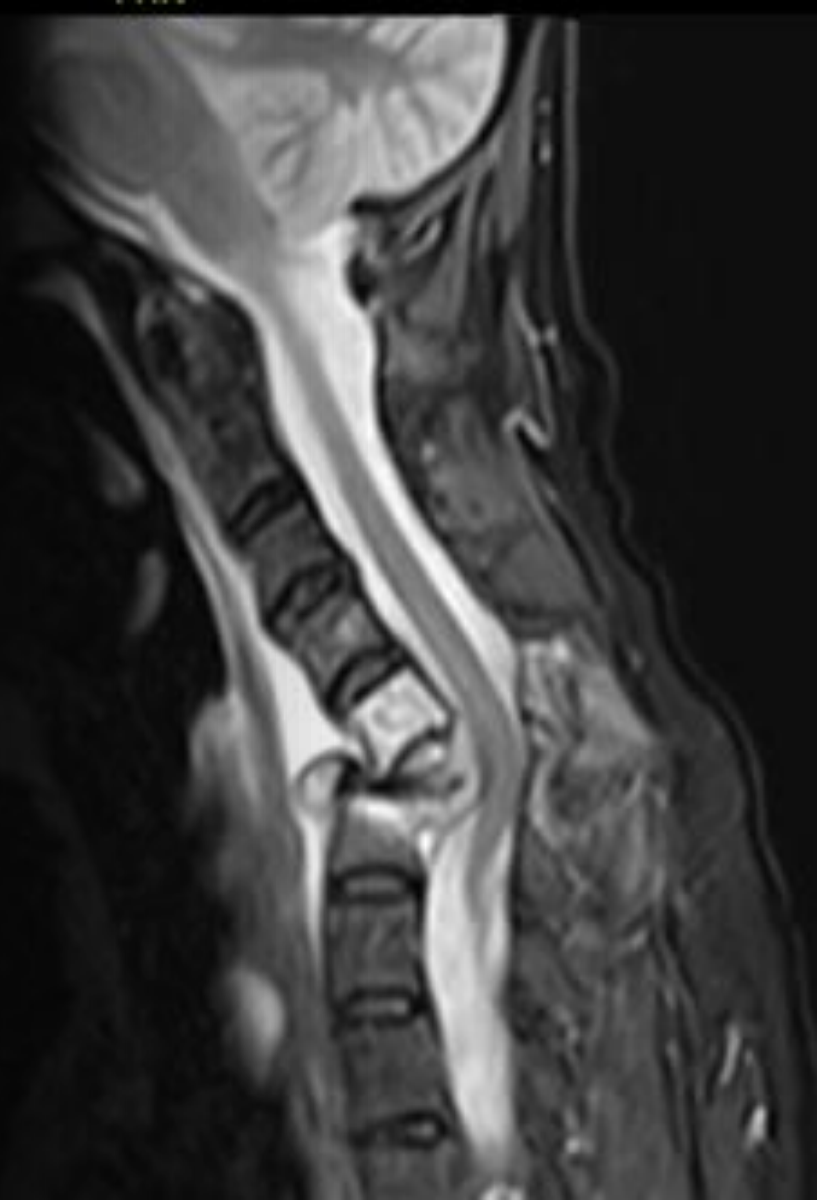




Waarom doorpakken?

Belang van vroegtijdige handelen bij wervelmetastasen

Martijn Verhagen, neurochirurg
Noordwest Ziekenhuisgroep
Topzorg 2023



Disclosures

- AOSpine (cursussen), Dutch Spine Society (bestuur)

Casus

Man 46 jaar

Half jaar nekpijn geïd bij spanning obv angststoornis

Escalatie pijn laatste weken met stramme handen

Acute volledige hoog thoracale dwarslesie obv metastase longca

Geen herstel ondanks operatie

Na 1 maand overleden aan respiratoire insufficiëntie



Leerdoelen

De behandelopties kunnen noemen van wervelmetastasen

De impact van vroege versus late behandeling kunnen beschrijven

Druk uitoefenen om snelheid van behandeling te borgen

Gemotiveerd zijn aan een vroegtijdige behandeling bij te dragen

Wie werkt er wel eens met patiënten met kanker?

Wie werkt er wel eens met patiënten met rugpijn?

