



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Treating Meningioma: does the patient benefit? A paradigm shift from tumor to patient

Zamanipoor Najafabadi, A.H.

Citation

Zamanipoor Najafabadi, A. H. (2022, January 13). *Treating Meningioma: does the patient benefit?: A paradigm shift from tumor to patient*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3249735>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3249735>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Hoofdstuk 11.4

Samenvatting.

**Heeft de patiënt baat bij de behandeling van
een meningeoom?**

HEEFT DE PATIËNT BAAT BIJ DE BEHANDELING VAN EEN MENINGEOM?

Intracranieële meningeoomchirurgie heeft de weg vrijgemaakt voor veel neurochirurgische ontwikkelingen in de afgelopen twee eeuwen. Hierbij was het doel om deze tumor op een veilige manier zo volledig mogelijk te reseceren. In de afgelopen jaren is internationaal een verschuiving teweeggebracht waarbij de focus van de tumor naar de patiënt verplaatst is. Dit is mede mogelijk gemaakt door ons onderzoek, waarbij naar het functioneren en welzijn van meningeoom patiënten gekeken is. Middels vragenlijsten over onder andere kwaliteit van leven, zogenaamde patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten (**Hoofdstukken 2 en 3**), hebben we deze uitkomsten in kaart gebracht. Op basis van dit onderzoek kunnen we stellen dat het huidige doel van de behandeling niet alleen gericht is op het veilig verwijderen van de tumor, maar ook om het functioneren en welzijn van zowel de patiënt als de naasten te verbeteren.

Hoewel zowel radiotherapie als chirurgie resulteren in goede controle van meningeomen tot een diameter van 3 cm, zijn wij van mening dat de meeste patiënten toch gebaat zijn bij chirurgie als eerste behandeling. Dit is omdat radiotherapie niet per se de neurologische klachten van patiënten doet verbeteren, maar in de eerste plaats verdere groei van tumor(restanten) verhindert. Chirurgie daarentegen kan ook verlichting van symptomen geven. Daarom pleiten wij ervoor dat radiotherapie behouden dient te blijven voor patiënten die door hun algemene gezondheid slechte kandidaten zijn voor chirurgie, zelfs indien het patiënten betreft met tumorgroei na een eerdere operatie. Hoewel we statistisch een sterk verband vonden tussen radiotherapie en een toegenomen ziektelast op de lange termijn, was dit verband niet klinisch relevant (**Hoofdstuk 3**). Waarschijnlijk hebben we deze relatie niet gevonden, omdat het aantal patiënten dat behandeld werd met radiotherapie in onze studie klein was. De resultaten zullen dus bevestigd moeten worden in een grotere onderzoeksgroep. Bovendien beschrijven andere onderzoeken een nadelig effect van radiotherapie op het neurocognitief functioneren. Daarom zijn wij van mening dat radiotherapie niet de eerste behandelkeuze moet zijn.

Wat chirurgie betreft, pleiten wij voor het vroeg opereren van een meningeoom om het voordeel voor de patiënt te vergroten. Patiënten met een kleiner meningeoom, dat niet dichtbij de hersenzenuwen of bloedvaten ligt, hebben een grotere kans op een volledige resectie zonder complicaties. Zodoende tonen ze betere neurocognitieve functies op de lange termijn dan patiënten die meerdere operaties behoeven of die complicaties ondervinden van de operatie (**Hoofdstuk 3**). Bovendien hebben we aangetoond bij patiënten met een meningeoom van de voorste/middelste schedelbasis dat de belangrijkste voorspeller voor slechtere visus na de operatie visusproblemen voor de operatie was (**Hoofdstuk 9**). Deze bevinding geeft aan dat patiënten het meeste baat hebben bij chirurgie wanneer dit vroeg in het ziekteverloop plaatsvindt, voordat symptomen ontstaan of de symptomen verder toenemen. Daarom stellen we

voor om niet alleen volgens de richtlijn patiënten met een symptomatisch meningeoom of radiologisch vastgesteld snelgroeiend meningeoom te opereren, maar ook jongere en oudere patiënten met een normale levensverwachting met een asymptomatisch meningeoom of een langzaam groeiend meningeoom.

Endoscopische endonasale chirurgie (d.w.z. chirurgie via de neus) is de afgelopen twee decennia steeds populairder geworden. Met de ontwikkeling van nieuwe sluitingstechnieken, zoals de Hadad-Bassegasteguy-flap, is het risico op liquorlekkage (lekkage van hersenvocht) verkleind. Hierdoor is deze benadering een nog aantrekkelijkere optie geworden om een meningeoom van de voorste of middelste schedelbasis te opereren. We hebben inderdaad aangetoond dat het percentage patiënten met een liquorlek de afgelopen jaren is afgenomen en lager is bij patiënten bij wie geavanceerde sluitingstechnieken gebruikt zijn, zoals de Hadad-Bassegasteguy-flap (**Hoofdstuk 10**). Desalniettemin is de indicatiestelling om patiënten te opereren met de endoscopische endonasale benadering van groot belang. De toegevoegde waarde van deze benadering is niet omdat deze minimaal invasief is, aangezien nog steeds delen van de schedelbasis worden weggeboord en patiënten bovendien significante neusklachten rapporteren als gevolg van het verwijderen en manipuleren van de binnenzijde van de neus, en dan vooral klachten met betrekking tot het neusslijmvlies (zoals een verminderd reukvermogen). Wij vinden dat vooral patiënten baat hebben bij deze aanpak in het geval het meningeoom de hersenzenuwen en bloedvaten naar boven en opzij duwt, zoals de oogzenuwen, waardoor tumorresectie mogelijk is zonder dat de instrumenten langs deze structuren geplaatst worden. Hiermee voorkomen we manipulatie van zenuwen en vaten en daarmee uitval van de hersenzenuwen of een bloeding. De Pittsburg-groep beschreef dit adagium voor het eerst.

