

Diagnostiek bij onduidelijke origine

Aanbevelingen:

Uitgangsvraag

Welke diagnostiek moet worden verricht bij een patiënt met een verdenking op wervelmetastasen van onduidelijke origine en op welke termijn moet dat gebeuren?

Aanbevelingen

Er wordt geadviseerd om bij een patiënt met klinische en radiologische verdenking op wervelmetastasen van onbekende origine:

- te wachten met het geven van corticosteroïden tot na het biopt, aangezien dit de histologische diagnose van een maligne lymfoom en in mindere mate ook multipel myeloom onmogelijk kan maken.
- met spoed een CT- of PET-CT van thorax, abdomen en bekken te maken om de ziekte in kaart te brengen en eventueel een voor biopsie beter toegankelijke laesie te selecteren.
- nog voordat de behandeling start weefsel voor histologisch (en eventueel microbiologisch) onderzoek te verkrijgen:
 - ◆ binnen 1 week na het stellen van de waarschijnlijkheidsdiagnose wervelmetastasen indien er klinisch en radiologisch geen MESMC bestaat.
 - ◆ binnen 1 dag na het stellen van de waarschijnlijkheidsdiagnose wervelmetastasen indien er klinisch en/of radiologisch MESMC bestaat.
- direct een decomprimerende operatie te overwegen, indien patiënt progressief uitval heeft ondanks corticosteroïden en daarvoor in aanmerking komt (zie [Patiëntenselectie/Indicatie](#)).

Literatuurbespreking:

Een aparte categorie vormen patiënten met symptomen en beeldvorming die kunnen passen bij wervelmetastasen, maar waarbij geen primaire tumor bekend is. Er bestaat dan de noodzaak tot het met spoed verkrijgen van weefsel voor CITO-histologisch (en eventueel microbiologisch) onderzoek, nog voordat de behandeling kan starten (zie ook [richtlijn botmetastasen](#) op Oncoline). Ook bij patiënten met een bekende primaire maligniteit waarbij twijfel bestaat over de aard van de afwijking of die een long-term survival hebben zonder aangetoonde systemische progressie kan histologische verificatie gewenst zijn. Er moet vooral naar aandoeningen gezocht worden waaraan therapeutische consequenties verbonden zijn, zoals een infectie, een mammacarcinoom, prostaatcarcinoom, testiscarcinoom, schildkliercarcinoom, kleincellig longcarcinoom, maligne lymfoom of multipel myeloom. Door middel van CT- of PET-CT-onderzoek van thorax, abdomen en bekken kan soms een voor biopsie gemakkelijker toegankelijke laesie geselecteerd worden [Iizuka 2009⁶¹]. Daarnaast is (PET-)CT van thorax en abdomen ook van belang om de systemische ziekte in kaart te brengen.

Afhankelijk van de klinische symptomen en de beeldvorming zal met spoed gehandeld moeten worden om de periode met pijn te verkorten, maar vooral ook (progressieve) neurologische uitval te voorkomen. Houdt er rekening mee dat de uitslag van het histologisch onderzoek van een wervelbiopsie meestal één week in beslag neemt in verband met de ontkalkingsprocedure. Tenslotte wacht men, indien de kliniek het toe laat, zelfs bij neurologische uitval, het liefst met het geven van corticosteroïden tot na het biopsie, aangezien dit de histologische diagnose van een hematologische maligniteit onmogelijk kan maken. Indien er weinig twijfel is over een maligne oorzaak (geen koorts, geen verhoogde infectieparameters in het laboratoriumonderzoek, gemetastaseerde ziekte op de (PET-CT), dan kan direct na het afnemen van het biopsie bij neurologische uitval wel gestart worden met corticosteroïden en eventueel verdere behandeling, zoals bestraling.

De werkgroep is van mening dat het biopsie binnen een week na het stellen van de waarschijnlijkheidsdiagnose wervelmetastasen moet worden verricht, indien er geen neurologische uitval bestaat en er geen MESMC zichtbaar is op de MRI-scan. Indien er klinisch en/of radiologisch MESMC bestaat dan moet het biopsie binnen 24 uur na het stellen van de waarschijnlijkheidsdiagnose wervelmetastasen worden verricht. Men kan overwegen direct over te gaan tot een decomprimerende operatie bij MESMC, indien de patiënt progressieve uitval heeft ondanks corticosteroïden en een operatie-indicatie heeft (zie [Patiëntenselectie/Indicatie](#)). De indicatie, de plaats en uitbreidbaarheid van de

ingreep (CT-geleide wervelbiopsie versus partiële versus 'complete' resectie) moet bij voorkeur in een multidisciplinair verband besproken worden. Tevens is het noodzakelijk om van tevoren met de patholoog en eventueel microbioloog te overleggen over de wijze waarop het weefsel wordt aangeboden en CITO wordt onderzocht. Voor meer informatie verwijzen wij ook naar de [richtlijn Primaire tumor onbekend](#) op Oncoline.