Epidemiologie

Incidentie HA praktijk 2000pt

Wervelmetastasen: 3/jaar

Maligne ruggemergscompressie: 1/3 jaar

Prevalentie in populaties oncologische patiënten

wervelmetastasen 25-75%

maligne ruggemergscompressie 1-5 %

Behandelopties

- Systemtherapie
- Bisphosphanaten
- Analgetica
- Radiotherapie
- Operatieve fixatie
- Operatieve decompressie

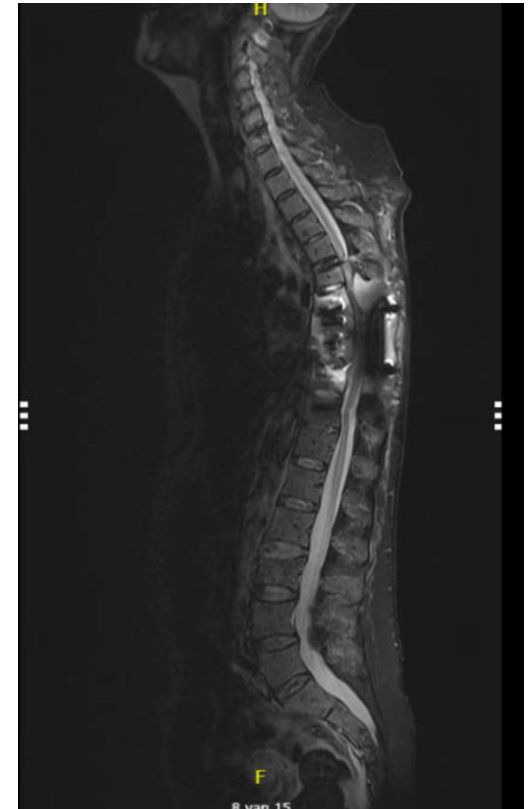
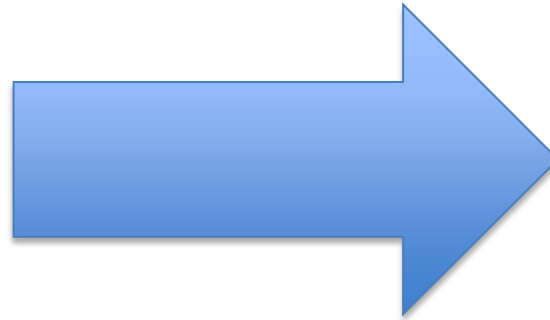
Beloop

