

Otto Maarsingh over duizeligheid bij ouderen: 'Zet het krachtigste instrument van de huisarts in: de anamnese'



Deze maand promoveert Otto Maarsingh op zijn onderzoek *Dizziness in older patients in general practice: a diagnostic challenge*. Zijn onderzoeksartikel vindt u elders in dit nummer van H&W. In een interview vertelt hij wat zijn belangrijkste bevindingen kunnen betekenen voor de diagnostiek door de huisarts.

Bijzonder onderzoek

Natuurlijk is er al veel onderzoek gedaan naar duizeligheid in het algemeen, en ook naar duizeligheid bij ouderen. Maar dat dit nu ook is gebeurd onder een huisartsenpopulatie is bijzonder. Maarsingh: 'Er is in het buitenland wel onderzoek naar duizeligheid verricht in de eerste lijn, maar dat is op één hand te tellen. Belangrijk is dat we ons hebben gericht op de groep patiënten bij wie duizeligheid het meest voorkomt, namelijk de ouderen. Voor veel onderzoek geldt dat het voortkomt uit een zekere noodzaak. Dat betekent niet dat er eerder niets met het onderwerp is gedaan, maar kennelijk is er dan toch behoefte aan meer kennis. Bij ons onderzoek bestond die noodzaak eruit dat huisartsen duizeligheid vaak een ingewikkelde klacht vinden en dat ze er soms niet goed mee uit de voeten kunnen. We hoopten hun met dit onderzoek wat meer handvatten voor de dagelijkse praktijk te kunnen geven.'

Maarsingh spreekt consequent in het meervoud als het gaat om zijn onderzoek. Er is dan ook sprake van een samenwerkingsverband met het AMC. 'Jacqueline Dros is mijn copromovendus; zij houdt zich bezig met andere onderdelen van hetzelfde onderzoek. Zonder elkaar hadden we het niet tot hier gebracht!'

Onderzoekspopulaties en uitkomsten

Een van de meest opmerkelijke uitkomsten van het onderzoek is dat *in de huisartsenpraktijk* niet een aandoening van het evenwichtsorgaan de belangrijkste oorzaak van duizeligheid bij ouderen lijkt te zijn, maar cardiovasculaire aandoeningen. Daar zijn al heel wat protesten tegen geweest! Maarsingh: 'Enkele medische sites hebben deze boodschap wat ongenueanceerd de wereld in gebracht, waarna via internetfora en e-mail uitgebreid is gereageerd. Ik kreeg zelfs een boze brief van een directeur van een duizeligheidskliniek! Toch is het niet onlogisch dat wij in een huisartsenpopulatie een andere verdeling van de oorzaken van duizeligheid vinden dan bij onderzoek in de tweede en derde lijn. Aangezien de huisarts minder dan 5% van de duizelige patiënten

verwijst, ziet een KNO-arts in een gespecialiseerde duizeligheidskliniek dus een sterk geselecteerde populatie, die niet representatief is voor de dagelijkse huisartsenpraktijk. Dan is het ook niet raar dat de verdeling van de onderliggende oorzaken anders ligt. Op dit moment gaan er veel meer publicaties de wereld in over onderzoeken die zijn gedaan in de tweede en derde lijn, maar dat kan een vertekening geven in de kennis van de huisarts. Philip Sloane, een Amerikaanse huisarts/onderzoeker, stelde al eens dat het in de dagelijkse diagnostische praktijk heel belangrijk is je voortdurend bewust te zijn van de populatie die je ziet. Hij heeft daarin volkomen gelijk. In ons onderzoek proberen we dus juist de kennis over de epidemiologie van duizeligheid in een huisartsenpopulatie te vergroten.'

Meer dan één oorzaak

Het onderzoek van Maarsingh heeft dus consequenties voor het werk van de huisarts. Wat zou volgens hem een goede aanpak zijn? 'De huisarts ziet heel veel duizelige patiënten', stelt Maarsingh. 'Met behulp van de Nationale Studie hebben we berekend dat 10% van de 65-plussers minstens eens per jaar bij de huisarts komt met de klacht duizeligheid. Wat moet je dan doen? Als eerste stap is een grondige anamnese essentieel. Uit ons onderzoek komt namelijk naar voren dat bij maar liefst 62% van de patiënten er meer dan één oorzaak is van de duizeligheid. Je moet dus alle categorieën oorzaken langslopen en niet al te gemakkelijk bij de eerste oorzaak die je ontdekt denken: aha, dit is mijn aanknopingspunt, en daarbij hoort dit label en dus deze therapeutische aanpak. Want het kan best zijn dat een tweede of derde onderliggende oorzaak een veel betere interventiemogelijkheid geeft. Dan kun je misschien de hoofdoorzaak van de duizeligheid niet wegnemen, maar wel het lijden aan de klachten aanmerkelijk verminderen. Dat is allemaal nog heel leuk materiaal voor een toekomstige interventiestudie!'

Maarsingh heeft uit eigen praktijk een voorbeeld van het belang van zo'n uitgebreide anamnese. 'Ik had bij een patiënt werkelijk alles doorgenomen wat ik maar verzinnen kon, en ik kon niets vinden. Tot bleek dat de patiënt een varifocusbril droeg. Bij een zorgvuldige anamnese vis je zoiets er wel uit, als je het "rijtje van negen mogelijke oorzaken" maar in je achterhoofd houdt.'¹

Medicatiestatus

Een tweede tip van Maarsingh is dat de huisarts bij het afnemen van de anamnese ook altijd de actuele medicatiestatus checkt. 'Dat gebeurt vaak niet, maar uit ons onderzoek blijkt dat bij één op de vier duizelige ouderen in de huisartsenpraktijk medicatie mogelijk bijdraagt aan de klachten. Dat kan komen door bijwer-

kingen, interacties of dubbelmedicatie. Soms kan niet volledig met medicatie worden gestopt maar kan wel de dosering wat worden verlaagd. Het helpt als je als huisarts kennis hebt van de groepen medicijnen die duizeligheid kunnen veroorzaken, en van bijvoorbeeld de *fall risk increasing drugs*. Zo worden alfablokkers als oorzaak van duizeligheid gemakkelijk over het hoofd gezien, terwijl de toegevoegde waarde van het middel vaak beperkt is.'

