

Geen pillen, maar bewegen bij chronische duizeligheid

Hà Ngo, Otto Maarsingh, Marco Blanker, Pauline Slottje, Jettie Bont, Vincent van Vugt

Huisartsen ervaren chronische duizeligheid vaak als een lastig probleem. De klacht kent veel verschillende oorzaken en er is geen effectieve medicamenteuze behandeling voorhanden. De NHG-Standaard Duizeligheid raadt behandeling met betahistine dan ook af. Toch schrijven huisartsen dit middel nog geregeld voor. Vestibulaire revalidatie, een bewezen effectieve oefentherapie, zetten ze daarentegen zelden in. In deze beschouwing beschrijven we de huidige literatuur over vestibulaire revalidatie en dragen we een stappenplan aan voor de behandeling van chronische duizeligheid.

Ongeveer 15-35% van de volwassenen krijgt ooit in het leven last van duizeligheid.¹ De kans op duizeligheid neemt toe met de leeftijd en een aanzienlijk deel van de patiënten met duizeligheid houdt langdurig klachten.² Volgens de internationale classificatie voor vestibulaire aandoeningen omvat een dergelijke chronische duizeligheid, ofwel het chronisch vestibulair syndroom, alle diagnoses die aanhoudende klachten van duizeligheid geven.³ Tot op heden is er geen duidelijke definitie of afgebakende tijdseenheid vastgesteld voor chronische duizeligheid. In de literatuur wordt zowel langer dan 1 maand, als langer dan 3 maanden gehanteerd. Wij adviseren om een duur van langer dan 1 maand aan te houden.⁴ Doordat er geen eenduidige definitie voor chronische duizeligheid is, varieert de prevalentie in onderzoeken onder volwassenen van 1,4% tot 4,8%.^{5,6}

Een voorbeeld van chronische duizeligheid is neuritis vestibularis met aanhoudende klachten, waar 30%-40% van de patiënten met deze aandoening mee te maken krijgt.⁷ Ook patiënten met restklachten na benigne paroxysmale positie-duizeligheid (BPPD) hebben langdurig last van duizeligheid. Hoewel de epleymanoeuvre een zeer effectieve behandeling is bij BPPD, houdt een deel van de patiënten last van instabiliteit, terwijl de eerder aanwezige positieafhankelijke duizeligheid verdwijnt.⁸

DE IMPACT VAN DUIZELIGHEID

Duizeligheid heeft een grote psychosociale impact op de patiënt. Zo voelen 4 op de 5 patiënten zich ernstig beperkt, onder andere doordat ze hun dagelijkse bezigheden niet kunnen uitvoeren.⁶ Bij patiënten van 65 jaar en ouder blijkt bijna 50% zich na 10 jaar nog steeds beperkt te voelen door de duizelig-

heid.⁹ Daarbij gaat duizeligheid vaak gepaard met klachten van angst en depressie. Patiënten met chronische duizeligheid kunnen in een vicieuze cirkel terecht komen, waarbij vermijding leidt tot verergering van de klachten.¹⁰ Naast een persoonlijke impact heeft duizeligheid ook maatschappelijke gevolgen. Een systematische review uit 2019, die 16 onderzoeken includeerde, liet zien dat chronische duizeligheidsklachten onder meer leiden tot ziekteverzuim en hoge zorgkosten als gevolg van herhaaldelijke consulten.¹¹ Het is dus belangrijk patiënten met duizeligheidsklachten adequaat te behandelen, al helemaal als die chronisch zijn.

MOGELIJKE OORZAKEN VAN (CHRONISCHE) DUIZELIGHEID

Het evenwichtssysteem bestaat uit verschillende onderdelen. Het centrale zenuwstelsel ontvangt signalen vanuit de evenwichtsorganen, het visuele systeem en het proprioceptieve systeem.¹² Wanneer 1 van deze signalen verstoord raakt, bijvoorbeeld door verlies van proprioceptie door perifere neuropathie, kan duizeligheid ontstaan. Chronische duizeligheid kan zich ontwikkelen na een eerder doorgemaakt vestibulair probleem. De gedachte hierbij is dat vestibulaire compensatie, een proces waarbij het centrale zenuwstelsel zich aanpast aan de vestibulaire schade, niet volledig optreedt.^{13,14} Zo kunnen angst- en depressieklachten het



