

Epley-manoeuvre voor positieduizeligheid

Hilton M, Pinder D. *The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2002*. Oxford: Update Software.

Achtergrond Benigne paroxysmale positieduizeligheid (BPPD) kenmerkt zich door korte periodes van draaiduizeligheid na beweging van het hoofd. BPPD komt vooral voor tussen de 50 en 70 jaar, meer bij vrouwen dan bij mannen. In de huisartspraktijk is het een relatief veel voorkomende oorzaak van duizeligheidsklachten. De diagnose wordt gesteld op de anamnese en de proef van Dix-Hallpike. Manipuleren van het hoofd om debris in het evenwichtsorgaan te mobiliseren wordt als therapie toegepast. De meest gebruikte methode is de Epley-manoeuvre.

Zoekstrategie en insluiting Gezocht werd in het Cochrane Controlled Trial Register, Medline, Embase en via de sneeuwbal methode met juni 2001 als laatste zoekdatum. Alle trials werden ingesloten waarin de Epley-manoeuvre werd onderzocht (ten opzichte van een placebomanoeuvre, niet-behandelde controles of andere behandelingen).

Resultaten De auteurs vonden elf trials, maar negen werden vanwege een grote kans op bias uitgesloten. Belangrijkste uitsluitingsredenen waren onduidelijkheden in de randomisatieprocedure en het ontbreken van blindering bij de beoordelaars van het resultaat. De twee ingesloten onderzoeken (n=36 en n=50) vergeleken de Epley- met een placebomanoeuvre.

Bij de patiënten met de Epley-manoeuvre verdwenen klachten vaker dan bij de placebomanoeuvre (OR 4,92; 95%-BI 1,84-13,16). De proef van Dix-Hallpike werd vaker negatief bij de Epley-manoeuvre (OR 5,67; 95%-BI 2,21-14,56).

Conclusie Hoewel gebaseerd op de resultaten van twee kleine RCT's wordt geconcludeerd dat de Epley-manoeuvre een veilige en effectieve methode voor BPPD is. Op de vragen of de manoeuvre ook op

de lange termijn een effectieve oplossing is en hoe de resultaten zich verhouden tot die van andere behandelingen voor BPPD kunnen geen goed gefundeerde antwoorden worden gegeven.

Commentaar

Ofschoon slechts gebaseerd op twee kleine onderzoeken lijkt mij de conclusie van de auteurs gerechtvaardigd. Bovendien wijzen de methodologisch minder sterke en daarom niet ingesloten onderzoeken in dezelfde richting en bestaat er een theoretisch aannemelijke verklaring voor het effect.

De empirisch aangetoonde effectiviteit van de Epley-manoeuvre is zowel van fundamenteel wetenschappelijke als van klinische betekenis. De pathogenetische theorie van gruis en gruistransport door de halfcirkelvormige kanalen wordt erdoor gesteund. De klinische toepassing belooft gezondheidswinst voor BPPD-lijders. Toch meen ik dat de praktische toepassing van deze manoeuvre in de huisartspraktijk om de volgende redenen beperkt is.

In de eerste plaats is de incidentie van BPPD in de huisartspraktijk bescheiden. Huisartsen worden weliswaar vaak met de klacht duizeligheid geconfronteerd (per 1000 patiënten ongeveer 40 maal per jaar),¹ maar de incidentiecijfers die in de literatuur voor BPPD worden genoemd vallen tegen: 11-107 per 100.000 per jaar.²⁻⁴ Een huisarts ziet het dus maximaal 2-3 keer per jaar. Daarbij moet dan nog de volgende kanttekening worden gemaakt: BPPD zoals ingesloten in de gepresenteerde onderzoeken was niet alleen klinisch gedefinieerd – aanvallen van draaiduizelingen na positieverandering van het hoofd – maar er moest tevens een positieve test van Dix-Hallpike bestaan – nystagmus na een bepaalde positieverandering van het hoofd. Norre wijst erop dat bij minstens een derde van de patiënten met BPPD-klachten geen nystagmus is aan te tonen.⁵ Kortom, het indicatiegebied voor toepassing van de Epley-manoeuvre is voor de voltijds praktiserende huisarts niet groter dan 1 à 2 patiënten per jaar.

