

Duizeligheid

Inleiding

Duizeligheid is een vaak gehoorde klacht die vele verschillende betekenissen kan hebben. Het behoort tot de meest voorkomende klachten, niet alleen bij neurologische aandoeningen. Deze richtlijn richt zich op de aandoeningen met als hoofdklacht duizeligheid.

Het is niet altijd makkelijk voor de patiënt om de duizeligheid onder woorden te brengen. Er zijn vele omschrijvingen zoals een draaisensatie, gevoel te bewegen, gevoel flauw te vallen, licht gevoel in het hoofd, wankel of zweverig gevoel bij lopen, dubbel of wazig zien en derealisatiegevoelens. Het is een uitdaging om dit anamnesticus verder uit te diepen. Globaal kan men onderscheid maken tussen een echte draaiduizeligheid, alleen een bewegingssensatie, lichtheid in het hoofd en duizeligheid in de benen.

Op het spreekuur van de huisarts is duizeligheid een veel gehoorde klacht. Als hoofdklacht komt het voor bij 3 tot 14% van de patiënten die een huisarts bezoeken. Het is ook een klacht die sterk leeftijdsafhankelijk is. Met name bij mensen ouder dan 65 jaar komt duizeligheid veel voor. Het meest voorkomend is benigne paroxismale positiedraaiduizeligheid (BPPD) (20%), basilaris migraine (8%), M. Menière (8%), en neuritis vestibularis (7%). Bij de meer zeldzame vormen van perifere vestibulaire draaiduizeligheid kan de KNO-arts met gespecialiseerd onderzoek (gehoortest, ENG-onderzoek) uitkomst bieden. Dit is o.a. het geval bij labyrinthitis, perilymfatisch fistel, recurrent vestibulopathy, etc.

De differentiaal diagnose wordt gesteld aan de hand van de anamnese. Misselijkheid en braken hebben een geringe lokaliserende en differentiërende waarde. Probeer bij de anamnese de volgende discriminerende gegevens boven water te krijgen:

- Aard van de draaiduizeligheid: echte draaiduizeligheid/bewegingssensatie/licht in het hoofd/onwerklijk gevoel
- Aanvallen van draaiduizeligheid, eenmalig of herhalend?
- Houdingsafhankelijk/bewegingsafhankelijk?
- Begeleidende gehoorsverschijnselen, rechts, links of dubbelzijdig?
- Andere begeleidende verschijnselen/uitvalsverschijnselen?
- Evenwichtsstoornissen?
- Medicijngebruik?

Let op alarmsymptomen zoals bijvoorbeeld koorts, hoofdpijn, bekende maligniteit, trauma in de recente voorgeschiedenis, aanwijzingen voor TBC, vasculitis, sarcoidose, HIV, lues, etc.

Bij het neurologisch onderzoek let men op begeleidende neurologische uitval. Bij twijfel over de nystagmus kan een Frenzel bril soms uitkomst bieden.

Draaiduizeligheid

Acuut begin

Cerebellair infarct

Bij een acuut begin moet men bedacht zijn op een vasculaire oorzaak. Vooral infarcten van de arteria cerebelli inferior posterior, die zich meestal presenteren met duizeligheid en braken, zijn in de praktijk vaak niet te onderscheiden van een acuut vestibulair syndroom, zoals de neuritis vestibularis. Als er symptomen bijkomen van ischemie van de laterale medulla oblongata of andere stamsymptomen is de diagnose makkelijk, evenals wanneer er ataxie is van de extremiteiten. Dit is echter in ongeveer 1/3 van de patiënten niet het geval. Een geïsoleerd nodulair infarct kan heel erg lijken op een acuut vestibulair syndroom, waarbij het belangrijkste verschil was dat er in het eerste geval meestal matig tot ernstige balansstoornissen zijn.

Bij een infarct van de arteria cerebelli inferior anterior is er ook vaak een geïsoleerd vestibulair syndroom, maar dan met doofheid en tinnitus, wat weer vaak verward wordt met een labyrinthitis.