Illustratie: Anna June

DE KERN

- Chronische duizeligheid kan ontstaan door onvolledige vestibulaire compensatie na een eerder doorgemaakte vestibulaire aandoening.
- Bij patiënten met chronische duizeligheid is het van belang om te zoeken naar een onderliggende aandoening en deze zo nodig te behandelen.
- Bij patiënten van oudere leeftijd dient altijd een multifactoriële aanpak te worden ingezet.
- Medicatie is niet zinvol bij chronische duizeligheid, maar het doen van oefeningen [vestibulaire revalidatie] wel.

proces van vestibulaire compensatie in de weg zitten, bijvoorbeeld doordat patiënten activiteiten vermijden die de duizeligheid uitlokken. Het exacte mechanisme is echter tot op heden niet bekend.¹³ Waarschijnlijk ligt er veelal een multifactoriële oorzaak aan ten grondslag.

Er zijn verschillende factoren die kunnen bijdragen aan onvolledige vestibulaire compensatie:

- leeftijd;
- visusproblemen;
- neurologische aandoeningen, zoals migraine of perifere neuropathie;
- cardiovasculaire aandoeningen;
- beperkingen in het maken van hoofdbewegingen;
- verminderde mobiliteit;
- psychosociale problematiek;
- medicatie, bijvoorbeeld vertigomiddelen en benzodiazepines.

VESTIBULAIRE REVALIDATIE

In veel gevallen blijkt vestibulaire revalidatie, een oefentherapie waarbij vestibulaire compensatie wordt gestimuleerd, effectief in het verminderen van de klachten.¹⁵⁻¹⁷ Bij deze behandeling voeren patiënten gedurende minimaal 6 weken specifieke oog-, hoofd- en lichaamsbewegingen uit. Deze bewegingen lokken de duizeligheidsklachten uit, waardoor het evenwichtssysteem leert omgaan met de nieuwe signalen die het door de vestibulaire schade krijgt. Daarnaast kan bij deze behandeling een vorm van blootstellingstherapie plaatsvinden, waardoor angstklachten afnemen en patiënten de vicieuze cirkel kunnen doorbreken.¹⁸

In 2015 is een cochrane review uitgevoerd naar de effectiviteit van vestibulaire revalidatie bij volwassen patiënten met eenzijdige perifere vestibulaire aandoeningen, zoals BPPD en neuritis vestibularis.¹⁵ De auteurs includeerden 39 onderzoeken van middelmatige tot hoge kwaliteit, met in totaal 2441 patiënten. Vergeleken met een placebo ervoeren patiënten tot 6 maanden na vestibulaire revalidatie significant minder klachten van duizeligheid (oddsratio 2,56; 95%-BI 1,85 tot 3,86). Verder is in 2012 een systematische review verricht naar vestibulaire revalidatie bij 164 volwassen patiënten met

bilaterale uitval.¹⁶ Bilaterale uitval zien we onder andere bij ototoxiciteit als gevolg van antibioticagebruik. De auteurs van deze review includeerden in totaal 14 onderzoeken van middelmatige tot hoge kwaliteit, waarvan 7 specifiek betrekking hadden op vestibulaire revalidatie. Patiënten lieten verbetering zien in blikstabilisatie en balans. Daarbij bleek uit 1 onderzoek dat patiënten 16 weken na behandeling – anders dan bij een placebo – minder beperkingen ervoeren door de duizeligheid. Ten slotte onderzocht men in een systematische review uit 2018 de effectiviteit van vestibulaire revalidatie bij chronische duizeligheid, ongeacht de oorzaak.¹⁷ De 4 geïncludeerde gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken, onder in totaal 687 volwassen patiënten, waren van redelijke tot hoge kwaliteit. Tot 1 jaar na behandeling ervoeren patiënten significant minder duizeligheidsklachten.

Figuur 1

Vertigo Training

DUIZELIG?
Geen pillen, maar bewegen!