Angst en stemming

Maarsingh zou ook graag zien dat er meer aandacht komt voor de invloed die angst- en stemmingsstoornissen hebben op duizeligheidsklachten. 'Bij één op de vijf patiënten in ons onderzoek droeg een psychiatrische aandoening bij aan de duizeligheidsklachten en bij één op de tien patiënten was die mogelijk zelfs de hoofdoorzaak. Bovendien blijkt de prognose slechter te zijn bij patiënten die zowel lichamelijke als psychiatrische klachten hebben, en die ervaren ook meer verlies van kwaliteit van leven én ze maken meer gebruik van duizeligheidsgerelateerde medische voorzieningen. Het is dus belangrijk om alert te zijn op psychiatrische problematiek bij oudere patiënten met duizeligheidsklachten, zoals angst- en stemmingsstoornissen of somatisatie. Bovendien kun je veel angst- en stemmingsstoornissen goed behandelen, waardoor je vaak ook verbetering van vage lichamelijke klachten ziet, waaronder duizeligheid.'

Maarsingh plaatst bij dit onderwerp nog een kanttekening. 'Hoevel wij voor de term "oorzaak" hebben gekozen, is die in pricipie onjuist. In ons onderzoek hebben we niet zozeer gezocht naar verklaringen, maar meer naar associaties die nuttig kunnen zijn voor de dagelijkse praktijk. Wat betreft psychiatrische duizeligheid is er natuurlijk een kip-of-ei-kwestie: je kunt last hebben van duizeligheid en daardoor een angst- of stemmingsstoornis ontwikkelen, óf vice versa. Dat is interessante materie, maar niet het onderwerp van ons onderzoek. Maar in elk geval geeft deze invalshoek de huisarts een aanknopingspunt waar hij iets mee kan.'

Nut van tests

'Bij dit alles moet je je als huisarts realiseren dat ons "gereedschap" nog maar slecht is onderzocht', stelt Maarsingh. 'Een van onze onderzoeksbevindingen is namelijk dat er nauwelijks *evidence* is voor het gebruik van diagnostische tests bij duizeligheid in de huisartsenpraktijk. Waarom meten we bijvoorbeeld de bloeddruk? Dat lijkt wel voor de hand liggend en zinvol, maar het onderscheidend vermogen van die test in de huisartsenpraktijk bij duizeligheid is in feite nooit onderzocht. Dat is ook lastig, omdat duizeligheid een symptoom is en geen ziekte. Duizeligheid kan wel een

uitingsvorm zijn van duizend-en-één ziekten, van uiterst onschuldig tot zeer ernstig. Je hebt dan ook geen gouden standaard voor onderzoek naar duizeligheid. Voor de diagnostiek van aandoeningen van het evenwichtsorgaan is er overigens wel enige *evidence*, maar al die onderzoeken zijn gedaan in de tweede en derde lijn en zijn dus niet of nauwelijks representatief voor de huisartsenpraktijk. Ik denk dat je als huisarts dus vooral op je krachtigste instrument moet varen: je anamnese.'

Meer of minder verwijzen?

Zouden deze onderzoeksbevindingen ook kunnen betekenen dat huisartsen minder patiënten gaan verwijzen? Maarsingh: 'Ik weet niet of de huisarts meer of minder moet gaan verwijzen. Het kan natuurlijk zo zijn dat bepaalde mensen niet hoeven te worden verwezen, maar andere misschien juist weer wel. Vooral als de patiënt regelmatig valt, of als er sprake is van multicausale duizeligheid kan het bijvoorbeeld lonen om naar een klinisch geriater te verwijzen. Die heeft net weer wat meer mogelijkheden om een multidisciplinaire aanpak in gang te zetten. Bovendien denk ik dat als er goed verwezen wordt, alle andere disciplines hun meerwaarde kunnen hebben.'

Vervolgonderzoek

Elk wetenschappelijk onderzoek heeft wel ergens de conclusie dat er meer onderzoek nodig is. Zo ook in dit geval. Maarsingh: 'Er is natuurlijk nog van alles gaande. Momenteel is onze onderzoeksgroep bezig met het materiaal uit de follow-up en van de controlegroep. Maar ook interventieonderzoek is nodig. Je kunt bijvoorbeeld denken aan een meervoudige interventie die zich vooral richt op het verminderen van beperkingen door duizeligheid, en minder op de onderliggende diagnose. Het zou toch mooi zijn als we daarmee de ervaren kwaliteit van leven en de psychische comorbiditeit kunnen aanpakken. Dat moet dan wel een interventie zijn die op huisartsenniveau goed uitvoerbaar is. Het onderzoek daarnaar is ingewikkeld, maar heel sexy!'

Zou Maarsingh een dergelijk vervolgonderzoek zelf willen doen? 'Ja, heel graag zelfs. Ik heb erg genoten van de combinatie huisarts/onderzoeker en wil graag op die voet verdergaan, bijvoorbeeld als postdoc.'

Ans Stalenhoef

- I Dat rijtje is: bijwerkingen van medicatie, cardiovasculaire aandoeningen, aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat, metabole aandoeningen, neurologische aandoeningen, psychiatrische aandoeningen, vestibulaire aandoeningen, visusaandoeningen en overige.