Zeer vroeg

Vroeg

Laat

Te laat



Zeer vroeg

Vroeg

Laat

Te laat

Celproliferatie, geen mechanisch of neurologisch probleem

Asymptomatisch of tumorpijn

Systeemtherapie

RTx



Zeer vroeg

Vroeg

Laat

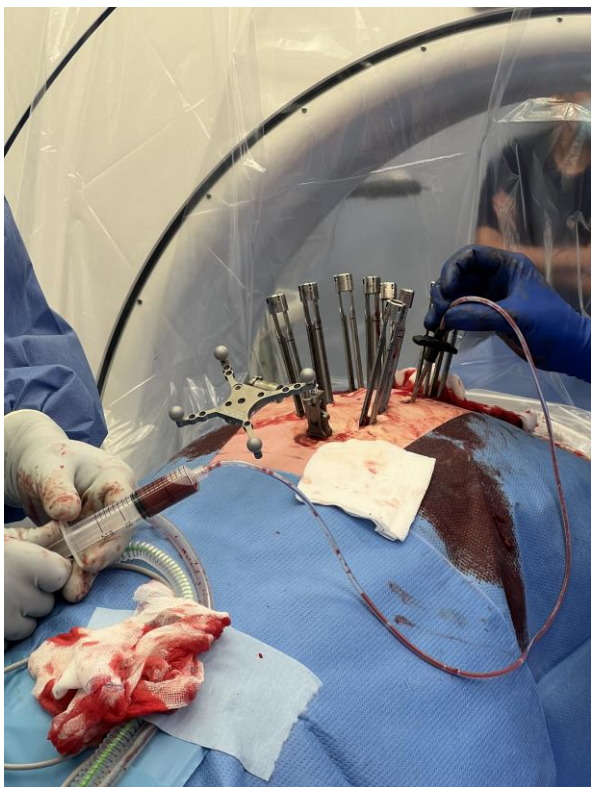
Te laat

Dreigende neurologische
uitval/instabiliteit

Asymptomatisch of tumorpijn

Radiotherapie
systeemtherapie
Bisphosfanaat
Percutane fixatie
Kraag







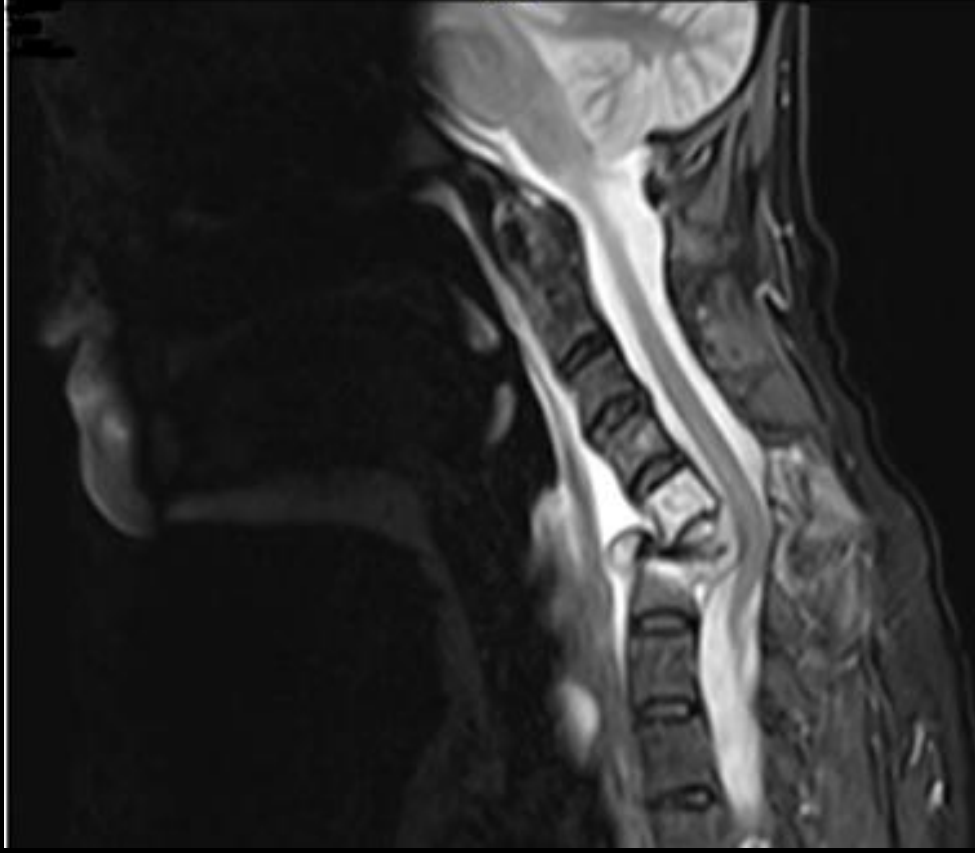
Evidente mechanische instabiliteit

Myelum/cauda compressie zonder ernstige uitval

Open decompressie en fixatie

21-04-2020 13:19:48
Cervicale wervelkolom
ACC# 3000856405

sch



Zeer vroeg

Vroeg

Laat

Te laat

Volledige dwarslesie
zonder reactie op
dexamethason

Revalidatie (omgaan met
dwarslesie)
Soms fixatie





Performance ↓
Kwaliteit van leven ↓
Overleving ↓
Zorgbehoefte/tijd ↑

I.h.a. juist meer lange overlevers!

Belang van regie

Alarmsymptoom tot therapie:
<36 uur tot <4 weken

Consulten: 3-10 specialismen

Gewenste onderzoeken: 3-5, verslag tot 3 weken!

Vorbereiding therapie: tot 2 weken!

Casus

50-jarige zwakbegaafde vrouw

VG/ obesitas

Beloop/

- (*dag 0*): beoordeling poli orthopedie ivm rugpijn sinds 1 jaar met invaliderende toename sinds enkele weken. Fentanyl behoeftig
- (*dag 15*): MRI-TWK: verdenking gemetastaseerde ziekte



- Radioloog overlegt met SEH → pt wordt zelfde dag gezien. Geen afwijkingen bij NO. Iom orthopedie reguliere afspraak handhaven
- (*dag 21*): TC orthopedie. Iom oncoloog X-th. Plan 2 weken na X-th consult.
- (*dag 35*): consult orthopedie, mogelijk longca. A/ zwalkend lopen. NO/ gda. Iom longarts poli longgeneeskunde na PET-CT
- (*dag 44*): PET-CT: massa nier verdacht voor RCC. Massa long, mogelijk ook maligniteit. Metastasen wervelkolom en ribben.
- (*dag 46*): controle belfspraak orthopedie. **PATIËNTE KAN NIET MEER LOPEN**

Take home messages: wervelmetastasen

Behandelopties zijn medicatie, radiotherapie en chirurgie

Uitstel van behandeling geeft slechtere resultaten

Zonder regie gaat de work-up te traag

Hoe pik je ze eruit?

Discussiegroep

- Parels
- Belemmeringen

“Hoe herken je een patient met wervelmetastasen?”



Martijn Verhagen, neurochirurg

Harald Hutten, Huisarts

Harm Graat, orthopedisch chirurg

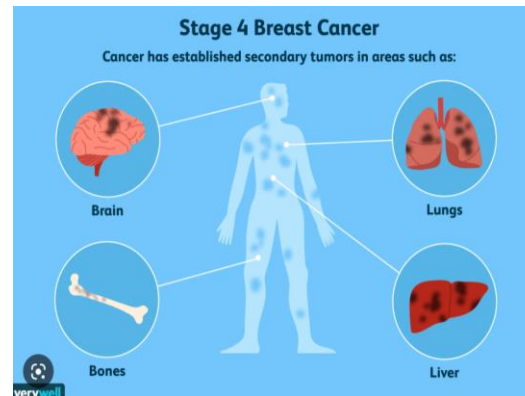
Hoe herken je de patient met wervelmetastase(n)