Voor veel mensen is duizeligheid een groot probleem

80% van de mensen voelt zich ernstig beperkt

Medicijnen helpen **niet** bij blijvende duizeligheid

Oefeningen helpen **wel**

Langer dan 1 maand duizelig?

Start met Vertigo Training

Bewezen effectief

Veilig

Op maat gemaakt

Gratis

WWW.VERTIGOTRAINING.NL

Gemaakt door artsen van het Amsterdam UMC

VERTIGO TRAINING, EEN TOEGANKELIJKE BEHANDELING

Ondanks de bewezen effectiviteit blijkt uit een vragenlijstonderzoek onder 326 huisartsen in Nederland dat slechts 7% van hen deze oefentherapie toepast.¹⁹ Uit dat onderzoek kwam naar voren dat huisartsen vestibulaire revalidatie niet inzetten, omdat ze niet wisten hoe ze dat moeten doen.¹⁹ Ook zou de behandeling te veel tijd in beslag nemen. Aanvankelijk kregen patiënten voor vestibulaire revalidatie een verwijzing naar gespecialiseerde fysiotherapeuten. Nu is er echter in Nederland een gratis, online zelfhulpmethode beschikbaar. Deze methode, Vertigo Training genaamd, kan de behandeling toegankelijker maken [figuur 1]. Patiënten kunnen zelfstandig, of via een zorgverlener, starten met de zelfhulpmethode op www.vertigotraining.nl.

Vertigo Training bevat oefeningen die deel uitmaken van vestibulaire revalidatie. Patiënten die langer dan 1 maand duizelig zijn komen ervoor in aanmerking. Daarnaast moeten de klachten van duizeligheid worden uitgelokt of verergeren door het maken van hoofdbewegingen. Deze wijzen er namelijk op dat de klachten een vestibulaire oorsprong hebben en dat Vertigo Training zinvol kan zijn.

Tijdens de behandeling voeren patiënten 6 weken lang, 2 keer per dag gedurende 10 minuten thuis oefeningen uit. Ze ontvangen schriftelijke en visuele instructies over de oefeningen. De applicatie stelt een persoonlijk oefenschema samen op basis van de prestaties van de patiënt bij het uitvoeren van de oefeningen. Patiënten kunnen de oefeningen zelfstandig en ook onder begeleiding van een fysiotherapeut uitvoeren. Vertigo Training is gebaseerd op een eerder ontwikkelde behandeling in het Verenigd Koninkrijk.²⁰ Zowel een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek in het Verenigd Koninkrijk als een onderzoek in de Nederlandse huisartsenpraktijk liet zien dat de behandeling veilig en (kosten)effectief is.^{20,21} Het Nederlandse onderzoek includeerde 322 patiënten van 50 jaar en ouder uit 59 huisartsenpraktijken. Zowel na 3 als na 6 maanden hadden ze significant minder last van duizeligheid

dan voor start van de behandeling (Vertigo Symptom Scale-short form-score, een maat voor de ernst van duizeligheidsklachten; op 6 maanden: -4,1 punten; 95%-BI -5,8 tot -2,5, waarbij een verandering van 3 punten klinisch relevant is). Ook ervoeren ze minder beperkingen door de duizeligheid en hadden ze minder angstklachten op 6 maanden na de behandeling.

GEEN PLEK VOOR MEDICATIE

Huisartsen schrijven nog geregeld vertigomiddelen (zoals betahistine) voor, hoewel de NHG-Standaard Duizeligheid medicamenteuze behandeling afraadt.²² Zo gebruikten in 2021 meer dan 60.000 personen betahistine.²³ Een onderzoek in 104 Nederlandse huisartsenpraktijken liet zien dat 9,2% van de patiënten van 65 jaar en ouder die met duizeligheidsklachten bij de huisarts kwamen een vertigomiddel voorgeschreven kreeg.²⁴ Volgens 2 artikelen behoort betahistine tot de middelen die het meest off-label worden voorgeschreven.^{25,26}

EEN VERANDERING TEWEEGBRENGEN

Op dit moment voeren we een implementatieonderzoek uit naar Vertigo Training. Door deze training beschikbaar te stellen hopen we landelijk de inzet van vestibulaire revalidatie te stimuleren en het gebruik van ineffectieve vertigomiddelen te ontmoedigen. Te zijner tijd zullen we het effect van de implementatie op de huisartsenzorg evalueren via een onderbroken-tijdreeksanalyse.

