

'Wij hebben als eersten zes duizeligheidsprofielen gevonden'

In februari promoveerde Jacquélien Dros op haar proefschrift *Dizziness in older patients in general practice: away from diagnostic nihilism*. In dit interview vertelt zij over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Van CWO naar promotieonderzoek

Als je al huisarts bent op Texel en daarnaast nog diverse activiteiten ontplooit, zal een promotieonderzoek geen sinecure zijn. Hoe is Dros hiertoe gekomen? 'In 2003 ging ik voor het eerst naar een cursusweekend van de NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek, dat toen het digitaal zoeken naar *evidence* als thema had. Het werd een heel leerzaam weekend, maar ook was het een erg leuke groep, dus informeerde ik hoe je CWO-lid kon worden. De commissie komt echter eenmaal per maand bijeen en dat vond ik, vanaf Texel, wel bezwaarlijk. Gelukkig vonden ze een duolidmaatschap samen met mijn man een goed idee. Een jaar later sprak ik Henk van Weert op het WONCA-congres over dit promotieonderzoek naar duizeligheid. Ik vond dat een mooi breed onderwerp, maar voorzag

ook dat het geen gemakkelijk onderzoek zou worden. Duizeligheid komt veel voor en is een lastig te ontrafelen probleem. Anderzijds, misschien vond ik het onderwerp daarom wel des te aantrekkelijker.'

Dros besloot dus dit onderzoek te gaan doen en deed dat in samenwerking met de VU (zie ook het interview met Otto Maarsingh: Huisarts Wet 2010;53:678-9). Haar inschatting vooraf bleek echter te kloppen: 'Er was geld voor drie jaar onderzoek, twee dagen per week... Het is acht jaar geworden!'

Lastig onderzoek

Een van de redenen dat het geen gemakkelijk traject werd, is dat het een geheel nieuwe aanpak van dit onderzoeksgebied betrof. Dros: 'Er is veel onderzoek naar duizeligheid gedaan, maar niet vaak bij ouderen en nog minder in de huisartsenpraktijk. We moesten dus echt zelf het wiel uitvinden.'

Dros deed allereerst literatuuronderzoek naar alle diagnostische tests die je in de eerste lijn kunt toepassen voor de evaluatie van duizeligheidssymptomen. 'We vonden zo'n 26.000 artikelen; slechts 26 daarvan bleken goed genoeg om te kunnen meenemen in een systematische review. Het grootste deel van die 26 artikelen ging over vestibulaire aandoeningen, terwijl wij constateerden dat in de huisartsenpraktijk juist cardiovasculaire aandoeningen de belangrijkste oorzaak vormen van duizeligheid bij ouderen, naast psychiatrische aandoeningen.'

Een tweede reden is de complexiteit van de klacht duizeligheid bij ouderen. 'Het gaat om veelsoortige klachten: draaiduizeligheid, presyncope, disequilibrium en atypische duizeligheid. Onder dat laatste valt alles wat we niet bij de eerste drie vormen van duizeligheid kunnen onderbrengen. Maar vooral bij ouderen gaat het vaak om verschillende aspecten tegelijk. Daarom is die categorie-indeling lastig voor huisartsen die met niet-specifieke duizeligheid te maken krijgen. Maar ook voor patiënten, want die hebben moeite om aan te geven waar ze precies last van hebben als diverse vormen van duizeligheid door elkaar heen lopen.'

Intensieve testbatterij

Dros ging dus op zoek naar diagnostische tests die goed bruikbaar zijn in de eerste lijn. 'We hebben de tests die de diverse richtlijnen adviseerden voorgelegd aan een internationaal panel van experts met uiteenlopende achtergrond. De vraag was of de betreffende tests in het eerstelijns diagnostische cluster moesten zitten. Dit resulteerde in een uitgebreide testbatterij die we vervolgens uitprobeerden op onze onderzoekspopulatie van ouderen met én zonder duizeligheidsklachten. Zo herinner ik me een oud dametje bij wie het meer dan drie uur kostte om al die tests te doen. Dat is natuurlijk ondoenlijk voor de huisarts. Daarom keken we of er clustering in de testresultaten – en dus in de tests – optrad die de huisarts kan helpen een eerste stap in het diagnostische proces te zetten.'

