

Duizeligheid en hoofdpijn, vorm van migraine?

INLEIDING

Patiënten met migraine hebben substantieel vaker last van duizeligheid dan mensen zonder migraine. Ook hebben migrainepatiënten vaker dan gemiddeld last van wagenziekte, wat zou kunnen wijzen op een gevoelig vestibulair systeem.¹ Er is de laatste jaren veel discussie geweest over de vraag of duizeligheid bij een patiënt met migraine moet worden toegeschreven aan toeval of dat beide klachten een gezamenlijk pathofysiologisch mechanisme hebben en dus een aparte ziekte-entiteit vormen.^{2,3} In 2001 zijn in de International Classification of Headache Disorders (ICHD) diagnostische criteria opgenomen voor 'vestibulaire migraine', dat sindsdien als een apart ziektebeeld wordt beschouwd.⁴ In dit artikel bespreken we de epidemiologie, de diagnostiek en de differentiaaldiagnose van vestibulaire migraine, en geven we een overzicht van de behandelingsmogelijkheden.

EPIDEMIOLOGIE

De prevalentie van vestibulaire migraine bij de algemene bevolking is ongeveer 1%, een getal dat overigens naar voren kwam uit onderzoek waarin minder strenge criteria werden aangehouden dan de ICHD aanhoudt [kader].⁵ Bij de meeste patiënten beginnen de duizeligheidsaanvallen pas vijf tot zeven jaar na het begin van de migraineaanvallen. Net als 'ge-

Samenvatting

Smelt AFH, De Jong J. Duizeligheid en hoofdpijn, vorm van migraine? *Huisarts Wet* 2017;60(7):358-9.

Patiënten met migraine hebben substantieel vaker last van duizeligheid dan mensen zonder migraine; waarschijnlijk ligt er een vergelijkbaar pathofysiologisch mechanisme aan ten grondslag. Criteria voor vestibulaire migraine zijn in 2001 opgenomen in de International Classification of Headache Disorders (ICHD) en sindsdien wordt deze als een apart ziektebeeld beschouwd. De patiënt heeft een voorgeschiedenis van migraine en heeft aanvallen van duizeligheid waarvan meer dan de helft gepaard gaat met kenmerken van migraine.

Bij een deel van deze patiënten kon eerder geen duidelijke diagnose worden gesteld of is de diagnose 'ziekte van Ménière' gesteld, die heroverwogen zou moeten worden. Er is geen bewezen effectief middel om een aanval van vestibulaire migraine te voorkomen of te behandelen. De klachten zijn recidiverend, maar verder goedaardig, dus men kan de patiënt daarover geruststellen. Een eventuele behandeling zal vooral gericht zijn op de hoofdpijn en de misselijkheid, en is verder dezelfde als bij 'gewone' migraine.

Mevrouw De Koning

Mevrouw De Koning, 28 jaar, komt op het spreekuur omdat ze gisteren last heeft gehad van hevige duizeligheid. Ze was misselijk en is in bed gebleven met de gordijnen dicht. De duizeligheid duurde de hele ochtend. De afgelopen maanden heeft ze vaker duizeligheidsaanvallen gehad; ze gingen gepaard met hoofdpijn die ze herkende van eerdere migraineaanvallen. Ze ging ervan uit dat de duizeligheid bij de migraine hoorde, maar gisteren had ze een aanval van duizeligheid zonder hoofdpijn. Naast de duizeligheid had ze ook last van oorsuizen en had ze het idee dat ze minder goed hoorde. Ze heeft op internet gezocht en vraagt zich af of ze de ziekte van Ménière heeft.

wone' migraine komt vestibulaire migraine veel vaker voor bij vrouwen (82 tot 94%) dan bij mannen.^{5,6} Van de patiënten die een hoofdpijnkliniek bezoeken, heeft 9% klachten die passen bij vestibulaire migraine.⁷

DIAGNOSE

Patiënten met vestibulaire migraine hebben aanvalsgewijze duizeligheid en een voorgeschiedenis van migraine. Bij meer dan de helft van de aanvallen gaat de duizeligheid gepaard met kenmerken van migraine. Het gaat meestal om draaiduizeligheid die spontaan kan ontstaan, maar ook door hoofdbewegingen of door optische stimuli zoals druk verkeer. Vóór, tijdens of na de duizeligheid ontstaat soms migrainehoofdpijn, soms ook niet. De duizeligheid kan minuten tot dagen aanhouden, meestal duurt het enkele uren.

Lichamelijk onderzoek tussen de aanvallen levert geen bijzonderheden op. Aanvullend onderzoek, zoals een audiogram, is alleen geïndiceerd bij twijfel over de diagnose.

DIFFERENTIAALDIAGNOSE

De diagnose 'vestibulaire migraine' kan niet al bij een eerste aanval worden gesteld. De huisarts zal altijd zorgvuldig moeten nagaan of er aanwijzingen zijn voor een beroerte, zeker bij patiënten die migraine met aura hebben: zie de NHG-Standaard Beroerte.⁸ Bij een beroerte die optreedt met acute duize-

De kern

- Bij patiënten met klachten van aanvalsgewijze duizeligheid en een voorgeschiedenis van migraine kan er sprake zijn van vestibulaire migraine.
- Het is van belang zoveel mogelijk de diagnostische criteria van de ICHD te volgen; meestal volstaan anamnese en lichamelijk onderzoek.
- Heroverweeg de diagnose 'ziekte van Ménière' bij patiënten zonder progressief gehoorverlies.
- De behandeling beperkt zich tot uitleg en symptomatische behandeling van de misselijkheid en eventueel de migraine.