- herkennen klinische kenmerken tumorpijn
- herkennen tekenen van mech instabiliteit
- herkennen op hoofdlijnen de klinische kenmerken van neurale compressie
- geen conventioneel radiologisch onderzoek gebruiken om een wervelmetastase uit te sluiten

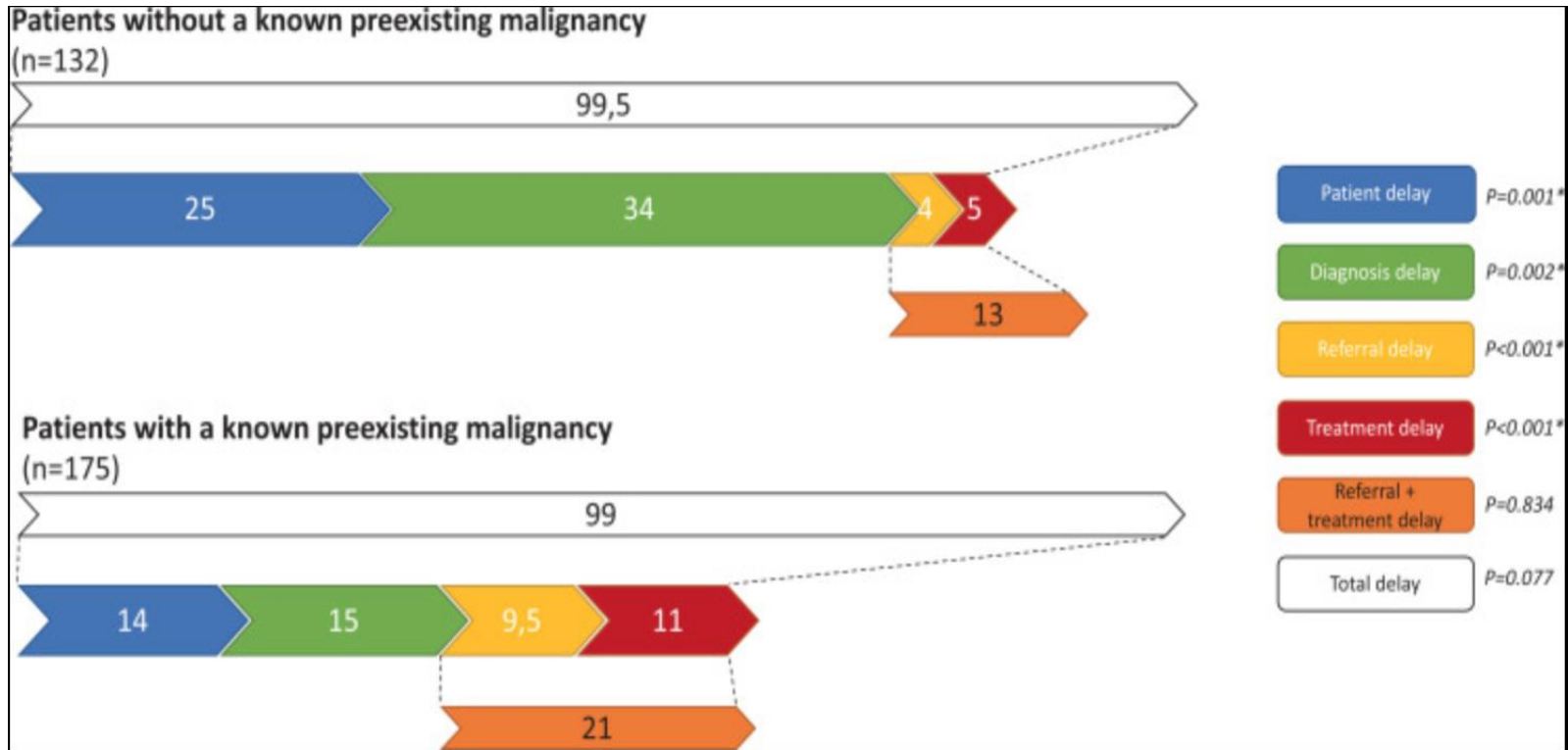


1. Hoe herken je een patient met tumorpijn

- patiente bekend met een primaire tumor (en daarvan is bekend dat ze kunnen metastaseren naar de wervelkolom)
- Patiente met een onbekende primaire tumor (meer risico op delay); in deze groep wat onderscheid deze patient van chronic low back pain bijvoorbeeld.