Helemaal nieuw: duizeligheidsprofielen!

Dat zoeken naar deze voorselectie in de diagnostiek resulteerde in een nieuwe indeling in 'duizeligheidsprofielen'. Niet zonder trots vertelt Dros: 'Wij zijn de eersten in de wereld die deze zes profielen hebben gevonden! Het gaat om: broosheid (*frailty*), cardiovasculaire beperkingen, psychiatrische condities, presyncope, kno en specifieke duizeligheid. Op basis van wat je als huisarts al weet uit de voorgeschiedenis, de medicatielijst en vervolgens je anamnese, kun je eenvoudig een indeling in deze profielen maken. Dan hoeft je niet meer zoveel uit de kast te halen, want als je eenmaal een passend profiel aan iemand hebt toegekend, kun je je beperken tot de bijbehorende diagnostische tests. We konden op deze manier 88% van de ouderen bij een duizeligheidsprofiel indelen en bij zo'n 75% van de patiënten was er sprake van meer dan één profiel. Dat bevestigt dat er vaak verschillende problemen tegelijk spelen.'

Dros relativeert: 'Maar ja, wij hebben dit als eersten gevonden. Het zou mooi zijn als ander onderzoek – liefst uitgevoerd in het buitenland – tot soortgelijke profielen zou komen...'



Betere diagnostiek, betere aanpak

Volgens Dros heeft het voor de huisarts beslist zin om met deze duizeligheidsprofielen te gaan werken. 'Als er nu een oudere patiënt op het spreekuur komt met duizeligheidsklachten, denkt de huisarts: daar kan ik niets aan doen, daar moet de patiënt mee leren leven. En soms, als de patiënt erg aandringt, wordt deze verwezen voor verdere diagnostiek. Maar dat zou wellicht kunnen veranderen. Je kunt dan starten met het "opplakken" van duizeligheidsprofielen en daar je diagnostiek op richten. Vervolgens zijn er best dingen die je als huisarts kunt doen of in elk geval kunt proberen. Bij cardiovasculaire beperkingen worden bijvoorbeeld veel medicijnen gebruikt die bijdragen aan duizeligheid. Kun je iets stoppen? Kun je een middel voorschrijven dat minder duizeligheid geeft? Soms gebruiken mensen jarenlang dezelfde medicijnen in dezelfde doseringen; daar is vaak best iets aan te veranderen.'

HIT in de eerste lijn

Kan Dros voorbeelden noemen van tests die de huisarts kan inzetten na het vaststellen van de duizeligheidsprofielen? 'Een anamnestiche vraag kan al een test zijn, bijvoorbeeld over geneesmiddelengebruik. Of je kunt bij de patiënt de pols voelen om te testen op een ritmestoornis. Uit ons literatuuronderzoek kwamen slechts twee tests naar voren die veelbelovend leken. Helaas vond ons expertpanel die niet geschikt voor gebruik in de eerste lijn, dus we hebben die niet uitgeprobeerd op onze ouderen. Jammer, want vooral de *head-impulse test* kwam heel positief naar voren bij de diagnostiek van acute draaiduizeligheid. Anderzijds, ouderen komen niet zozeer naar de huisarts met acute duizeligheid; bij hen gaat het meestal om chronische klachten. Dan is de HIT niet geschikt; die is meer gericht op kno- en neurologische problematiek. Maar voor huisartsen die een patiënt zien met acute klachten is de HIT zeker interessant. Is die test positief, dan is de oorzaak hoogstwaarschijnlijk perifeer. Is de test negatief, dan is de oorzaak hoogstwaarschijnlijk centraal – dus een TIA of CVA – en moet je iemand als de donder insturen!'

Prognosevoorspellers

Zeker zo interessant voor de huisarts is dat Dros ook op zoek ging naar factoren die de prognose van duizeligheidsklachten bij ouderen kunnen voorspellen. 'We hebben onze duizelige ouderen onderzocht en dat na een halfjaar herhaald. Bijna tweederde van hen had na een halfjaar minder beperkingen van hun klachten, maar ongeveer één op de tien had juist substantieel meer last. Het is zinvol om je therapeutische mogelijkheden te richten op die laatste groep, want bij hen valt de meeste winst te halen.'