Om huisartsen te ondersteunen bij gedragsverandering hebben we een gratis FTO-module ontwikkeld. Deze omvat een zoekopdracht waarmee de huisarts kan nagaan hoe vaak vertigomiddelen in de eigen praktijk worden voorgeschreven, informatie voor huisartsen én een infographic over Vertigo Training voor in de spreek- of wachtkamer. Informatie over de FTO-module is te verkrijgen via i-recover@amsterdamumc.nl. Daarnaast bieden we het volgende stappenplan aan voor de behandeling van chronische duizeligheid.

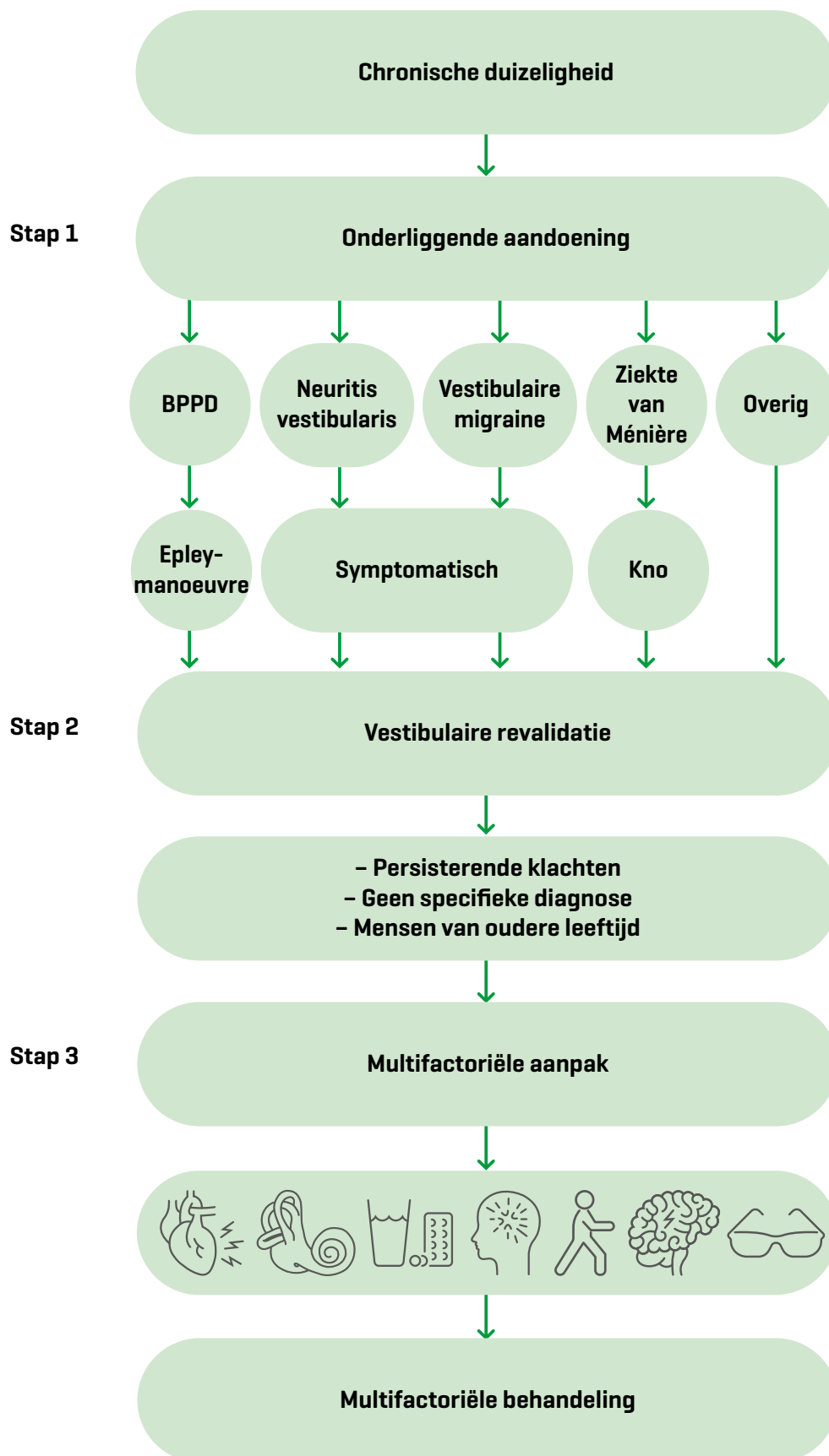
Tabel

Meest voorkomende vestibulaire aandoeningen en hun kenmerken

Aandoening	Tijdsbeloop	Uitlokkende factoren	Bijkomende symptomen
BPPD	Recidiverende zeer kortdurende aanvallen (< 1 minuut) van duizeligheid die, zonder behandeling, na ongeveer een maand voorbijgaan.	Hoofdbewegingen, zoals bij het omdraaien in bed.	Misselijkheid, braken, zweten.
Neuritis vestibularis	Eenmalige acute episode van hevige duizeligheid die enkele dagen continu aanhoudt en daarna vanzelf voorbijgaat.	Kan ontstaan na virale infectie.	Misselijkheid en braken.
Vestibulaire migraine	Recidiverende aanvallen van duizeligheid die minuten tot dagen kunnen aanhouden. Het is niet bekend hoe lang de klachten blijven bestaan.	Passend bij die van migraine, maar kan ook worden uitgelokt door visuele stimuli en hoofd- of lichaamsbewegingen.	Hoofdpijn, fofobie, fonofobie, visuele aura, misselijkheid en braken.
Ziekte van Ménière	Recidiverende aanvallen van duizeligheid die minimaal 20 minuten en maximaal 12 uur aanhouden. Met de jaren nemen de klachten vanzelf af.	Nog onbekend. Mogelijk uitgelokt door bepaalde voedingsmiddelen en geluiden.	Tinnitus, vol gevoel in het aangedane oor, gehoorverlies, misselijkheid en braken.