Hoe herken je een patient met tumorpijn



Hoe herken je een patient met tumorpijn

	Known preexisting malignancy n = 175	Unknown preexisting malignancy n = 132	P-value
Mean age, years (SD)	62.0 (11.9)	61.8 (11.6)	0.910
Gender, male (%)	82 (47.1%)	81 (62.8%)	0.007
Tumor Histology, n (%)			<0.001
Breast	48 (27.6%)	9 (7.0%)	
Gastrointestinal	16 (9.2%)	5 (3.9%)	
Lung	16 (9.2%)	26 (20.2%)	
Hematological malignancy	15 (8.6%)	53 (41.1%)	
Prostate	17 (9.8%)	13 (10.1%)	
Renal	23 (13.3%)	10 (7.8%)	
Other	25 (14.3%)	6 (4.5%)	
Unknown	12 (6.9%)	4 (3.1%)	

Other metastases, n (%)			0.961
Yes	49 (28.2%)	36 (27.9%)	
No	125 (71.8%)	93 (72.1%)	
Spinal level n (%)			0.129
Cervical	13 (8.1%)	12 (11.1%)	
Cervicothoracic	10 (6.2%)	8 (7.4%)	
Thoracic	66 (41.0%)	50 (46.3%)	
Thoracolumbar	20 (12.4%)	12 (11.1%)	
Lumbar	39 (24.2%)	16 (14.8%)	
Diffuse	13 (8.1%)	10 (9.3%)	
Number of affected levels n (%)			0.678
1	82 (47.1%)	61 (47.3%)	
2	31 (1.8%)	19 (14.7%)	
3	24 (13.8%)	15 (11.6%)	
≥4	37 (21.3%)	35 (26.4%)	

Wat is het patientprofiel?

- Nieuwe rugpijn, standsverandering wervelkolom en/of neurologische symptomen
- Progressie hiervan
- Leeftijd > 50
- Matige conditie of gewichtsverlies

Patient zelf informeren?

1) Neem overdag tijdens werkdagen contact op met uw behandelend arts bij nieuwe en/of toenemende hevige pijn in de rug of nek.

2) Neem zo snel mogelijk contact op met uw behandelend arts als u plotseling last hebt gekregen van:

- minder kracht in de benen (en soms ook de armen)
- problemen met de aansturing van de benen (en soms ook de armen)
- heel wankel lopen
- gevoelloosheid of tintelingen vanaf de borst, buik, liezen en/of benen naar beneden
- niet meer kunnen lopen en/of staan of door de benen zakken

2. Wat is en hoe herken je mechanische instabiliteit?

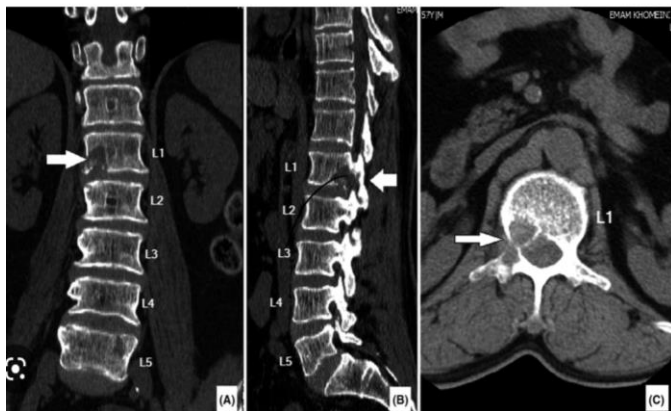
Klinische signalen

- Meest belangrijke: (veel) minder pijn met liggen dan met verticaliseren
- Tintelingen, krachtsverlies met verticaliseren (alarmsignaal!, myelum at risk)
- Teen-hak proef (patient op tenen laten staan en dan op de hakken laten vallen)

Spinal Instability Neoplastic Score

- Beoordeling op CT:

Zonder aanvullend onderzoek:
alleen pijn te beoordelen



SINS component	Score
Location	
Junctional (occiput-C2, C7-T2, T11-L1, L5-S1)	3
Mobile spine (C3-6, L2-4)	2
Semirigid (T3-10)	1
Rigid (S2-5)	0
Pain*	
Yes	3
Occasional pain but not mechanical	2
Pain-free lesion	0
Bone lesion	
Lytic	2
Mixed (lytic/blastic)	1
Blastic	0
Spinal alignment	
Subluxation/translation present	4
<i>De novo</i> deformity (kyphosis/scoliosis)	2
Normal alignment	0
Vertebral body collapse	
>50% collapse	3
<50% collapse	2
No collapse with >50% body involved	1
None of the above	0
Posterolateral involvement of the spinal elements[†]	
Bilateral	3
Unilateral	1
None of the above	0

Criteria of instability. Total score (TS) 0-6 : stable spine, TS 7-12 : potential unstable spine, TS 13-18 : unstable spine. Recommendation : TS ≥7, consider surgical intervention. *Pain improvement with recumbency and/or pain with movement/loading of the spine, †Facet, pedicle, or costovertebral joint fracture or replacement with tumor

3

?