Zeven factoren voorspelden een ongunstig beloop: chronische duizeligheid (minstens zes maanden bestaand), langer stilstaan als uitlokkende factor, moeite met lopen en (bijna) vallen, polyfarmacie, afwezigheid van diabetes, aanwezigheid van een angst- of depressieve stoornis en een beperkte functionele mobiliteit. Dros: 'Aan een aantal van deze factoren kun je als huisarts natuurlijk niets doen. Maar het wordt interessant als je dat wel kunt, zoals bij beperkingen in de functionele mobiliteit, een angst- of depressieve stoornis, of bij polyfarmacie. Daarin zitten ook aanknopingspunten voor vervolgonderzoek: wat is het effect als je deze factoren aanpakt? Angst en depressie worden bijvoorbeeld bij ouderen dikwijls niet onderkend – het wordt "normaal" gevonden als je in die levensfase een beetje somber bent – maar als het wordt onderkend wordt niet vaak gekozen voor een niet-medicamenteuze aanpak, zoals gesprekstherapie. Toch denk ik dat het goed is om niet meteen te kiezen voor medicatie met duizeligheid als bijwerking. Verder is het natuurlijk altijd belangrijk om de mobiliteit zoveel mogelijk te verbeteren of te handhaven.'

Heeft Dros een verklaring waarom de afwezigheid van diabetes de prognose ongunstig beïnvloedt? 'Dat is inderdaad verbazingwekkend. Misschien komt het door de populatie die we includeerden: ouderen die zich bij de huisarts presenterden met duizeligheidsklachten. Diabetespatiënten zien vaker de praktijkondersteuner, of hun klachten zijn eerder bekend omdat ze vaak op controle komen. Maar we weten het niet echt.'

Op weg naar richtlijnen

Gevraagd naar de vertaling in richtlijnen van haar onderzoeksbevindingen vertelt Dros: 'Onlangs is vanuit de Orde van Medisch Specialisten, op aanjagen van KNO, initiatief genomen tot de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor duizeligheid bij ouderen. Het NHG vroeg Otto Maarsingh en mij om hierbij de huisartsen te vertegenwoordigen. Dat hebben we gedaan, maar we hebben er daarna niets meer van gehoord. Hoe dan ook denk ik dat duizeligheid bij ouderen nadrukkelijk multidisciplinair en functioneel moet worden aangepakt, en niet zozeer vanuit KNO. Huisartsen zouden daarin eigenlijk het initiatief moeten nemen, vooral omdat de klacht zo duidelijk multifactorieel is en dan ligt het voor de hand dat generalisten de kar trekken.'

Na de promotie

Dros is, naast haar werk als huisarts en haar promotieonderzoek, al drie jaar voorzitter van de NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek. Ze lacht: 'Nee, dat is nu geen duobaan meer, dus ik moet alsnog elke maand een avond naar de "overkant".' Bovendien is ze bestuurslid van de Huisartsenorganisatie Kop van Noord-Holland. En sinds 1 mei is ze 'zeg maar transmuraal coördinator' bij het Gemini Ziekenhuis in Den Helder. Dros: 'Gemini wilde graag een soort "relatiemanager" hebben tussen specialisten en huisartsen. We moeten steeds meer samenwerken, omdat huisartsen veel zorg overnemen en daar soms specialisten bij nodig hebben, en omdat we samen Landelijke Transmurale Afspraken moeten implementeren. Leuk is dat specialisten en huisartsen zo dicht bij elkaar zijn komen te staan. We zijn gewoon belangrijk voor elkaar en moeten nu eenmaal afspraken maken. Ik merk ook dat specialisten tegenwoordig sterk open staan voor verandering. Ik ben vooral nog aan het inventariseren, maar ik vind het erg leuk.'

En dan is Dros ook nog SCEN-arts... Ze lacht opnieuw: 'Ja, ik ben wat je noemt een supergeneralist!' ■

Ans Stalenhoef