

Toolkit: Duizeligheid

Doel

1. Het geven van informatie over de mogelijke oorzaken, de gevolgen op het dagelijks leven, de diagnostiek en de behandeling van duizeligheid bij oudere patiënten.
2. Het verminderen van klachten en gevolgen op het dagelijks leven van duizeligheid waardoor de kwaliteit van leven van de patiënt wordt verbeterd.
3. Analyseren van duizeligheid als een geriatrisch syndroom, waarbij verschillende oorzaken tegelijkertijd mogelijk zijn en meerdere behandelingen nodig kunnen zijn.

Achtergrond

Definitie

Duizeligheidsklachten worden door oudere patiënten zeer verschillend omschreven. Door de vele verschillende onderliggende individuele sensaties, bestaat er geen echte definitie van duizeligheid. Het is een niet-specifieke term die veel door patiënten wordt gebruikt en verschillende symptomen omvat. De klachten behelzen onder andere vertigo, presyncope en disequilibrium. Duizeligheid kan omschreven worden als een sensatie die het gevolg is van onjuiste of ontbrekende informatie van de feitelijke positie van het hoofd en het lichaam in de ruimte.² Een aantal begrippen spelen een grote rol rond de klacht duizeligheid. Om duizeligheid goed te kunnen begrijpen, dienen deze begrippen verduidelijkt te worden.²

- **Vertigo of draaiduizeligheid:** de sensatie dat de wereld om iemand heen draait, of de sensatie dat men zelf draait.
- **Presyncopaal gevoel:** duizeligheid, lichthoofdigheid, zwart worden voor de ogen en andere sensaties die veroorzaakt worden door een tekortschietende cerebrale bloeddoorstroming.
- **Multisensorisch disequilibrium:** een gevoel van onzekerheid of duizeligheid veroorzaakt door tekortschieten van een of meer zintuiglijke informatiebronnen die normaliter betrokken zijn bij het reguleren van een normale balans en houding. Zintuiglijke informatiebronnen die tekortschieten zijn proprioceptie, vitale of gnostische perceptie in de huid, evenwichtorgaan en/of gezichtsvermogen.

Duizeligheid kan grote gevolgen hebben op het dagelijks leven van een patiënt. Het kan leiden tot gevoelens van onzekerheid, angst, instabiliteit, sociale isolatie, een verhoogde kans op vallen en verminderde mobiliteit.²

Prevalentie

Duizeligheid is een veel voorkomende klacht bij oudere patiënten. Vooral boven de leeftijd van 75 jaar is dit een van de meest voorkomende redenen om naar de huisarts te gaan.² De prevalentie wisselt afhankelijk van de gekozen populatie, maar loopt op tot 25-38%.⁴ In de Nederlandse huisartsenpraktijk is de prevalentie van duizeligheid sterk afhankelijk van de leeftijd. De prevalentie van duizeligheid is 7 per 1000 patiënten per jaar in de leeftijdsgroep van 25 tot 44 jaar. Voor 75 plussers is de prevalentie 45 per 1000 per jaar.¹



Oorzaken en risicofactoren

Duizeligheid kan veroorzaakt worden door één enkele oorzaak. Bij oudere patiënten wordt duizeligheid meestal veroorzaakt door verschillende oorzaken en risicofactoren op diverse terreinen tegelijk. Dit zorgt ervoor dat duizeligheid bij ouderen een geriatrisch syndroom is.² Duizeligheid kan bijvoorbeeld ontstaan door diverse oorzaken en risicofactoren die tegelijk aanwezig zijn op cardiovasculair, neurologisch, psychologisch en geneesmiddelen gerelateerd terrein.²

Risicofactoren voor duizeligheid zijn: angst, depressie, slechthorendheid, polyfarmacie, orthostatische hypotensie, gestoorde balans en een myocardinfarct in het verleden.⁴

Veelvoorkomende oorzaken van vertigo:

- BPPD (benigne paroxismale positieduizeligheid).
- Neuritis vestibularis.
- De ziekte van Ménière.
- CVA in verzorgingsgebied van a. vertebralis en a. basilaris

Veelvoorkomende oorzaken van presyncoopaal gevoel:

- Orthostatische hypotensie
- Vasovagale klachten
- Cardiovasculaire aandoeningen.
- Medicatie

Veelvoorkomende oorzaken van disequilibrium:

- (Perifere) neuropathie
- Musculo-skeletale aandoeningen
- Vestibulaire afwijking/beschadiging
- M. Parkinson
- Visus vermindering

Veelvoorkomende overige oorzaken:

- Hyperventilatie
- Angst- en paniekstoornis
- Depressie
- Somatisatie stoornis
- Middelen-afhankelijkheid
- Persoonlijkheidsstoornis

BPPD. De meest frequente enkelvoudige oorzaak van duizeligheid bij ouderen is benigne paroxismale positieduizeligheid. Dit wordt gekenmerkt door aanvallen van draaiduizeligheid uitgelokt door veranderingen van de stand van het hoofd (zoals draaien in bed, vooroverbuigen, omhoog kijken). De duizeligheid duurt enige seconden tot enkele minuten. Bij herhalen van de beweging die de duizeligheid uitlokt, vermindert de duizeligheidsreactie. Bij het merendeel van de patiënten gaan de klachten binnen vier weken vanzelf over. Het bestaan van verdichtingen of 'gruis' in de endolymfe in de halfcirkelvormige kanalen (canalolithiasis) wordt thans gezien als de verklaring van BPPD.¹



Neuritis vestibularis. Hierbij is er een constant aanwezige heftige draaiduizeligheid gedurende enkele dagen met vegetatieve klachten door een acute, geïsoleerde, eenzijdige vestibulaire uitval. De duizeligheid is vaak zo heftig dat de patiënt met gesloten ogen in bed ligt. Er treden geen gehoorstoornissen op. De voorkeursleeftijd is 20-60 jaar. Het ziektebeeld dooft in dagen tot weken geleidelijk uit, maar kan gedurende langere tijd af en toe nog milde duizeligheidsklachten geven. Een neuritis vestibularis wordt gezien als een neuropathie; de oorzaak is onbekend. Er is een associatie met het voorkomen van infecties, met name van de luchtwegen.¹

De ziekte van Ménière. Dit is een syndroom dat bestaat uit spontane aanvallen van draaiduizeligheid met gehoorvermindering en oorsuizen (tinnitus). De aanval bereikt binnen 20 minuten tot enkele uren een maximale intensiteit; er kunnen na de aanval nog enkele dagen klachten blijven bestaan. De gehoorvermindering betreft vooral de lage tonen en is aanvankelijk omkeerbaar; na meerdere aanvallen is het gehoorverlies meestal blijvend en dikwijls progressief. Het oorsuizen blijft bij ongeveer de helft van de patiënten bestaan. De voorkeursleeftijd is 40-50 jaar. De aandoening begint aan één oor, het andere oor wordt soms ook aangedaan. De frequentie van de aanvallen neemt gewoonlijk in de loop van de tijd af. Bij de ziekte van Ménière is er een toename van de endolymfe in het vestibulocochleaire apparaat (endolymfatische hydrops). De oorzaak hiervan is niet opgehelderd, waarschijnlijk is deze multifactorieel bepaald.²

Een bloeding of infarct of een TIA in het verzorgingsgebied van de a. vertebralis en a. basilaris. Hierbij kan draaiduizeligheid voorkomen, er zullen dan neurologische symptomen aanwezig zijn die wijzen op een aandoening van de hersenstam of het cerebellum, zoals neurologische uitval (bijvoorbeeld diplopie, dysartrie), ataxie of een nystagmus van centrale origine.¹

Orthostatische hypotensie. Met name bij ouderen komen orthostatische klachten voor. De klachten van orthostatische hypotensie worden veroorzaakt door een verminderde doorbloeding van de hersenen door houdingsverandering. De klachten treden op na opstaan uit liggende of zittende houding. De traditionele definitie van orthostatische hypotensie is een daling van de systolische bloeddruk met minstens 20 mmHg, of van de diastolische bloeddruk met minstens 10 mmHg binnen 3 minuten na het opstaan. De relatie tussen orthostatische klachten en meetbare orthostatische hypotensie is zwak. De aanwezigheid van klachten bij opstaan heeft een sterkere relatie dan de gemeten bloeddrukdaling met functionele beperkingen, valincidenten en syncope.¹ Orthostatische hypotensie kan dus niet worden uitgesloten door een normale meting.