2

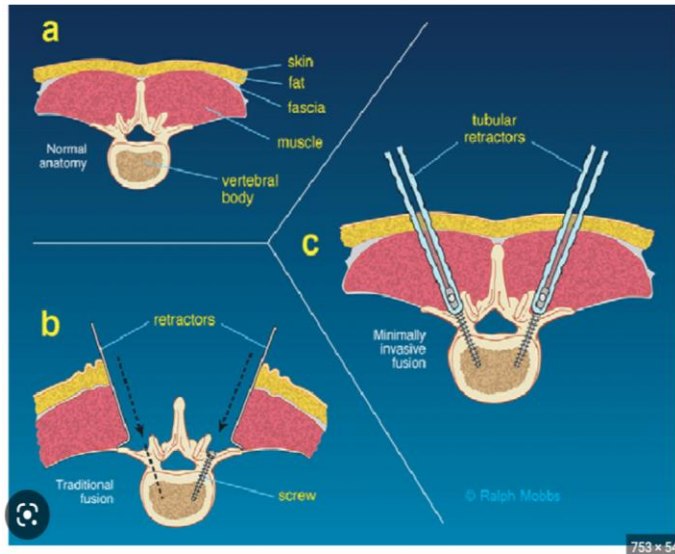
0

0

1

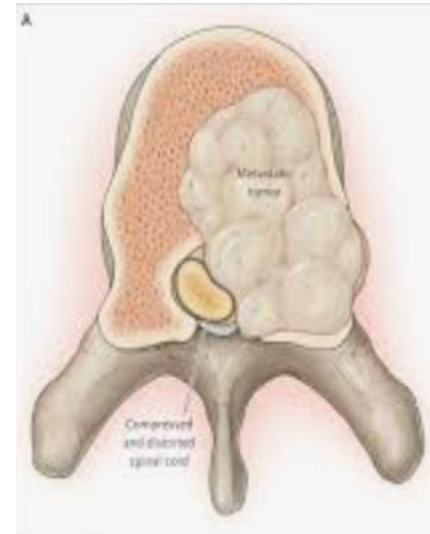
6+?

Mechanische instabiliteit: vrijwel altijd operatie indicatie



3. Hoe herken je de klinische kenmerken van neurale compressie

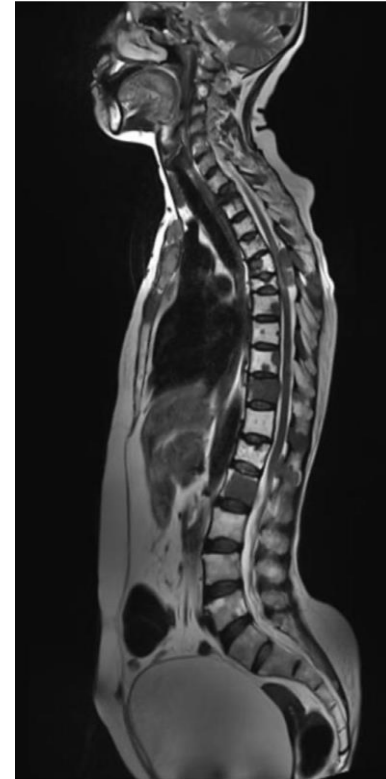
- Vermindering kracht
- Veranderd gevoel
- Afname vaardigheid
- Zwalkend lopen
- Verminderde controle over mictie/defecatie



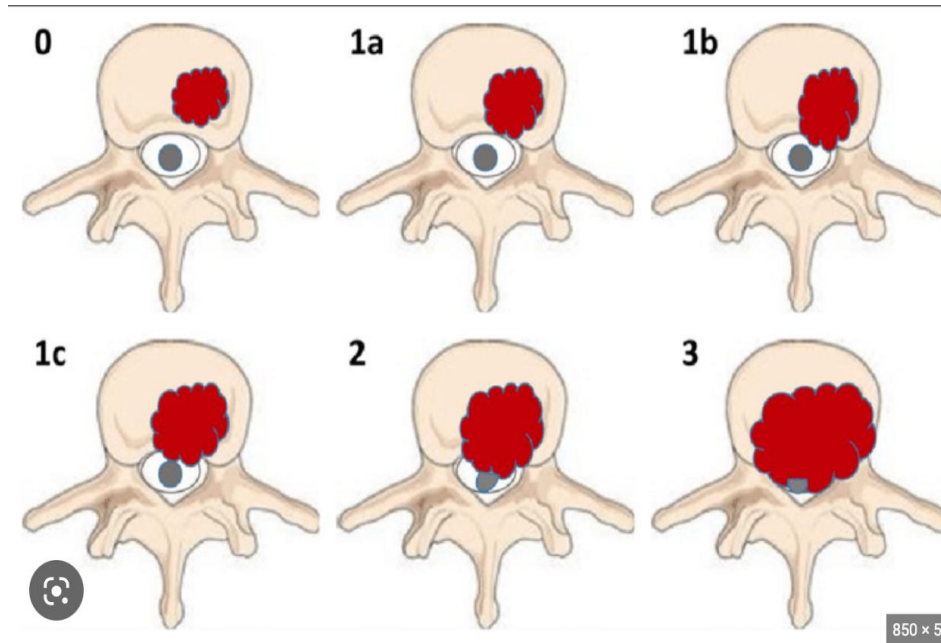
MRI totale wervelkolom

- Bij tekenen van van myelum/zenuwcompressie:
MRI Totale wervelkolom

- myelum compressie op meerdere nivo's?
- Behandeling op meerdere nivo's?
RT/Operatie