Figuur 2

Het stappenplan bij duizeligheid



BPPD = benigne paroxysmale positie duizeligheid, Kno = Keel-, neus- en oorheelkunde.
Bron: Maarsingh, Ann Fam Med 2010; Van Vugt, BMJ 2017; Bronstein, Restor Neurol Neurosci 2010, bewerkt door Maarsingh.

STAPPENPLAN BIJ CHRONISCHE DUIZELIGHEID

Stap 1 Het vaststellen en behandelen van een onderliggende aandoening

Wanneer een patiënt chronische duizeligheidsklachten heeft, moet de huisarts eerst nagaan welke aandoening aan de klachten ten grondslag ligt. De meest voorkomende vestibulaire aandoeningen zijn BPPD, neuritis vestibularis en vestibulaire migraine. Ook patiënten met de ziekte van Ménière bezoeken het spreekuur geregeld met duizeligheidsklachten.¹ Deze aandoeningen worden aanvankelijk onderscheiden op basis van de anamnese, waarbij het belangrijk is om te vragen naar het tijdsbeloop en de uitlokkende factoren. Daarna kunnen bijkomende symptomen, zoals hoofdpijn of tinnitus, richting geven aan de diagnose.²⁷ De [tabel] bevat de kenmerken van deze aandoeningen.

Wanneer er sprake is van een specifieke onderliggende aandoening, moet deze altijd volgens de richtlijn worden behandeld. Denk bijvoorbeeld aan het uitvoeren van een epleymanoeuvre bij BPPD of een verwijzing naar de kno-arts bij aanwijzingen voor de ziekte van Ménière.

Stap 2 Een bewezen effectieve behandeling inzetten

De huisarts kan patiënten voor vestibulaire revalidatie doorverwijzen naar een gespecialiseerde fysiotherapeut, zoals een manueel of orofaciaal fysiotherapeut. Ook kunnen patiënten nu zelf aan de slag met de online zelfhulpmethode Vertigo Training.