Hoewel chirurgie het functioneren van de patiënt met een meningeoom in de eerste jaren na operatie verbetert, hebben patiënten op de lange termijn nog steeds een verminderd functioneren. Op de lange termijn, gemiddeld negen jaar na behandeling of diagnose, rapporteren patiënten vooral participatiebeperkingen, wat zich uit in beperkingen op het werk en binnen sociale kringen (**Hoofdstuk 3**). Vaak is hier weinig aandacht voor op de polikliniek, des te meer daar patiënten zoveel jaren na de operatie niet standaard en met lange tussenpozen op de poli gezien worden. Belangrijk is ook dat niet alleen het functioneren en welzijn van de patiënt wordt geëvalueerd, maar ook dat van de naaste familieleden en vrienden, omdat uit ons onderzoek is gebleken dat deze sterk met elkaar samenhangen (**Hoofdstuk 4**). Aandacht hiervoor kan gegeven worden in geformaliseerde zorgpaden. Waardegedreven zorg is hierbij essentieel, opdat we zorg leveren waar de patiënt wat aan heeft. De onderzoeken in dit profschrift suggereren dat een dergelijk zorgpad verbetert met het gebruik van 1) casemanagers, 2) implementatie van patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten, 3) voorspelmodellen die helpen bij de identificatie van individuele patiënten met een hoog risico op een verminderd functioneren op de lange termijn, en 4) een holistische benadering waarbij rekening wordt gehouden

met zowel de patiënt als zijn/haar naasten. Een casemanager zou patiënten kunnen helpen tijdens de periode van diagnose en behandeling, wat een hectische en onzekere periode is voor patiënten en hun naasten (**Hoofdstuk 5**). Tevens kan een casemanager patiënten en hun naasten bijstaan met de re-integratie in de sociale kringen en op het werk. Zij overzien het hele zorgtraject en verwijzen waar nodig een patiënt naar andere zorgverleners. In het zorgpad zal het gebruik van patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten klinici en casemanagers helpen bij het identificeren van de problemen die patiënten en zorgverleners ervaren (**Hoofdstuk 6**). Dit maakt meer gerichte polikliniekbezoeken mogelijk, vergemakkelijkt de communicatie tussen de zorgverlener en de patiënt, en verbetert uiteindelijk de uitkomsten van de zorg. Belangrijk is dat we hebben vastgesteld dat patiënten en zorgverleners verschillende uitkomsten en zorgprocessen als relevant beschrijven (**Hoofdstuk 5 en 6**). Dit onderschrijft het belang van patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten. Uiteindelijk beoordelen patiënten hun niveau van functioneren, en vooral het maatschappelijk participeren als relevant op de lange termijn. Patiënten zijn minder geïnteresseerd in conventionele behandelresultaten, zoals de mate van tumorresectie en de opnameduur (**Hoofdstuk 5**), wat wel als relevant wordt beschouwd door zorgverleners. Om de hierboven beschreven adviezen te implementeren, moeten we er ook rekening mee houden dat het meningeoom een heterogene ziekte is. Aangezien deze tumoren in het hele centrale zenuwstelsel kunnen ontstaan, ervaren patiënten verschillende symptomen. Echter zullen niet alle patiënten een gecompliceerd ziekteverloop ervaren. Voorspelmodellen kunnen helpen bij het identificeren van patiënten met een hoog risico op een verminderd functioneren op de lange termijn, waardoor optimaal gebruik kan worden gemaakt van vaak schaarse en dure ondersteunende middelen, zoals de inzet van (neuro)psychologen en groepstherapie (**Hoofdstuk 8**). Deze voorspelmodellen moeten echter wel eerst gevalideerd worden voordat ze in de klinische praktijk kunnen worden geïmplementeerd (**Hoofdstuk 7**).

Concluderend: hoewel vooruitgang is geboekt in de behandeling van meningeoompatiënten in de afgelopen decennia, moeten we onszelf blijven uitdagen om de behandeling van deze patiëntengroep verder te optimaliseren met de focus op patiëntrelevante uitkomsten. Zo moet de rol van radiotherapie verder worden uitgekristalliseerd, en alleen worden toegepast bij patiënten die niet geopereerd kunnen worden vanwege de ernstige bijwerkingen van radiotherapie op de lange termijn. De ontwikkeling van nieuwe therapieën, gebaseerd op het moleculair tumorprofiel van de patiënt, zal aanvullende behandelingsopties creëren voor meningeoompatiënten die niet in aanmerking komen voor chirurgie en/of radiotherapie. Uiteindelijk heeft de patiënt er baat bij dat de behandeling in geformaliseerde zorgpaden plaatsvindt met een sterke rol voor casemanagers. Nieuwe onderzoeksopzetten zijn nodig om de verschillende behandelingsopties op een efficiëntere manier te evalueren bij deze relatief zeldzame ziekte. Nieuwe richtlijnen helpen klinici bij het ontwikkelen en evalueren van nieuwe chirurgische technieken volgens moderne methoden en moderne medisch ethische normen. Internationale richtlijnen helpen onderzoekers met het standaardiseren van hun onderzoeksopzet, statische analyses en rapport-

eren van uitkomsten, wat helpt om studieresultaten in de klinische praktijk te implementeren. Echter, we mogen niet vergeten voor wie deze spannende ontwikkelingen op het gebied van behandeling en methodologie bedoeld zijn. Door de patiënt sterker te betrekken in onderzoek en verbeterinitiatieven in de zorg, kunnen we de weg naar doelmatige waardegedreven zorg sneller bereiken.