Vasovagale klachten. Deze klachten zijn situatie gebonden: ze ontstaan bij emoties of na lang staan. Na prodromale verschijnselen zoals transpireren en bleekheid krijgt de patiënt door vasodilatatie en vertraging van de hartslag een verminderde cerebrale perfusie.¹

Cardiovasculaire aandoeningen. Ritme- en geleidingsstoornissen van het hart en structurele hartafwijkingen met een uitstroombemmering (bijvoorbeeld een aortastenose) kunnen duizeligheid veroorzaken. Duizeligheid door een cardiovasculaire aandoening kan tot inspanningsgebonden duizeligheid leiden en komt meer voor bij patiënten met hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis of in de familieanamnese.¹



Medicatie gebruik. Duizeligheid is de meest voorkomende medicatiebijwerking. Met name diuretica, antihypertensiva, psychofarmaca, fenytoïne, carbamazepine en sommige antibiotica hebben soms duizeligheid als bijwerking.¹

Medicamenten kunnen op verschillende wijzen tot duizeligheid leiden. Een veel voorkomende bijwerking is orthostatische hypotensie. Andere cardiovasculaire bijwerkingen zoals artimieën kunnen ook leiden tot cerebrale hypoperfusie en daardoor tot duizeligheid. Ook kunnen medicamenten leiden tot disequilibrium door bijvoorbeeld afname van de reactiesnelheid, spierkracht en/of concentratie. Enkele medicamenten zoals bijvoorbeeld anti-epileptica kunnen ook leiden tot vertigo.

Disequilibrium. Duizeligheidsklachten die worden beschreven als een onvast gevoel op de benen, worden ook wel aangeduid met de term disequilibrium of bewegingsonzekerheid. Bij staan en lopen zijn er klachten, bij zitten verdwijnen ze. Bij oudere patiënten kunnen verschillende factoren een bijdrage aan de klachten leveren zoals: visusvermindering, neuropathie, vestibulaire beschadiging, en orthopedische problemen die de mobiliteit beperken.¹

Psychische/psychiatrische aandoeningen. Duizeligheid kan onderdeel zijn van het klachtenbeeld bij psychische stoornissen. Dit komt het meest voor bij angststoornissen, met name de paniekstoornis. Ook is duizeligheid een veel gehoorde klacht bij een depressie, een somatisatiestoornis, alcohol-afhankelijkheid (of andere middelen) en persoonlijkheidsstoornissen.¹

Daarnaast kan hyperventilatie kan vele klachten geven waaronder duizeligheid. Hyperventilatie is een symptoom dat kan optreden bij angst, maar ook bij lichamelijke aandoeningen.

Screenen in de 1^{ste} en de 2^{de} lijn

1. Hebt u de laatste maand last gehad van duizeligheid?
2. Heeft de duizeligheid invloed op uw dagelijks functioneren?

Diagnostiek in de 1^{ste} en de 2^{de} lijn

De diagnostiek van duizeligheidsklachten is voornamelijk gebaseerd op de anamnese en lichamelijk onderzoek.¹

Anamnese

In de anamnese komen onderstaande vragen aan de orde:

1. Aard duizeligheid: draaisensatie, lichthoofdigheid, dysequilibrium, overig.
2. Duur/frequentie/tijdsbeloop (continue/aanvallen).
3. Uitlokkende factoren: o.a. hoofdbewegingen, houdingsveranderingen, inspanning, situationeel, angst, medicatie.
4. Begeleidende verschijnselen: o.a. tinnitus, gehoorverlies, houdingsinstabiliteit, braken, ataxie, dubbelzien en andere neurologische afwijkingen.²
5. Gevolgen voor het dagelijks leven (angst, vermijdingsgedrag, syncope, val).
6. Medicatiegebruik.
7. Onderliggende psychische/psychiatrische aandoening.
8. Voorgeschiedenis van oorklachten.
9. Recent een virale bovenste-luchtweginfectie doorgemaakt?¹



Lichamelijk onderzoek in de eerste lijn

De volgende onderzoeken dienen in ieder geval aan de orde te komen:

1. Neurologisch onderzoek bij draaiduizeligheid. Let op uitvalsverschijnselen van de hersenstam of het cerebellum (diplopie, dysartrie, dysfagie, ernstige ataxie, nystagmus).¹
2. Polsfrequentie en hartritme, bij klachten over een licht gevoel in het hoofd of het gevoel flauw te vallen.¹
3. Auscultatie van het hart voor het opsporen van souffles plaats bij inspanningsgebonden klachten.¹
4. Haemodynamische toestand beoordelen bij aanwijzingen voor een cardiovasculaire oorzaak van de duizeligheid en gebruik van antihypertensiva.¹
5. Beoordeling trommelvlies bij klachten van gehoorverlies, oorpijn, of een KNO voorgeschiedenis.¹
6. Beoordeling visus, balans en kracht (opstaan uit zit, lopen en omdraaien, koorddansersgang, hakken- en tenengang), reflexen, coördinatie en orthopedisch onderzoek van de gewrichten van de benen.¹

Doorverwijzing naar:

- Klinische geriater: duizeligheid + vallen
- Klinisch geriater/ cardioloog: duizeligheid + syncope
- Klinisch geriater: onbegrepen duizeligheid
- Kno-arts: Vertigo/tinnitus/ gehoorsproblemen
- Oogarts: duizeligheid + visusbeperking
- Klinisch geriater/ psychiater: duizeligheid en depressie
- Neuroloog: Centrale vertigo

Lichamelijk onderzoek in de tweede lijn

In de tweede lijn kan het lichamelijk onderzoek nog worden uitgebreid met:

- Volledig neurologisch onderzoek inclusief beoordeling nystagmus, Romberg manoeuvre;
- Kiepproef volgens Dix-Hallpike;
- Onderzoek gehoorwegen en gehoor;
- Verder vestibulair onderzoek;
- Onderzoek visus;
- Uitgebreid onderzoek mobiliteit inclusief gewrichtsonderzoek.

Aanvullend onderzoek in de eerste en de tweede lijn:

- Gehooronderzoek door middel van een audiogram bij een vermoeden van de ziekte van Ménière;
- Kiepproef volgens Dix-Hallpike bij een vermoeden van BPPD;
- Beoordeling mobiliteit (fysiotherapie);
- Orthostase meting, op indicatie kanteltafeltest inclusief sinus caroticus massage;
- Op indicatie verder hartritme onderzoek, echocardiografie, inspanningstesten;
- Aanvullend vertigo onderzoek (electro- of videonystagmografie, vestibular evoked myogenic potentials, brainstem evoked myogenic potentials etc.);
- MRI/MRA/CT bij verdenking centrale oorzaak vertigo;
- Uitbreiding onderzoek naar angst-, stemmings- en andere psychische stoornissen.



Kiepproef volgens Dix-Hallpike: De patiënt zit met gestrekte benen op de onderzoeksbank met het hoofd 45 graden gedraaid. De arts houdt het hoofd van de patiënt vast en brengt hem snel in liggende positie met het hoofd langs de rand van de bank, terwijl het hoofd gedraaid blijft. Bij BPPD zal een kortdurende draaiduizeligheid en een nystagmus ontstaan. De patiënt zal deze klachten herkennen. Bij herhaling van de proef doven de klachten uit.



Figuur 1: Kiepproef van Dix-Hallpike (Bron: Van der Plas & Tijssen, 1998).

Interventies

Voorlichting en advies over de aard, oorzaak en het beloop over de aandoening.

Niet-medicamenteuze behandeling:

BPPD: Afwachtend beleid: het doorgaans goede beloop met een spontaal herstel binnen een maand rechtvaardigt een afwachtend beleid.

Oefeningen: voor de behandeling van een patiënt met BPPD zijn oefeningen beschreven. Oefeningen kunnen de klachtenduur verkorten. De oefeningen volgens Brandt-Daroff kunnen worden overwogen.¹

Oefening van Brandt-Daroff: Hierbij voert de patiënt vijfmaal per dag de navolgende oefening uit. Hij gaat met gesloten ogen op de rand in het midden van zijn bed zitten. Vanuit deze positie gaat hij op zijn ene zij liggen, komt weer overeind als de duizeligheid weg is, en gaat op de andere zij liggen. Hij gaat door met afwisselend op de linker- en rechterzijde gaan liggen, totdat de symptomen uitdoven.

Neuritis vestibularis: Bij persistente klachten na een neuritis vestibularis stimuleert de huisarts de patiënt om normaal te blijven bewegen.¹

Orthostatische klachten: De patiënt kan door houdingsverandering of bewegen een bloeddrukverhoging bewerkstelligen en zo de klachten tegengaan. Houdingen die de klachten tegen gaan zijn: staan met gekruiste benen, eventueel alleen de spieren aanspannen. Spieractiviteiten die de klachten tegengaan, zijn: afwisselend op de tenen en plat op de voet gaan staan en passen op de plaats maken.¹ Andere leefadviezen betreffende orthostatische hypotensie zijn: opstaan in etappes, voldoende vocht- en zoutinname, sporten/bewegen, beperken alcohol-inname, hoofdeinde bed ophogen (circa 10 graden), voorkom bedlegerigheid, grote maaltijden, heftige inspanning.



