Otto Maarsingh

Chronische duizeligheid

WAT IS HET PROBLEEM?

Huisartsen vinden de klacht duizeligheid vaak lastig: het is een aspecifiek verschijnsel en het kent veel verschillende oorzaken. Regelmatig blijft de oorzaak onduidelijk, ook na uitgebreid onderzoek. Bij chronische duizeligheid is veelal sprake van meer dan één oorzaak, met name onder ouderen. De uitdaging voor de huisarts is identificatie van de verschillende oorzaken, met name die waarvoor behandeling bestaat.

WAT MOET IK WETEN?

Van alle 65-plussers bezoekt 10% jaarlijks de huisarts vanwege duizeligheid. Er bestaat geen eenduidige definitie van chronische duizeligheid. Van deze groep heeft 70% langer dan zes maanden klachten.

Duizeligheid wordt onderverdeeld in vier subtypen: vertigo (draaierigheid), presyncope (licht in het hoofd), disequilibrium (onvastheid ter been) en overige duizeligheid. De helft van alle duizelige ouderen lijdt aan een combinatie van deze subtypen.

Uit de Tweede Nationale Studie (NS2) kwam naar voren dat huisartsen bij 40% van de duizelige ouderen een symptoomdiagnose als einddiagnose registreerden. De onderzoeksgroep Dizziness In Elderly Patients (DIEP) deed onderzoek naar oorzaken van duizeligheid bij ouderen in de huisartsenpraktijk. Een cardiovasculaire aandoening bleek de meest voorkomende hoofdoorzaak van duizeligheid (57%; vooral orthostatische hypotensie), gevolgd door een aandoening van het evenwichtsorgaan (14%; met name benigne paroxismale positieveranderingsduizeligheid (BPPD)). Bij 62% van de patiënten was sprake van verschillende oorzaken; bij 25% speelde medicatiegebruik een medebepalende rol en bij 20% een psychiatrische aandoening. Het DIEP-onderzoek liet tevens zien dat patiënten die zich ernstig beperkt voelen door duizeligheid, meer kans hebben op een angst- of stemmingsstoornis.

De basis voor diagnostiek van chronische duizeligheid is de anamnese. Hoewel richtlijnen over duizeligheid tal van diagnostische tests adviseren, bestaat hiervoor nauwelijks wetenschappelijke onderbouwing. Uitgebreide onderbouwing is er wel voor inzet van de Epley-manoeuvre ter behandeling van BPPD (Oxford Level of Evidence (LOE) 1) en voor vestibulaire rehabilitatie bij neuritis vestibularis (LOE 1). De diverse aanbevelingen bij orthostatische hypotensie (water drinken, zoutsuppletie of steunkousen) zijn niet wetenschappelijk onderbouwd. Uit de NS2-gegevens bleek dat huisartsen voor 10% van de ouderen met niet-vestibulaire duizeligheid antivertigineuze medicatie voorschreven. Ook hiervoor ontbreekt de wetenschappelijke onderbouwing. De onderbouwing voor betahistine bij de ziekte van Ménière, tot slot, is beperkt en niet conclusief.

WAT MOET IK DOEN?

Beoordeel altijd de medicatiestatus. Besteed aandacht aan medische voorgeschiedenis, subtype duizeligheid, duur van de episode, begeleidende verschijnselen en uitlokkende of beïnvloedende factoren. Loop de verschillende oorzaakcategorieën van duizeligheid systematisch af (medicatie, cardiovasculair, bewegingsapparaat, neurologie, psychiatrie, vestibulair, visus). Doe dit ook wanneer de hoofdoorzaak is geïdentificeerd: mogelijk zijn er andere, bijdragende, oorzaken die ruimte bieden voor behandeling. Overweeg een cerebrovasculaire oorzaak bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico en onbegrepen draaiduizeligheid. Houd rekening met een angst- of stemmingsstoornis wanneer een patiënt zich ernstig beperkt voelt door de duizeligheidsklachten.

Stel uzelf voorafgaand aan lichamelijk/aanvullend onderzoek kritische vragen: 'Weet ik na deze test meer?', 'Levert de uitkomst aanknopingspunten voor behandeling?' Meer diagnostiek betekent meer gegevens, maar niet per definitie extra (zinvolle) informatie. Verricht lichamelijk/aanvullend onderzoek indien de anamnese hiertoe aanleiding geeft, bijvoorbeeld auscultatie van het hart bij inspanningsgebonden klachten. Verwijzing voor diagnostiek kan zinvol zijn, bijvoorbeeld naar een klinisch geriater bij multifactoriële duizeligheid met valneiging. Verricht de Epley-manoeuvre bij een vermoeden van BPPD (http://www.youtube.com/watch?v=mx1VoQtDquc&feature=youtube). Overweeg vestibulaire rehabilitatie bij persisterende duizeligheid na neuritis vestibularis, bijvoorbeeld door te verwijzen naar een fysiotherapeut of KNO-arts.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Orthostatische hypotensie kan ontstaan als het lichaam zich na houdingsverandering niet snel genoeg aanpast en er te weinig bloed naar de hersenen stroomt. Deze aanpassing verloopt minder goed op hogere leeftijd. Ook medicatie, zoals alfablokkers of ACE-remmers, kan orthostatische hypotensie veroorzaken. Wijs de oudere patiënt op de folder 'Ik ben ouder dan 70 jaar en duizelig' (www.thuisarts.nl). BPPD herstelt meestal binnen een maand. U kunt de patiënt eventueel adviseren de Epley-manoeuvre thuis uit te voeren (http://youtube/pa6t-Bpg494).

Ten slotte: chronische duizeligheid is moeilijk te behandelen. Inzet van behandeling is doorgaans (multifactoriële) reductie van ervaren beperking in plaats van genezing. ■

LITERATUUR

1 Oxford Centre for EBM: www.cebm.net/index.aspx?o=5653.
2 Maarsingh OR, Dros J, Schellevis FG, Van Weert HC, Van der Windt DA, Ter Riet G, et al. Causes of persistent dizziness in elderly patients in primary care. Ann Fam Med 2010;8:196-205.
3 Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. Cochrane Database Syst Rev 2004, update 2010.
4 Hillier SL, McDonnell M. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. Cochrane Database Syst Rev 2011.

VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: dr. O.R. Maarsingh, huisarts-onderzoeker en epidemioloog • Correspondentie: o.maarsingh@vumc.nl