Neuritis vestibularis

Neuritis vestibularis wordt gekenmerkt door acuut optredende heftige draaiduizeligheid, een horizontaal-rotatoire nystagmus met de snelle fase naar de niet-aangedane zijde, een valneiging naar de aangedane zijde (al dan niet met gesloten ogen), en misselijkheid en braken. 50% van de patiënten meldt een antecedente infectie. Patiënten liggen vaak stil in bed op het aangedane oor en vermijden hoofdbewegingen die de klachten kunnen verergeren. De nystagmus is in de acute fase gewoonlijk 3^e graads, unidirectioneel, en neemt toe bij kijken in de richting van de snelle fase. De nystagmus wordt onderdrukt door fixatie en kan daardoor lijken op een 1^e of 2^e graads nystagmus. Een 3^e graads nystagmus kan ook wijzen op een lesie in de kern van de nervus vestibulocochlearis,

dan zijn er echter ook bijna altijd stamverschijnselen bij. De klachten verdwijnen gewoonlijk na 1 tot 5 dagen. De meeste patiënten zijn na 6 weken klachtenvrij. Behandeling met steroïden is niet bewezen effectief. Het wachten is op een grote trial naar het effect hiervan. Behandeling bestaat uit medicamenteuze symptoombestrijding (anti-emetica) en oefentherapie.

Aanvalsgewijs

BPPD

BPPD is de meest voorkomende oorzaak van draaiduizeligheid. Het bestaat uit recidiverende, kortdurende aanvallen van draaiduizeligheid met een specifieke tijdsrelatie ten opzichte van de positionering van het hoofd. De aanvallen treden kort na de provocerende beweging op (seconden) en duren korter dan een minuut. De hoogste incidentie is tussen de leeftijd van 50 en 70 jaar. BPPD kan het gevolg zijn van een schedeltrauma, een neuritis vestibularis, een chirurgische ingreep of langdurige bedrust. Regelmatig wordt er geen oorzaak gevonden. Pathogenetisch wordt het beeld verklaard door ophoping van afbraakproducten in het halfcirkelvormige kanaal. Het treedt verreweg het vaakst op in het posterieure kanaal (90%), waarbij de klachten geprovoceerd worden door in- en uitgaan van het bed, vooroverbuigen of overeind komen, en omhoog kijken. De kiepproof van Dix-Hallpike is over het algemeen positief. Het aangedane evenwichtsorgaan betreft dan het onderste oor. Als therapie met kans op directe genezing is er de kantelmanoeuvre van Epley. Ook kunnen oefeningen van Brandt-Daroff meegegeven worden. BPPD kan ook optreden in het horizontale of het anterieure kanaal. Bij BPPD van het horizontale kanaal treden de klachten op bij omdraaien in bed, opzij draaien van het hoofd bij achterover leunen in de stoel of bij opzij draaien van het hoofd bij staan en lopen. De kiepproof van Dix-Hallpike is negatief. Men kan het behandelen door de barbecue rotatie kantelmanoeuvre, waarbij de patient zijn hoofd en lichaam draait in 4 stappen van 90 graden beginnend bij het aangedane oor. Bij BPPD van het anterieure kanaal treden de klachten vaker op na een trauma. De kiepproof van Dix-Hallpike is positief. Het verschil met de posterieure BPPD is dat de snelle fase van de nystagmus optreedt naar het niet-aangedane oor. Bij alle vormen bestaat de therapie uit oefeningen van Brandt-Daroff.

M.Menière

Bij de ziekte van Menière is er een trias van episodische draaiduizeligheid, tinnitus en fluctuerend gehoorsverlies. De aanvallen worden vaak voorafgegaan door een vol gevoel in het oor. De duizeligheid verdwijnt geleidelijk na enkele uren. De nystagmus is horizontaal-rotatoir en is gericht van het aangedane oor af. De ziekte treedt meestal op tussen het 30^e en 60^e levensjaar. Er treedt ook tussen de aanvallen door een geleidelijk progressief gehoorsverlies op. De therapie is ondersteunend met anti-emetica en vestibulaire therapie

Recidiverende vestibulopathie

Dit is een aanvalsgewijs optredende draaiduizeligheid zonder gehoorssymptomen. Deze aanvallen worden niet uitgelokt door positieverandering. De duur van de aanvallen varieert van minuten tot maximaal 24 uur. De klachten ontstaan meestal op middelbare leeftijd en duren enkele jaren. De oorzaak is niet duidelijk, mogelijk betreft het een voorstadium van Menière of een vorm van migraine. De prognose is gunstig.

