

Acute duizeligheid

W

WAT IS HET PROBLEEM?

Wanneer een patiënt zich presenteert met acute duizeligheid gaat het meestal om het subtype 'vertigo', ofwel de illusie dat je zelf of je omgeving draait dan wel beweegt. Acute draaiduizeligheid wordt vaak als alarmerend ervaren, zowel door dokter als patiënt. De huisarts staat voor de uitdaging om met eenvoudige gereedschap in weinig tijd onderscheid te maken tussen centrale oorzaken (ernstig/zeldzaam) en perifere oorzaken van draaiduizeligheid (niet ernstig/veelvoorkomend).

WAT MOET IK WETEN?

De gemiddelde huisarts ziet jaarlijks 10-20 patiënten met draaiduizeligheid, voornamelijk vrouwen. Acute draaiduizeligheid wordt meestal veroorzaakt door neuritis vestibularis of door benigne paroxysmale positieveranderingsduizeligheid (BPPD). Andere perifere oorzaken zijn de ziekte van Ménière (zeldzaam) en beschadiging van het labrynt door infarct, infectie of trauma (zeldzaam). Centrale oorzaken van draaiduizeligheid zijn onder meer vestibulaire migraine (soms), aandoeningen van hersenstam of cerebellum (ischemie/bloeding/tumor: zeldzaam) en een brughoektumor (zeer zeldzaam). Bedenk dat, gezien de anatomie van hersenstam en cerebellum (alle structuren zitten dicht op elkaar), een centrale oorzaak van draaiduizeligheid in afwezigheid van neurologische klachten onwaarschijnlijk is.

Tot op heden is er nauwelijks wetenschappelijk bewijs voor toepassing van diagnostische tests bij de klacht duizeligheid in de huisartsenpraktijk. Veel van deze tests zijn nooit onderzocht op diagnostische accuratesse. Wanneer een test toch werd onderzocht, ging het meestal om tweede/derdelijns onderzoek bij patiënten die niet representatief zijn voor de huisartsenpraktijk. Onderdelen uit de anamnese die mogelijk een centrale oorzaak van duizeligheid voorspellen, zijn onder andere: leeftijd > 50 jaar (Oxford Level of Evidence [LOE] 3), begeleidend hoofd- of nekpijn (LOE 2) en aan de duizeligheid gepaard gaande neurologische verschijnselen, zoals dubbelzien, slikklachten of een gestoorde spraak (LOE 4). Voor de veel toegepaste kiepproof volgens Dix-Hallpike (positief bij BPPD) is de wetenschappelijke onderbouwing beperkt (gemiddelde sensitiviteit voor BPPD is 80%, specificiteit onbekend). Minder bekend maar veelbelovend is de Head Impulse Test (HIT) voor het aantonen van een perifere vestibulaire oorzaak van duizeligheid (gepoolde sensitiviteit 63% (95% BI 40-81%), specificiteit 93% (83-98%), positieve likelihood ratio 9,3 (4,3-20,1). Bij deze test fixeert de patiënt zijn ogen op een voorwerp in de middellijn (bijvoorbeeld neus huisarts), waarna de arts het hoofd van de patiënt in het horizontale vlak snel naar links en rechts beweegt. De test is negatief wanneer de patiënt in staat is te blijven fixeren, en positief wanneer de ogen van de

patiënt eerst meebewegen in de richting van de opgelegde zijdelingse beweging en vervolgens compensatoir 'herfixeren' (www.youtube.com/watch?v=CZXDNLGG8k). Een negatieve HIT bij acute draaiduizeligheid kan passen bij een centrale oorzaak, terwijl een positief resultaat pleit voor een perifere vestibulaire oorzaak (LOE 1). Wanneer bij lichamelijk onderzoek een nieuwe neurologische afwijking wordt gevonden, pleit dit voor een centrale oorzaak (LOE 2).

WAT MOET IK DOEN?

De huisarts moet allereerst een ernstige oorzaak uitsluiten. Hij vraagt naar de duur van de duizeligheid, een mogelijk (baro) trauma, uitlokkende factoren (zoals hoofdbewegingen), begeleidend klachten (acute doofheid, oorsuizen, hoofdpijn, lichtschuwheid, dubbelzien, spraakstoornissen, slikstoornissen, afname kracht/gevoel) en eventueel naar het cardiovasculair risicoprofiel (prior kans op een cerebrovasculaire oorzaak van draaiduizeligheid neemt toe bij meer cardiovasculaire risicofactoren). Tijdens lichamelijk onderzoek doet de huisarts een korte screening van de ogen (nystagmus, oogbewegingen, aanwijnzigen voor Horner's syndroom (miosis/ptosis)), oren (trommelvliezen, gehoor globaal), gelaat (spierkracht, dysarthrie, dysfagie) en extremiteiten (spierkracht, sensibiliteit, coördinatie, vermogen om te lopen). Directe verwijzing behoeven: elk begeleidend neurologisch verschijnsel, nieuwe hoofdpijn, acute doofheid en een verticale nystagmus. Wanneer er geen aanwijzingen zijn voor een ernstige oorzaak, verricht de huisarts de kiepproof van Dix-Hallpike en de HIT om respectievelijk BPPD en neuritis vestibularis aan te tonen. Indien - bij aanhoudende draaiduizeligheid zonder rode vlaggen - de Dix-Hallpike en de HIT negatief zijn, kan er sprake zijn van vestibulaire migraine of de ziekte van Ménière. De huisarts kan in dat geval symptomatisch behandelen en (niet-acute) verwijzing overwegen.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Draaiduizeligheid door neuritis vestibularis kan de eerste dagen bijzonder hevig zijn. In de acute fase kan de huisarts zo nodig een anti-emeticum voorschrijven (zoals metoclopramide). De klachten nemen meestal na een paar dagen af. Soms blijven ze gedurende langere tijd in mildere vorm aanwezig. Wanneer de klachten langer dan een maand aanhouden, is vestibulaire rehabilitatie (LOE 1) het overwegen waard. De patiënt kan hiervoor verwezen worden naar fysiotherapeut of KNO-arts. ■

LITERATUUR

- 1 Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: www.cebm.net/index.aspx?o=5653.
- 2 Dros J, Maarsingh OR, Van der Horst HE, Bindels PJ, Ter Riet G, Van Weert HC. Tests used to evaluate dizziness in primary care. *CMAJ* 2010;182:E621-E631.
- 3 Tarnutzer AA, Berkowitz AL, Robinson KA, Hsieh YH, Newman-Toker DE. Does my dizzy patient have a stroke? A systematic review of bedside diagnosis in acute vestibular syndrome. *CMAJ* 2011;183:E571-E592.
- 4 Barraclough K, Bronstein A. Vertigo. *BMJ* 2009;339:b3493.