MRI: compressie classificeren: bilsky classification

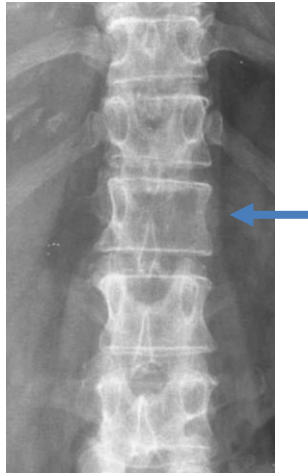


Schematic of the 6-point epidural spinal cord compression (ESCC)... | Download Scientific Diagram

[Bezoeken](#)

4. Hoeveel helpt een rontgenfoto bij een verdenking op een wervelmetastase.

- Ten minste 50% osteolyse noodzakelijk voordat een afwijking op de rontgenfoto gezien kan worden.
- Een rontgenfoto sluit een wervelmetastase niet uit, MRI is de gouden standaard



Red flags

Algehele conditie verlies

Progressieve rugpijn (mechanisch)

Nieuwe neurologie

Bedlegerigheid hierdoor



Handvatten uit de richtlijnen

Onderwerpen

- Cijfers rugpijn in de huisartsenpraktijk
- Alarmsymptomen in de standaarden en richtlijn
- Actie

Cijfers

- Incidentie
- Stijgt met leeftijd
- Vrouwen > mannen
- Onderrapportering
- 0,5% van rugklachten maligniteit

ICPC	Incidentie
Lage rugpijn zonder uitstraling	40,9
Rug symptomen/klachten	30,4
Lage rugpijn met uitstraling	11,6
HNP	14,4

Lage rugpijn – Aanwijzingen maligniteit

- NHG-standaarden LRS/lage rugpijn
- Maligniteit in de voorgeschiedenis
- Leeftijd >50 jaar
- Continue pijn onafhankelijk van houding/bewegen
- Rugpijn > uitstraling
- Onverklaard gewichtsverlies
- Bandvormige rugpijn / pijn tussen schouderbladen

Lage rugpijn – Aanwijzingen maligniteit

- In standaarden én richtlijn
 - Nachtelijke verergering
 - (snelle) progressie
 - Uitgebreide neurologische uitval (bilateraal)
 - Malaise/matige conditie
-
- Richtlijn wervelmetastasen
 - Nieuwe lokale rugpijn
 - Drukpijn/kloppijn over de wervelkolom

Kansen

- Maligniteit **7%**
- Hogere leeftijd
- Onverklaard gewichtsverlies **3%**
- Onvoldoende verbetering na 1 maand
- Combinatie waarschijnlijk meer

Maligniteit én

- Lokale rugpijn zonder uitstraling 0-14%
- Radiculaire pijn 21-33%
- Uitvalsverschijnselen 41-48%
- Klinisch tekenen myelopathie/caudasyndroom 65-73%

Metastase als oorzaak schouderklachten

- Ernstige en/of persisterende klachten
- Lichamelijke klachten elders
- Malaise of gewichtsverlies
- Maligniteit in de voorgeschiedenis