Migraineuze vertigo

Draaiduizeligheid zou het belangrijkste symptoom danwel een complicatie zijn bij 5-8% van de migrainepatiënten. Uit epidemiologisch onderzoek blijkt ook dat migraine geassocieerd is met vestibulaire stoornissen zoals BPPD of Menière, maar de pathogenetische verbanden zijn nog onbekend. Bij migraineuze vertigo wordt de diagnose gesteld aan de hand van de volgende criteria: 1. episodische vestibulaire verschijnselen, 2. voorgeschiedenis van of huidige migraine (criteria van de IHS 2004), 3. 1 van de volgende symptomen gedurende 2 of meer aansluitende aanvallen: migraineuze hoofdpijn, fotofobie, fonofobie, visuele of andere auras.

Vestibulaire paroxysmen

Vestibulaire paroxysmen worden gekenmerkt door korte, frequente aanvallen van draaiduizeligheid, van seconden tot minuten. Deze aanvallen kunnen tot 30 keer per dag optreden. De aanvallen kunnen uitgelokt worden door hyperventilatie of bepaalde hoofdposities. Ook kan éézijdige gehoorsvermindering of tinnitus optreden, of zelfs permanent aanwezig blijven. Men veronderstelt dat analoog aan de trigeminusneuralgie een vasculair conflict met compressie op de 8^e hersenzenuw de oorzaak is. Behandeling met carbamazepine kan een therapeutisch effect hebben. Neurochirurgische decompressie wordt in het algemeen niet aanbevolen.

Overige duizeligheid

Hyperventilatie

Hyperventilatie kan een scala aan klachten geven: wazig zien, "duizeligheid", benauwdheid, tintelingen, etc. De duizeligheid betreft meestal een gevoel alsof men op een bewegend schip staat, oftewel, de patient heeft het gevoel heen en weer te bewegen. Een voor de aandoening kenmerkende eigenaardigheid in de klachtenpresentatie: de geconsulteerde arts ervaart een discrepantie tussen de mate van ongerustheid van de patiënt en het ontbreken van objectieve afwijkingen bij het lichamelijk en neurologisch onderzoek. Er bestaat een aanvalsgewijze vorm van hyperventilatie en een chronische vorm van hyperventilatie. Meestal is er bij de chronische vorm een aanvalsgewijze toename. Hyperventilatie komt regelmatig voor in het kader van een paniekstoornis. Indien hyperventilatie voorkomt in het kader van een paniekstoornis bestaat de therapie uit cognitieve gedragstherapie.

Medicamenteus

Er zijn tal van medicijnen die duizeligheid als bijwerking hebben, bijvoorbeeld benzodiazepines, bètablokkers, etc. Dit komt met name veel voor bij oudere patiënten en maakt saneren van de medicatie-inname nodig eventueel in overleg met de geriater.