Wanneer de patiënt ondanks vestibulaire revalidatie aanhoudend klachten blijft ervaren, kan een multifactoriële aanpak (stap 3) worden ingezet.

Stap 3 Een multifactoriële aanpak

Ondanks de bewezen effectiviteit van vestibulaire revalidatie kunnen patiënten klachten van duizeligheid houden. In dat geval moet de huisarts kijken naar andere factoren die het evenwichtssysteem kunnen verstoren, zoals visusstoornissen, een verminderde mobiliteit en medicatiegebruik (zie boven).²⁸ Vervolgens dient de huisarts deze factoren te behandelen. Deze multifactoriële aanpak is vooral van belang bij oudere patiënten.²⁹ Het blijkt namelijk dat bij 62% van de ouderen met duizeligheid in de Nederlandse huisartsenpraktijk sprake is van 2 of meer bijdragende oorzaken, zoals cardiovasculaire aandoeningen en bijwerkingen van medicatie.³⁰ Daarom adviseren we bij deze patiëntenpopulatie altijd een multifactoriële aanpak. Bij jongere patiënten hoeft deze aanpak pas te worden ingezet wanneer zij ook na vestibulaire revalidatie klachten houden.

CONCLUSIE

Chronische duizeligheid heeft verschillende oorzaken, waaronder onvolledige vestibulaire compensatie na een eerdere vestibulaire aandoening, zoals neuritis vestibularis of BPPD. Bij patiënten met chronische duizeligheid is het van belang om te zoeken naar een onderliggende aandoening en deze zo mogelijk te behandelen. Bij oudere patiënten is het daarnaast belangrijk om altijd een multifactoriële aanpak in te zetten.

In de behandeling van chronische duizeligheid is er geen plek voor medicatie, maar wel voor het doen van oefeningen (vestibulaire revalidatie). ■

LITERATUUR

1. Neuhauser HK. The epidemiology of dizziness and vertigo. *Handb Clin Neurol* 2016;137:67-82.
2. Maarsingh OR, Dros J, Schellevis FG, Van Weert HC, Bindels PJ, Horst HE. Dizziness reported by elderly patients in family practice: prevalence, incidence, and clinical characteristics. *BMC Fam Pract* 2010;11:2.
3. Bisdorff AR, Staab JP, Newman-Toker DE. Overview of the International Classification of Vestibular Disorders. *Neurol Clin* 2015;33:541-50, vii.
4. Van Vugt VA, Van der Horst HE, Payne RA, Maarsingh OR. Chronic vertigo: treat with exercise, not drugs. *BMJ* 2017;358:j3727.
5. Kim EJ, Song HJ, Lee HI, Kwon E, Jeong SH. One-year prevalence and clinical characteristics in chronic dizziness: The 2019-2020 Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Front Neurol* 2022;13:1016718.
6. Neuhauser HK, Radtke A, Von Brevern M, Lezius F, Feldmann M, Lempert T. Burden of dizziness and vertigo in the community. *Arch Intern Med* 2008;168:2118-24.
7. Neuhauser HK, Lempert T. Vertigo: epidemiologic aspects. *Semin Neurol* 2009;29:473-81.
8. Girometti G, Lapenna R, Panichi R, Mobaraki PD, Longari F, Ricci G, et al. Residual dizziness after successful repositioning maneuver for idiopathic benign paroxysmal positional vertigo: a review. *Audiol Res* 2017;7:178.
9. Van Vugt VA, Bas G, Van der Wouden JC, Dros J, Van Weert H, Yardley L, et al. Prognosis and survival of older patients with dizziness in primary care: a 10-year prospective cohort study. *Ann Fam Med* 2020;18:100-9.
10. Yardley L. Overview of psychologic effects of chronic dizziness and balance disorders. *Otolaryngol Clin North Am* 2000;33:603-16.
11. Kovacs E, Wang X, Grill E. Economic burden of vertigo: a systematic review. *Health Econ Rev* 2019;9:37.
12. Khan S, Chang R. Anatomy of the vestibular system: a review. *NeuroRehabilitation* 2013;32:437-43.
13. Bronstein AM, Lempert T. Management of the patient with chronic dizziness. *Restor Neurol Neurosci* 2010;28:83-90.
14. Lacour M, Helmchen C, Vidal PP. Vestibular compensation: the neuro-otologist's best friend. *J Neurol* 2016;263 Suppl 1:S54-64.
15. McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;1:CD005397.
16. Porciuncula F, Johnson CC, Glickman LB. The effect of vestibular rehabilitation on adults with bilateral vestibular hypofunction: a systematic review. *J Vestib Res* 2012;22:283-98.
17. Kundakci B, Sultana A, Taylor AJ, Alshehri MA. The effectiveness of exercise-based vestibular rehabilitation in adult patients with chronic dizziness: a systematic review. *F1000Res* 2018;7:276.
18. Beidel DC, Horak FB. Behavior therapy for vestibular rehabilitation. *J Anxiety Disord* 2001;15:121-30.
19. Van Vugt VA, Diaz Nerio PM, Van der Wouden JC, Van der Horst HE, Maarsingh OR. Use of canalith repositioning manoeuvres and vestibular rehabilitation: a GP survey. *Scand J Prim Health Care* 2017;35:19-26.
20. Geraghty AWA, Essery R, Kirby S, Stuart B, Turner D, Little P, et al. Internet-based vestibular rehabilitation for older adults with chronic dizziness: a randomized controlled trial in primary care. *Ann Fam Med* 2017;15:209-16.