Standaard fractuurpreventie

- Wel X!
- Onderwerp maligniteit/metastase wordt niet genoemd
- cave

Verwijzing

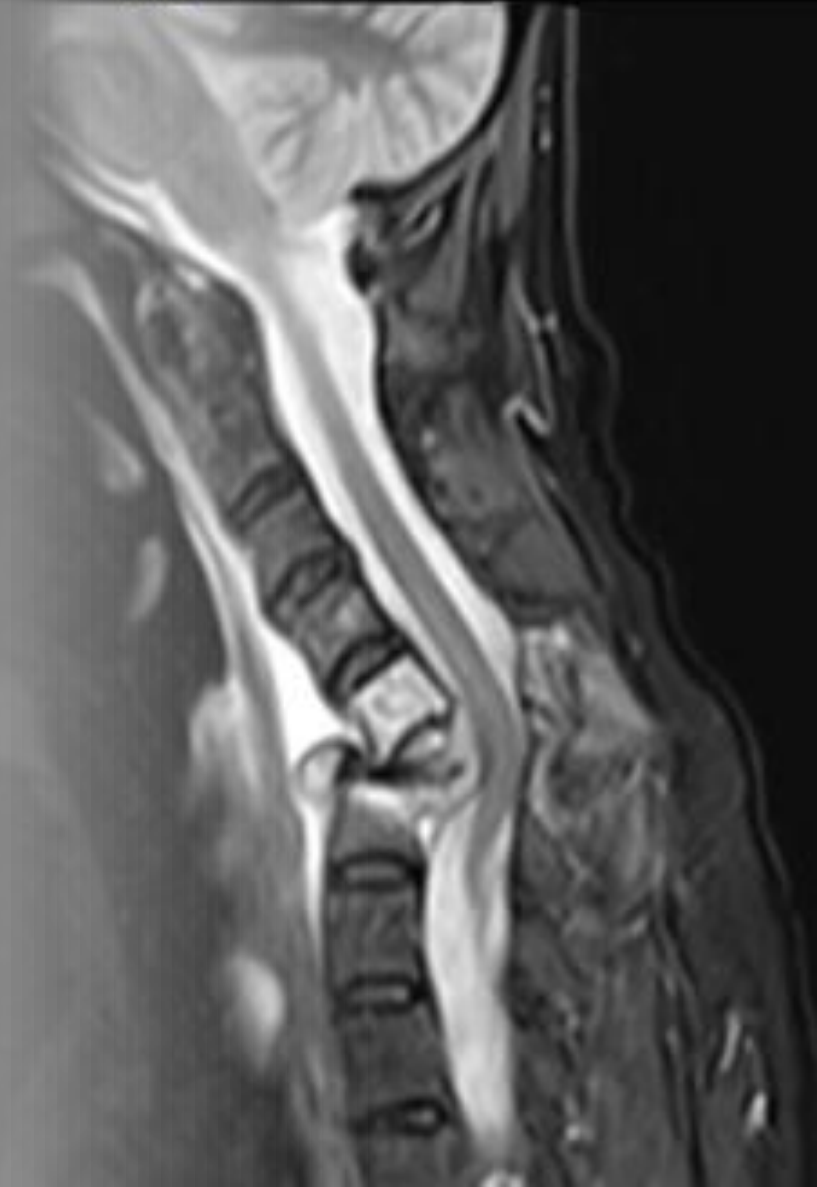
- < 1 – 7 dagen
 - VG maligniteit en (niet bekende en onbegrepen) rugpijn
 - Vermoeden metastase zonder bekende maligniteit

- Internist-oncoloog, orthopedisch chirurg, neuroloog



Wat te doen bij verdenking wervelmetastase

Martijn Verhagen, neurochirurg
Noordwest Ziekenhuisgroep
Topzorg 2023



Nieuwe rugpijn

leeftijd > 50

nieuw lokaal

Continue onafhankelijk van houding/beweging

Reguliere verwijzing orthopedie

Nieuwe rugpijn

Maligniteit in voorgeschiedenis

oncologisch hoofdbehandelaar/orthopeed

Nieuwe rugpijn

dag en nacht

progressief

matige conditie

onverklaard gewichtsverlies

Niet plus gevoel verwijzer

**< 1 week poli orthopedie/
oncoloog/oncologisch longarts**

Progressieve rugpijn waardoor bedlegerig

Overleg orthopedie zelfde dag

Nieuwe neurologie

Radiculaire pijn/tintelingen + verdenking
maligniteit/uitval 1 ledemaat

Overleg neurologie zelfde dag

Uitval > 1 ledemaat

Overleg neurologie zsm

Bij verdenking wervelmetastase voldoet een X-WK niet om dit uit te sluiten!!

Ook een inzakkingsfractuur sluit dit niet uit!

Wat vinden jullie hiervan?



Casus

Flankpijn

Martijn Verhagen, neurochirurg
Noordwest Ziekenhuisgroep
Topzorg 2023

Man 65 jaar (2022)

A/ Sinds 5 weken rugpijn. Via huisarts gestart met tramadol 2d50 mg, onvoldoende effect. Pijn zit in de flank/ rug linker zijde en straalt sinds 1 week ook uit naar de buik. Pijn is 's nachts het ergste, kan niet plat liggen. Bewegen gaat ook bijna niet, erg verkrampd. Geen andere klachten, met name geen koorts. Geen afvallen. Geen nachtzweeten.

VG/ 2017 peritoneaaldialyse ivm MPGN, 2018 DVT, 2018 heldercellig niercelca, 2021 pulmonale wigexcisie ivm metastase niercelca

LO/ Pijnlijk

Abd: Soepele buik met wel veel actief spierverzet links in de buik. Pijn nierloge links ++. Geen contra-laterale drukpijn. Normale peristaltiek.

Lab/

Lipase 61, Na 129, CRP 21, Hb 7.3

-
- Wat past?
 - Wat past niet?
 - AO?
 - Verwijzen?
 - Urgentie?

Wat neem je mee?