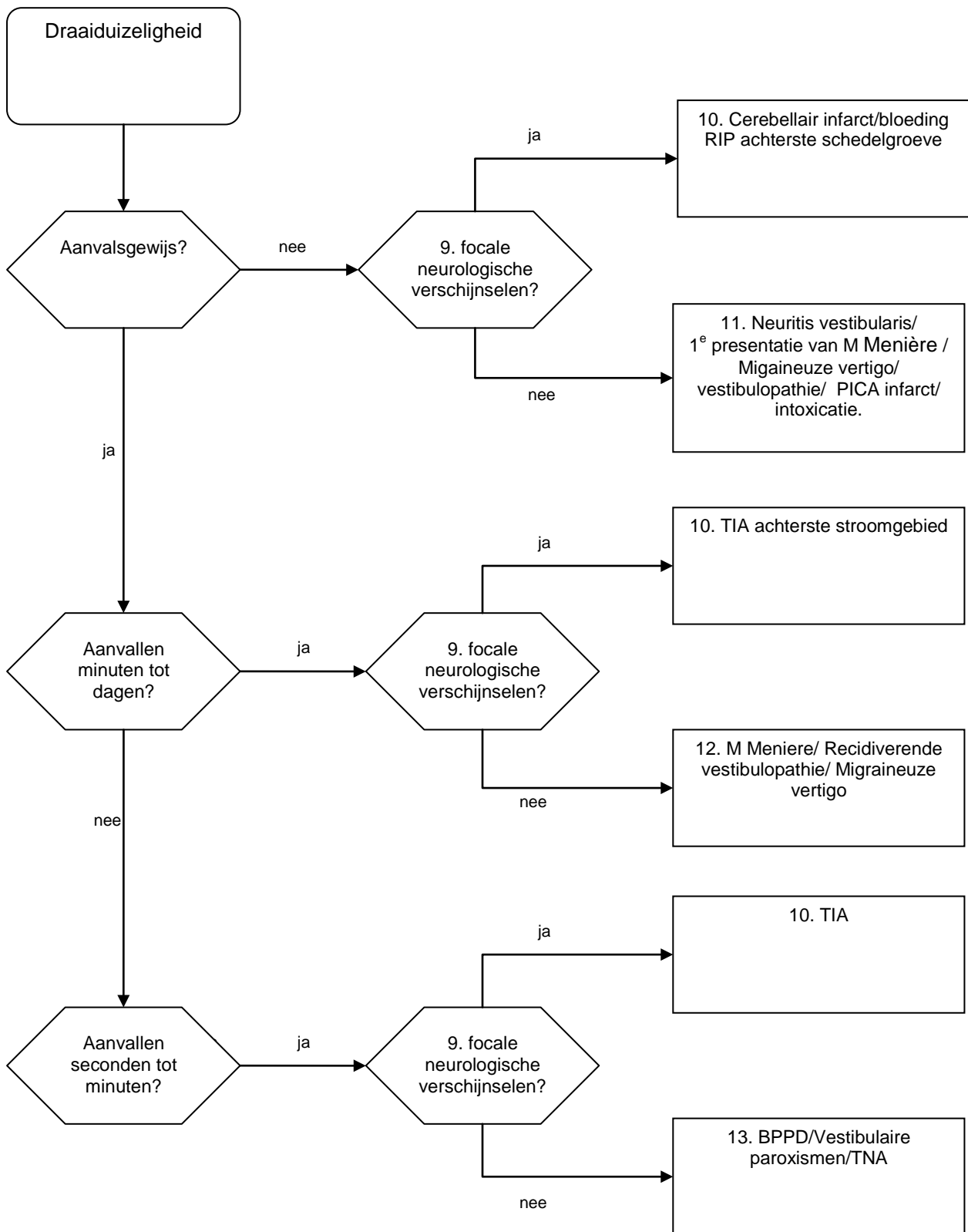
Annemarie Wijnhoud

Mariette Willems

30 maart 2009 / Revisie 2017

Referenties

1. Verheij AAA, Weert HCPM van, Lubbers WJ, Sluisveld ILL van, et al. NHG-standaard Duizeligheid. Huisarts Wet 2002;45:601-9.
2. P.J. Koehler. De standaard 'Duizeligheid' van het Nederlands Huisartsen Genootschap; reactie vanuit de neurologie. Ned Tijdschr Geneesk 2003;147:325-7
3. C.C. Tijssen. Vertigo. Raakvlakken met de neurologie, Biemond cursus 2008
4. Moon IS, Kim JS, Choi KD, et al. Isolated nodular infarction. Stroke 2009;40:487-91.
5. Edlow JA, Newman-Toker DE, Savitz SI. Diagnosis and initial management of cerebellar infarction. Lancet Neurol. 2008;7:951-64.
6. Seemungal BM, Bronstein AM. A practical approach to acute vertigo. Pract Neurol 2008;8:211-221.
7. Strupp M, Zingeler VC, Arbusow V, et al. Methylprednisolone, valacyclovir, or the combination for vestibular neuritis. New Engl J Med 2004;351:354-61.
8. Luxon LM. Evaluation and management of the dizzy patient. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004;75(suppl IV):iv45-iv52.
9. von Brevern M, Seelig T, Radtke A et al. Short-term efficacy of Epley's manoeuvre: a double-blind randomised trial. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006 Aug;77:980-2