Medicatie gebruik: De huisarts kijkt of medicatie die de klachten kunnen veroorzaken gestopt of aangepast kunnen worden.¹

Disequilibrium: De huisarts heeft aandacht voor de diverse factoren die invloed hebben op de evenwichtszin. Visusverbetering (cataractoperatie, bril optimaliseren) en oefeningen voor verbetering van conditie, houding en spierkracht kunnen het gevoel van duizeligheid verminderen.¹

Medicamenteuze behandeling: Gebruik van medicatie, specifiek gericht op de duizeligheid, wordt niet aanbevolen. Van geen enkel medicament is de werkzaamheid aangetoond bij de behandeling van duizeligheid. Antivertigo medicatie kan de duizeligheidsklachten zelfs doen toenemen of veroorzaken. In de praktijk kan er behoefte zijn aan symptomatische behandeling van bijkomende verschijnselen. Tegen misselijkheid en braken zijn de gebruikelijke middelen inzetbaar (bij voorbeeld metocloperamide).¹

Preventie gevolgen: De gevolgen van duizeligheid, zoals vallen, angst, depressie, functieverlies en sociale isolatie krijgen aandacht. Voor valpreventie kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een hulpmiddel bij het lopen en het veiliger maken van de thuissituatie.¹

Vervolgen van de conditie

BPPD: de patiënt wordt na twee weken gecontroleerd als de klachten niet verminderen, of na een maand als de klachten niet over zijn. Als bij de hernieuwde beoordeling geen aanwijzingen bestaan voor andere oorzaken, overweegt de huisarts opnieuw of oefenen in aanmerking komt.¹

Neuritis vestibularis: de patiënt wordt na twee tot vier dagen gecontroleerd als de klachten niet duidelijk zijn afgenomen. Om andere oorzaken van de draaiduizeligheid uit te sluiten, herhaalt de huisarts het neurologisch onderzoek.¹

Ziekte van Ménière: De patiënt neemt contact op als het klachtenpatroon anders is dan deze gewend is.¹

Medicatie gebruik: Patiënten die met een medicament gestopt zijn dat mogelijk aan de duizeligheid bijdroeg, worden na twee tot vier weken teruggezien om het effect op de duizeligheid te evalueren.¹

Duizeligheid zonder verklaring: De patiënt wordt gecontroleerd als er na een maand nog veel hinder is. Als de duizeligheidsklachten persisteren, spelen angst en vermijding vaak een rol. Bij aanhoudende duizeligheidsklachten moet expliciet naar het bestaan van angst (psychiatrisch of reëel) gevraagd worden. Patiënten geven zelf niet snel angst aan als oorzaak van hun duizeligheid.¹



Financiering van zorg

Voorlichting over de mogelijkheden tot financiering van de hulpmiddelen & zorg; uitgevoerd door POH ouderenzorg

Doel

De patiënt voorzien van meer informatie om de voorgestelde en door de patiënt geaccepteerde interventies uit te kunnen (laten) voeren

Aanpak

Fysiotherapie voor mobiliteitstraining is opgenomen in het aanvullend pakket van de zorgverzekering. Er is een doorverwijzing voor nodig.

Het verplichte eigen risico is niet van toepassing voor deze vorm van fysiotherapie

Fysiotherapie voor chronische ziekten, waarvoor meer dan 10 behandelingen nodig zijn valt onder de basisverzekering. Het verplichte eigen risico is wel van toepassing op deze vorm van fysiotherapie.

Richtlijnen:

www.nhg.artsennet.nl

Referenties

¹ NHG-standaard Duizeligheid. Bereikbaar op: www.nhg.artsennet.nl

² Rikkert, M.G.M., olde, Flaming, J., Petrovic, M., Schols, J.M.G.A. & Hoefnagels, W.H.L. (eds.). *Probleemgeoriënteerd denken in de Geriatrie*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom.

³ Farmacotherapeutisch kompas. Bereikbaar op: <http://www.fk.cvz.nl/>

⁴ Tinetti, M.E., Williams, C.S. & Gill, T.M. (2000). 'Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome'. *Ann Intern Med*, 132 (5):337-44.

⁵ Moya, A., Suttan, R. et al. (2009). 'Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009): the Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC)'. *European Heart Journal* 30(21):2631-2671.



Tabel 1. Geneesmiddelen die bij de oude patiënt frequent duizeligheid veroorzaken

Psychoactieve geneesmiddelen

Antipsychotica
Antidepressiva
Anti-Parkinsonmiddelen

Antihypertensiva/diuretica

Alle

Antidiabetica

Insuline
Sulfonylerumderivaten
Thiozolidinedionen
DPP-4 remmers

Analgetica

NSAIDs
Opioiden

Protonpompremmers

Alle

Anti-infectiosa

Aminoglycosiden
Mefloquine

Antivertigo middelen

Antihistaminica