21. Van Vugt VA, Van der Wouden JC, Essery R, Yardley L, Twisk JWR, Van der Horst HE, et al. Internet based vestibular rehabilitation with and without physiotherapy support for adults aged 50 and older with a chronic vestibular syndrome in general practice: three armed randomised controlled trial. *BMJ* 2019;367:l5922.
22. NHG-werkgroep Duizeligheid. NHG-Standaard Duizeligheid. <https://richtlijnen.nhg.org>. Utrecht: NHG, 2017.
23. Zorginstituut Nederland. GIPdatabank. Aantal gebruikers 2017-2021 voor ATC-subgroep N07CA: Vertigomiddelen. 2022. Beschikbaar via: <https://www.gipdatabank.nl>. Geraadpleegd op 25 januari 2023.
24. Maarsingh OR, Schellevis FG, Van der Horst HE. Looks vestibular: irrational prescribing of antivertiginous drugs for older dizzy patients in general practice. *Br J Gen Pract* 2012;62:518-20.
25. Gijssen R, Jochemsen H, Van Dijk L, Caspers P. Frequency of ill-founded off-label prescribing in Dutch general practice. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009;18:84-91.
26. Egale T, Buckeridge DL, Winslade NE, Benedetti A, Hanley JA, Tamblyn R. Drug, patient, and physician characteristics associated with off-label prescribing in primary care. *Arch Intern Med* 2012;172:781-8.
27. Bisdorff A. Vestibular symptoms and history taking. *Handb Clin Neurol* 2016;137:83-90.
28. Bronstein AM, Lempert T, Seemungal BM. Chronic dizziness: a practical approach. *Pract Neurol* 2010;10:129-39.
29. Sloane PD, Maarsingh O, Brown MM. Priorities in management of the geriatric patient with dizziness. *J Am Med Dir Assoc* 2020;21:297-9.
30. Maarsingh OR, Dros J, Schellevis FG, Van Weert HC, Van der Windt DA, Ter Riet G, et al. Causes of persistent dizziness in elderly patients in primary care. *Ann Fam Med* 2010;8:196-205.

Ngo TNH, Maarsingh OR, Blanker MH, Slottje P, Bont J, Van Vugt VA. Geen pillen, maar bewegen bij chronische duizeligheid. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2242-7. Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: T.N.H. [Hà] Ngo, arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker, t.n.h.ngo@amsterdamumc.nl; dr. O.R. Maarsingh, huisarts-onderzoeker; dr. P. Slottje, senior onderzoeker; prof. dr. J. Bont, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. V.A. van Vugt, huisarts-onderzoeker. UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Groningen: dr. M.H. Blanker, huisarts-onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.