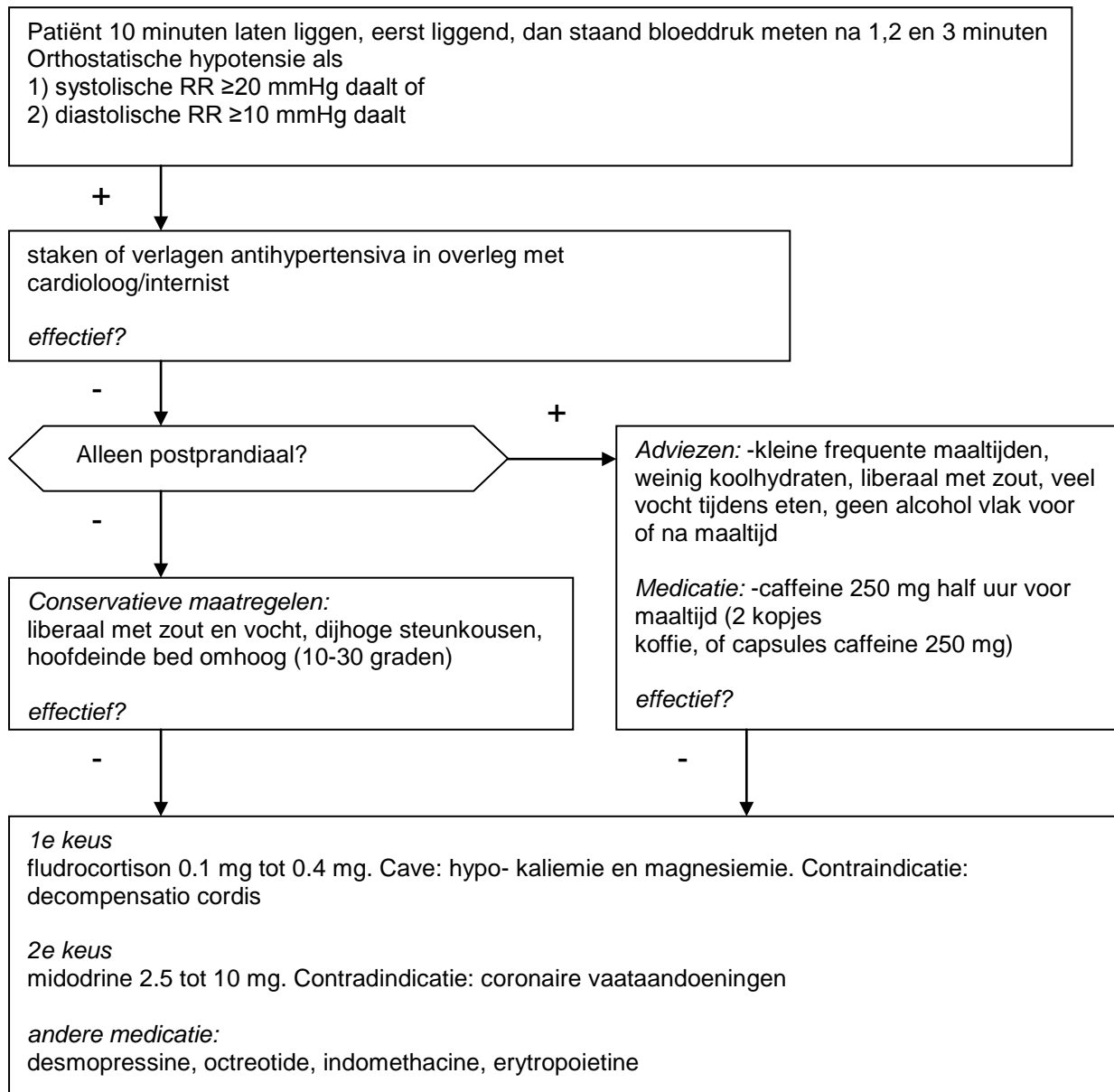


Toelichting

1. De patiënt beschrijft het gevoel dat objecten om hem heen bewegen of het gevoel dat hijzelf beweegt.
2. Wanneer patient geen bewegingssensatie voelt en ook niet licht in het hoofd is bedoelt hij/zij vaak dat de duizeligheid in de benen zit. Dit kan duiden op een stoornis van het diepe gevoel.
3. Bij draaiduizeligheid ziet de patiënt de wereld draaien en kan ook meestal aangeven of dit clockwise of anticlockwise gebeurt. Wanneer dit niet het geval is is er vaak een gevoel alsof de patiënt op een bewegend schip staat. Dit laatste is erg suggestief voor hyperventilatie
4. Denk aan gestoorde proprioceptis/bijwerkingen van medicatie/depressie of andere somatisatiestoornissen/paniekaanvallen/vasovagale collaps, etc.
5. Wanneer het licht gevoel in het hoofd alleen optreedt bij overeind komen is dit suggestief voor orthostatische hypotensie. Men kan dan de bloeddruk liggend en staand meten (na 2 minuten), bij een daling van meer dan 10 mm Hg spreekt met van orthostatische hypotensie (Bijlage 1). Orthostatische hypotensie komt vaak voor bij neurodegeneratieve aandoeningen, met name MSA. Het is echter zelden het presenterende symptoom.
6. Adviezen zijn: 's morgens een halve liter vocht extra drinken, voorzichtig overeind komen, steunkousen (Bijlage 1). Indien de orthostatische hypotensie optreedt in het kader van MSA kan ook behandeld worden met florinef.
7. Hyperventilatie kan voorkomen in het kader van een angststoornis. Vermeldt dit bij verdenking in de brief naar de huisarts, met verzoek tot verwijzing RIAGG. Ondersteunende symptomen voor hyperventilatie zijn wazig zien, zweten, een warm gevoel, pijn op de borst en tintelingen in de handen of rond de mond.
8. Bij hyperventilatie zonder angststoornis helpen vaak ademhalingsoefeningen, echter niet altijd. Er is geen andere behandeling voor hyperventilatie voorhanden.
9. Met centrale verschijndelen wordt bedoeld stamverschijnselen, ataxie of doofheid. Oorsuizen behoort niet tot de centrale verschijnselen. Bedenk dat een nystagmus zowel centraal als perifeer kan zijn.