ICHD-criteria voor vestibulaire migraine

De diagnostische criteria voor vestibulaire migraine in de International Classification of Headache Disorders (ICHD) zijn opgesteld in 2001 en aangescherpt in 2012.^{1,4}

- A Minstens vijf perioden van vestibulaire symptomen van matige of ernstige intensiteit, gedurende een periode van vijf minuten tot 72 uur.
- B Bekend met migraine in het heden of verleden met of zonder aura volgens de criteria van de ICHD.
- C Eén of meer migrainekenmerken tijdens op zijn minst 50% van de aanvallen:
 - hoofdpijn met minstens twee van de volgende kenmerken: eenzijdig, kloppend van aard, matig of ernstig van aard, toename bij routinematige lichamelijke activiteiten;
 - fotofobie of fonofobie;
 - visueel aura;
 - gerelateerd aan menstruatie.
- D Geen verklaring door andere vestibulaire diagnose of ICHD-diagnose.

Als alleen criterium B of C aanwezig is (migraine in anamnese of migrainekenmerken tijdens aanval), is vestibulaire migraine niet zeker, maar wel waarschijnlijk.



Foto: Shutterstock

Bij aanvalsgewijze duizeligheid en een voorgeschiedenis van migraine kan sprake zijn van vestibulaire migraine.

ligheid zullen meestal ook andere neurologische symptomen aanwezig zijn, zoals dysartrie, dysfagie, diplopie, ataxie, een parese of sensibiliteitsstoornis in één of beide lichaamshelften of een homonieme hemianopsie. Bij een beroerte kan ook bewustzijnsdaling optreden; dit past niet bij vestibulaire migraine.

Het onderscheid met neuritis vestibularis of een eerste aanval van de ziekte van Ménière is niet altijd eenvoudig te maken. Patiënten die vaker aanvallen van vestibulaire migraine hebben, rapporteren ook klachten die passen bij de ziekte van Ménière, zoals gehoorverlies (9 tot 18%), tinnitus (15 tot 53%) en een vol gevoel in het oor (15 tot 29%).^{5,6} Als de aanvallen altijd gepaard gaan met gehoorklachten en als er (tevens) sprake is van progressief gehoorverlies, is de ziekte van Ménière waarschijnlijker. Een audiogram kan helpen bij de differentiatie: dit blijft normaal bij patiënten met vestibulaire migraine, ook als ze tijdens een aanval gehoorklachten hebben.

BEHANDELING

Er is geen bewezen effectief middel dat een aanval van vestibulaire migraine kan voorkómen of behandelen. Zolmitriptan is onderzocht in één RCT met 19 patiënten, wat te weinig is om er conclusies aan te kunnen verbinden.⁹ Er zijn geen andere RCT's uitgevoerd; er zijn wel retrospectieve en observatoire onderzoeken, maar omdat de criteria voor vestibulaire migraine niet altijd helder waren, is ook hun bewijskracht gering.¹⁰⁻¹⁴

Omdat aan vestibulaire migraine waarschijnlijk een vergelijkbaar pathofysiologisch mechanisme ten grondslag ligt als aan migraine zonder vestibulaire klachten, wordt geadviseerd de behandeling van de hoofdpijn en misselijkheid te

baseren op de behandeling van migraine.¹¹ De behandeling is gericht op het verminderen van misselijkheid en braken. Naast anti-emetica kunnen analgetica of triptanen worden voorgeschreven als er ook migrainehoofdpijn aanwezig is (zie de NHG-Standaard Hoofdpijn).¹⁵

ROL VAN DE HUISARTS

Overweeg de diagnose 'vestibulaire migraine' bij patiënten met meerdere aanvallen van duizeligheid en een voorgeschiedenis van migraine. Voor een deel gaat het om patiënten bij wie eerder geen duidelijke diagnose kon worden gesteld of bij wie de diagnose 'ziekte van Ménière' moet worden heroverwogen. Laatstgenoemde groep kan worden gerustgesteld over het recidiverende, maar verder goedaardige karakter van de klachten.

Het is van belang bij de diagnose zoveel mogelijk de ICHD-criteria te volgen [kader]. Voor de huisarts zal criterium D, 'geen andere vestibulaire of ICHD-diagnose', moeilijk hard te maken zijn, maar bij de meeste patiënten zijn anamnese en lichamelijk onderzoek waarschijnlijk voldoende.

Bij twijfel over de diagnose of bij een patiënt met frequente migraineaanvallen die onvoldoende reageert op een behandeling volgens de NHG-Standaard Hoofdpijn, kan verwijzing naar een neuroloog voor eventuele behandeling met tweedelijns profylactica worden overwogen. ■

LITERATUUR

- 1 Van Leeuwen RB, Bruintjes TD, Kingma H. Vestibulaire migraine. Ned Tijdschr Geneesk 2014;158:A6310.
- 2 Eggers SD, Staab JP, Neff BA, Goulson AM, Carlson ML, Shepard NT. Investigation of the coherence of definite and probable vestibular migraine as distinct clinical entities. Otol Neurotol 2011;32:1144-51.
- 3 Savundra PA, Carroll JD, Davies RA, Luxon LM. Migraine-associated vertigo. Cephalalgia 1997;17:505-10.

De rest van de literatuur is te vinden bij dit artikel op www.henw.org.