In de tweede plaats is het onzeker of de effectiviteit van de Epley-manoeuvre geëxtrapoleerd mag worden naar de populatie BPPD-patiënten die de huisarts ziet: één van beide onderzoeken waarop de conclusie van de review gebaseerd is had als insluitingscriterium dat de BPPD minstens twee maanden moest bestaan. Op deze wijze is een selectie van patiënten ontstaan die in de tweede lijn gezien wordt. De huisarts krijgt juist bij aanvang van de klachtenepisode met de hevig verontruste patiënt met de BPPD te maken. Zet je daarnaast het natuurlijk beloop van BPPD, spontane genezing bij 20-30% in enkele weken,^{6,7} en bij 85% na 3 maanden,⁸ dan heeft de huisarts meer kans dat de betrokken patiënt spontaan geneest dan de onderzoekers die patiënten in een later stadium zien. Zo zou het voor de huisarts minder nuttig kunnen zijn om behandeling in te stellen.

In de derde plaats is in de review alleen de effectiviteit van de Epley- en placebomanoeuvres bestudeerd. Misschien bestaan er effectieve behandelmethoden die voor de huisarts en patiënt eenvoudiger zijn uit te voeren dan de Epley-manoeuvre. De meeste methoden, die gebaseerd zijn op de theorie van gruisafvoer via de halfcirkelvormige kanalen, zijn echter minder goed uitvoerbaar.⁹⁻¹¹ De Brandt-Daroff-oefeningen daarentegen zouden een goed alternatief zijn. Omdat positieduizeligheid de neiging heeft om uit te doven, zou verder het advies gegeven kunnen worden om precies die hoofdbewegingen die tot duizeligheid leiden, een aantal malen per dag te herhalen.

Om deze redenen zouden opstellers van richtlijnen voor huisartsen dus de volgende afweging moeten maken alvorens tot een aanbeveling te komen: is de toepassing van een manoeuvre aan te bevelen en te implementeren die enerzijds slechts een enkele maal per jaar geïndiceerd is en waarbij het spontane beloop wellicht ook snel gunstig is, maar die anderzijds veilig is, geen kostbaar technisch instrumentarium vereist en uitsluitend aangeleerd behoeft te worden? Bij mij slaat de balans door naar adoptie van

de aanbevolen techniek. De figuur op p. 1672 in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* van 1998 is daarbij behulpzaam.¹²

Teun Spies

Literatuur

- 1 Lamberts H, redactie. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 2 Mizukoshi K, Watanabe Y, Shojaku H, Okubo J, Watanabe J. Epidemiological studies on benign paroxysmal positional vertigo in Japan. *Acta Otolaryngol Suppl Stockh.* 1988;447:67-72.
- 3 Froehling DA, Silverstein MD, Mohr DN, Beatty CW, Offord KP, Ballard DJ. Benign positional vertigo: incidence and prognosis in a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Mayo Clinic Proceedings* 1991;66:596-601.
- 4 Furman JM, Cass SP. Benign paroxysmal position vertigo. *N Eng J Med* 1999; 341:1590-6.
- 5 Norre ME. Reliability of examination data in the diagnosis of benign paroxysmal positional vertigo. *Am J Otol* 1995;16:806-10.
- 6 Lynn S, Pool A, Rose D, Brey R, Suman V. Randomized trial of the canalith repositioning procedure. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;113:712-20.
- 7 Froehling DA, Bowen JM, Mohr DN, Brey RH, Beatty CW, et al. The canalith repositioning procedure for the treatment of benign paroxysmal positional vertigo; a randomized controlled trial. *Mayo Clinic Proceedings* 2000;75:695-700.
- 8 Asawavichianginda S, Isipradit P, Snidvongs K, Supiyaphun P. Canalith repositioning for benign paroxysmal positional vertigo; a randomized controlled trial. *ENT J* 2000;79:732-7.
- 9 Li JC. Mastoid oscillation: a critical factor for success in canalith repositioning procedure. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 112:670-5.
- 10 Furman JM, Cass SP, Briggs BC. Treatment of benign positional vertigo using heel-over-head rotation. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998;107:1046-53.
- 11 Lempert T, Wolsley C, Davies R, Gresty MA, Bronstein AM. Three hundred sixty-degree

rotation of the posterior semicircular canal for treatment of benign positional vertigo: a placebo-controlled trial. *Neurology* 1997;49:729-33.

