

Toolkit Duizeligheid

Doel

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

Achtergrond

Definitie

In de richtlijn Duizeligheid bij ouderen (2015) wordt duizeligheid gedefinieerd als "de gewaarwording dat de relatie tot de ruimtelijke omgeving verstoord is, waarbij duizeligheid kan worden ervaren als draaiduizeligheid (vertigo), licht in het hoofd, zweverig zijn of het gevoel hebben weg te vallen, onbalans of onvast ter been zijn".

De omschrijving van de klachten van duizeligheid kan zeer verschillend zijn. De volgende subtypen kunnen worden onderscheiden:

- **Draaiduizeligheid (vertigo):** het gevoel dat de wereld voor de ogen draait. Draaiduizeligheid gaat vaak samen met symptomen zoals misselijkheid en braken (2).
- **Presyncopaal gevoel:** licht gevoel in het hoofd met of zonder het gevoel flauw te vallen (ongeacht of dit echt gebeurt). Daarnaast kan men zwart of vlekken voor de ogen zien, hevig transpireren en bleek worden (2).
- **Disequilibrium of bewegingsonzekerheid:** duizeligheid die wordt ervaren als onvast gevoel op de benen tijdens het lopen, en die verdwijnt bij zitten. Er kunnen afwijkingen zijn aan bijvoorbeeld visus, kracht, gevoel of gewrichten (2,5).

Prevalentie

Duizeligheid is een veel voorkomende klacht bij oudere patiënten. Voor patiënten boven de 75 jaar is dit de meest voorkomende reden om naar de huisarts te gaan. Afhankelijk van de gekozen populatie wisselt de prevalentie van duizeligheid. Zo is de 1-jaarsprevalentie van duizeligheid bij patiënten ouder dan 65 jaar, 8,3% in de Nederlandse huisartsenpraktijk tegenover een 1-jaarsprevalentie van 18,3% volgens bevolkingsonderzoek in de VS bij ouderen (>60 jaar) (1).

Risicofactoren, oorzaken en gevolgen

Duizeligheid kan één oorzaak hebben maar bij oudere patiënten is er vaak sprake van meerdere oorzaken en meerdere risicofactoren op verschillende terreinen zoals cardiovasculair-, neurologisch-, psychologisch- en geneesmiddelengerelateerd terrein. Duizeligheid bij ouderen wordt daarom ook wel gezien als geriatrisch syndroom (1). Bij een derde van de patiënten kan de huisarts na het afnemen van de anamnese en onderzoek geen diagnose stellen (5).

Onderzoek onder het Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) cohort laat zien dat alleen wonen,

duizeligheid in de voorgeschiedenis, angst of depressie, artrose, gebruik van nitraten, visusproblemen en verminderde functie van de onderste extremiteiten onafhankelijk voorspellend zijn voor duizeligheid bij ouderen op de lange termijn (3).

Veelvoorkomende oorzaken van draaiduizeligheid

- BPPD (benigne paroxismale positieduizeligheid). BPPD ontstaat bij een plotselinge verandering van de stand van het hoofd en wordt uitgelokt bij alledaagse activiteiten zoals omdraaien of overeind komen in bed, bukken of naar boven kijken. Kenmerkend voor BPPD is, dat de aanval seconden tot minuten duurt. BPPD komt vaak voor bij oudere patiënten, ongeveer een derde van alle ouderen boven de 70 krijgt hier in enige mate last van.

- Neuritis vestibularis (ook wel labyrinthitis). Door een eenzijdige uitval van het evenwichtsorgaan ontstaat acuut draaiduizeligheid, vaak met misselijkheid en braken. Klachten zijn vaak hevig en immobiliserend maar verminderen binnen dagen tot enkele weken. Neuritis vestibularis komt niet veel voor bij ouderen. Oorzaak is onbekend, mogelijk spelen luchtweginfecties een rol.
 - De ziekte van Ménière. Hierbij is er sprake van aanvallen van, meestal ernstige, draaiduizeligheid en verlies van gehoor aan 1 kant met oorsuizen (tinnitus) waarbij aanvallen minuten tot uren kunnen duren. Daarnaast kunnen misselijkheid en braken voorkomen. Het verloop is meestal wisselend (sommigen hebben soms een aanval, anderen enkelen keren per maand). De hoeveelheid van de aanvallen neemt in de loop van de jaren af en er kan blijvend gehoorverlies ontstaan. Op oudere leeftijd wordt dit zelden als nieuwe diagnose gesteld.
 - CVA of TIA. Naast draaiduizeligheid zijn er ook vaak neurologische symptomen zoals dubbelzien of een spraakstoornis.

(2,4)

Veelvoorkomende oorzaken van presyncopaal gevoel

- Orthostatische hypotensie. Klachten treden op na opstaan uit zittende of liggende positie. Andere oorzaken kunnen medicatie, uitdroging of dysregulatie van het zenuwstelsel zijn.
- Vasovagale klachten ontstaan na emoties of te lang staan. Het lichaam reageert met verwijding van de bloedvaten en een tragere hartslag wat het gevoel veroorzaakt flauw te vallen.
- Cardiovasculaire aandoeningen zoals ritmestoornissen of klepafwijkingen veroorzaken in zeldzame gevallen duizeligheid.
- Medicatie. De effecten van medicatie behoren tot de belangrijkste oorzaken van duizeligheid bij ouderen. Vooral diuretica, psychofarmaca, fenytoïne, antihypertensiva, carbamazepine en sommige antibiotica kunnen duizeligheid als bijwerking hebben.