10. en 11. Let op alarmsymptomen zoals koorts, immuungecompromiteerde patient, maligniteit in de VG. Bij een brughoektumor is er vaak doofheid en uitval van de nervus trigeminus aan de symptomatische zijde. Het verschil tussen een perifere en centrale oorzaak is soms moeilijk te stellen. Met name het onderscheid tussen een PICA-infarct en een neuritis vestibularis is vaak lastig. In het algemeen kan men zeggen dat er bij een neuritis vestibularis relatief meer misselijkheid is en bij een cerebellair infarct meer valneiging. Indien er ook ataxie is pleit dit uiteraard voor een cerebellair infarct. De head impulse test (Bijlage 2) kan uitkomst bieden: een positieve head impulse test pleit voor een perifere oorzaak, een negatieve head impulse test sluit een perifere oorzaak echter niet uit. Ook acuut ontstane draaiduizeligheid met doofheid kan passen bij een vasculaire oorzaak, namelijk een afsluiting van de AICA, de anterior inferior cerebellar artery. Bij een neuritis vestibularis is de valneiging meestal contralateraal aan de nystagmus. Een 3^e graads nystagmus pleit voor een perifere oorzaak. dit kan echter ook optreden bij een lesie van de kern van de 8^e hersenzenuw, hierbij verwacht je dan ook andere stamverschijnselen. Bij twijfel tussen een cerebellair infarct en een neuritis vestibularis dient men uiteraard een CT hersenen gemaakt te worden. Bij M Menière verwacht je de klassieke trias van oorsuizen, tinnitus en draaiduizeligheid. Denk aan een intoxicatie bij anti-epileptica of lithium, vaak is er dan ook ataxie.
11. zie bovenstaande
12. Het onderscheid tussen M Menière (tinnitus, misselijkheid endraaiduizeligheid met secundair progressief gehoorsverlies), recidiverende vestibulopathie (aanvallen van draaiduizeligheid al dan niet met tinnitus) en migraineuze vertigo is vaak goed te maken. In principe verwijst men patient naar de KNO-arts.
13. BPPD kan optreden in het horizontale kanaal (90%), anterieure kanaal of horizontale kanaal. De kiepproof hoeft bij BPPD in het horizontale kanaal of het anterieure kanaal niet positief te zijn. Vestibulaire paroxysmen zijn frequente, korte aanvallen van draaiduizeligheid met een duur van seconden tot minuten al dan niet met gehoorsverlies of oorsuizen.