- 12 Van der Plas JPL, Tijssen CC. Benigne paroxysmale positieduizeligheid. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:2669-74.

Antidepressiva met actieve placebo

Antidepressants using active placebos (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2001.* Oxford: Update Software.

Achtergrond Hoewel er consensus bestaat over de effectiviteit van antidepressiva bij depressie, veronderstellen velen daarbij wel een groot placebo-effect. Bij het gebruik van 'inerte' placebo's kunnen deelnemers aan onderzoekers of de onderzoekers aan de hand van het wel of niet optreden van bijwerkingen van antidepressiva vermoeden dat het antidepressivum of juist de placebo gebruikt wordt. Daardoor kan er een vertekening van de resultaten ontstaan. Het gebruik van 'actieve' placebo's, die sommige van de bijwerkingen uitlokken, voorkomt dit probleem misschien.

Methode Gerandomiseerde en quasi-gerandomiseerde onderzoeken werden via zoekacties in databases en het handmatig doorzoeken van relevante leerboeken en andere publicaties verzameld. Omdat de uitkomstmaten sterk verschilden, werden deze omgerekend naar een uniforme effectmaat. Er werd apart naar opgenomen en ambulante patiënten gekeken.

Resultaten Negen onderzoeken met in totaal 751 deelnemers werden ingesloten. Alle vergeleken tricyclische antidepressiva met actieve placebo's met atropine. Alle onderzoeken tezamen gaven een gepoolde schatting van het effect van 0,39 standaarddeviaties – dat is de manier waarop de mate van effectiviteit wordt uitgedrukt – (95%-BI 0,24-0,54) in het voordeel van het antidepressivum. Er was heterogeniteit ten gevolge van één grote positieve trial, die mogelijk niet

goed geblindeerd was en waarbij mogelijk selectieve rapportage van resultaten was opgetreden. Wanneer deze trial niet werd meegenomen bleek de effectmaat verminderd tot 0,17 (95%-BI 0,00-0,34). Het gepoolde effect voor opgenomen respectievelijk ambulante patiënten was sterk afhankelijk van de keuze van de gegevens uit de verschillende publicaties. Bij opgenomen patiënten was de effectiviteit echter in de regel het geringst.

Conclusie Wanneer we uitgaan van de conservatieve pooling (met uitsluiting van het grote positieve onderzoek) blijkt het verschil tussen de antidepressiva en de actieve placebo's relatief klein. Dit suggereert dat het verbreken van blinding door bijwerkingen in trials met niet-actieve placebo's mogelijk leidt tot een overschatting van de gevonden effectiviteit. Om een goede inschatting te krijgen van de effectiviteit van antidepressiva is verder onderzoek naar het effect van het verbreken van blinding gewenst.

Commentaar

Antidepressiva zijn effectief voor de behandeling van depressie. Zo weten we dat moderne antidepressiva werkzaam zijn bij 50 tot 55% van alle patiënten met een depressieve stoornis. Maar men moet daarbij niet uit het oog verliezen dat de respons op een behandeling met een placebo ook 30 tot 35% bedraagt.¹ De Cochrane-onderzoekers stellen nu op grond van hun onderzoek dat het effectverschil tussen behandeling met antidepressiva en placebo wel eens kleiner zou kunnen zijn dan nu wordt aangenomen omdat een deel van het verschil mogelijk te wijten is aan het 'verbreken van blinding'. Dit wil zeggen dat patiënten op grond van de bijwerkingen gemakkelijk kunnen aflezen of ze het actieve middel dan wel het placebo voorgeschreven hebben gekregen.

Er wordt, ondersteund door grootscheepse campagnes in de media, een grote betekenis toegekend aan de plaats die antidepressiva innemen bij de behandeling van depressie. De behandeling van depressie in de eerste lijn wordt daarbij