Bijlage 1

Orthostatische hypotensie



Ref: den Heijer T, Boon A. Richtlijn Parkinson 09-01-2007.

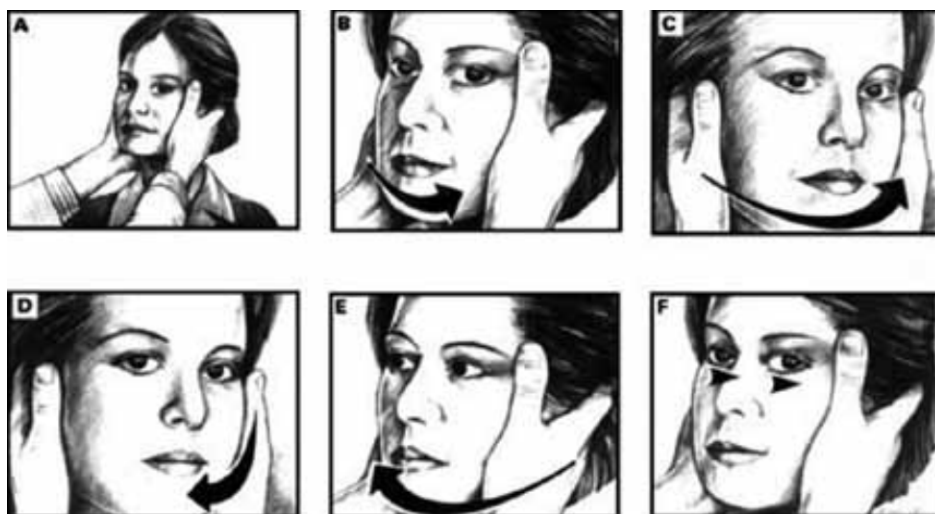
Head Impulse test (Head thrust test)

Achtergrond

Blikfixatie wordt door 3 oculomotorische reflexen bepaald, namelijk de cervico-oculaire reflex, de optokinetische volgreflex en de vestibulo-oculaire reflex (VOR). De VOR is de reflex waarbij het vestibulaire systeem hoofdbewegingen waarneemt en de oogballen vervolgens in tegengestelde richting worden bewogen. Het afferente deel van de reflexboog begint in de halfcirkelvormige kanalen, waar de beweging in 3 verschillende vlakken wordt geregistreerd. Deze informatie wordt vervolgens via de nervus vestibulocochlearis doorgegeven aan de vestibulaire kernen in de laterale pons, waar integratie plaatsvindt. Via de fasciculus longitudinalis medialis worden signalen naar de verschillende oogspierkernen doorgegeven, waardoor geconjugeerde gladde oogvolgbewegingen optreden. Voor het testen van de VOR, zoals dit met de HIT gebeurt, moet het hoofd dusdanig snel gedraaid worden dat de cervico-oculaire en optokinetische reflex geen rol spelen en alleen de vestibulo-oculaire reflex de fixatie moet handhaven (1 Hz, of 100°/s pieksnelheid; 1000°/s² piekversnelling).

Uitvoering

Bij de HIT zit de patiënt rechtop, tegenover de onderzoeker. Deze vraagt de patiënt te fixeren op een doel op ongeveer 3 meter afstand (of als alternatief: op de neus van de onderzoeker). De onderzoeker draait het hoofd van de patiënt eerst een aantal keer rustig heen en weer. Als de patiënt hieraan gewend is en de nekspieren voldoende ontspannen zijn, draait de onderzoeker het hoofd zo snel mogelijk naar de te onderzoeken zijde. De patiënt probeert ondertussen de ogen op het doel gefixeerd te houden en wordt daartoe ook steeds door de onderzoeker aangemoedigd. Bij een intacte VOR zal de patiënt de ogen steeds op het doel gefixeerd kunnen houden. Bij een gestoorde VOR lukt dit de patiënt niet. Na de snelle hoofdbeweging zal de patiënt daarom alsnog op het doel fixeren, waardoor de onderzoeker een of meer compensatoire refixatiesaccades kan waarnemen nadat het hoofd naar de aangedane zijde is gedraaid.



ref: van Beek et al. Tijdschr Neurol Neurochir 2009;110:22-6