(2,4)

Veelvoorkomende oorzaken van bewegingsonzekerheid

Vaak spelen verschillende factoren hier een rol zoals slecht zien, voetproblemen, bijwerkingen van medicatie of zwakte van beenspieren. Bij zitten of liggen is de duizeligheid weg.

(2, 4)

Overige oorzaken

Duizeligheid kan voorkomen als uiting bij psychiatrische aandoeningen, zoals angst- en somatisatiestoornissen en depressies. Duizeligheid kan zowel een oorzaak als een gevolg van angst zijn (1,5).

Complicaties

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat duizeligheid bij ouderen een negatieve invloed heeft op kwaliteit van leven. Duizeligheid bij ouderen is een belangrijke risicofactor voor vallen en daarmee fractures. Ouderen met duizeligheidsklachten hebben een grote kans op achteruitgang in functioneren, sociale isolatie en verminderde zelfredzaamheid en zelfstandigheid (1).

Screening

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

Diagnostiek

Anamnese

Bij duizeligheidsklachten is een goede anamnese belangrijk. In de eerste en tweede lijn wordt de patiënt gevraagd naar de volgende items:

- Aard van de duizeligheid (bijv. licht in het hoofd, gevoel te draaien, onzeker, zweverig, gevoel weg te vallen, deinend etc.).

- Beloop:
 - o sinds wanneer spelen de klachten?;

 - o ernst van de klachten;

 - o eenmalig, terugkerend of constant aanwezig;

 - o duur van de klachten (seconden, minuten, uren, dagen).

- Spontaan optredend of een uitlokkende factor:
 - o houdingsafhankelijk (bijv. opstaan, langer staan);

 - o bewegingsafhankelijk (positieverandering van het hoofd);

 - o harde geluiden/drukverhoging;

 - o inspanning;

 - o spanning/stress en angst.

- Begeleidende verschijnselen:
 - o vallen (meer of minder in de tijd, omstandigheden, wanneer laatste keer);

 - o transpireren, misselijk/braken;

- o oorklachten, zoals verminderd gehoor, oorsuizen, druk op het oor;
 - o neurologische afwijkingen (denk aan dubbelzien, spraakstoornissen, slikstoornissen, motorische uitval, coördinatiestoornissen);
 - o tintelingen of droge mond;
 - o afwijkende hartslag.
- Klachten van het middenoor in de voorgeschiedenis;
 - Zijn er eerdere andere klachten geweest die wijzen op een virale bovenste-luchtweginfectie?
 - Medicatiegebruik en wijzigingen in medicatie kort voor het optreden van de klachten.
 - Gevolgen voor het dagelijks leven (angst, vermijdingsgedrag).

(1,5)

-

Lichamelijk onderzoek

Eerste lijn

- Bij heftige draaiduizeligheid doet de huisarts neurologisch onderzoek.
- Wanneer de patiënt een licht gevoel in het hoofd heeft of het gevoel flauw te vallen beoordeelt de arts polsfrequentie en hartritme.
- Bij inspanningsgebonden klachten auscultatie van het hart voor het opsporen van ruis.

- Beoordelen haemodynamische toestand bij aanwijzingen voor een cardiovasculaire oorzaak van de duizeligheid en gebruik van antihypertensiva.
- Beoordeling trommelvlies bij klachten van gehoorverlies, oorpijn, of een KNO voorgeschiedenis.
- Op indicatie, met name bij ouderen, beoordeling van visus, balans en kracht (opstaan uit zit, lopen en omdraaien, koorddansersgang, hakken- en tenengang), reflexen, coördinatie en gewrichten van de benen.

(5)

-

Verwijzing

Het grootste gedeelte van de patiënten met duizeligheidsklachten blijft in beheer bij de huisarts (3% doorverwijzingen). Verwijzing naar een specialist is alleen zinvol wanneer er alarmsymptomen zijn, aanwijzingen voor een ernstige onderliggende aandoening (centraal neurologisch of cardiaal) en voor bevestiging van een specifieke oorzaak. Omdat duizeligheid bij ouderen vaak een multifactoriële oorzaak heeft is het zinvol naar een klinisch geriater door te verwijzen wanneer diagnostiek en/of behandeling door de huisarts onvoldoende effect heeft (2,5).

-

Tweede lijn

Bij iedere patiënt van 70 jaar en ouder wordt aangeraden de volgende onderzoeken te verrichten:

- Oogbewegingsonderzoek;
- Onderzoek van het looppatroon;
- Een orthostatische hypotensie meting (bloeddruk, polsfrequentie);
- Een [Dix–Hallpike manoeuvre](#) en, indien negatief, een [supine roll test](#);

Bij verdenking op een neurologische- of cardiovasculaire aandoening of perifeer vestibulaire uitval wordt hier uitgebreider lichamelijk onderzoek naar gedaan (1).

Aanvullend onderzoek

Eerste lijn

- Laboratoriumonderzoek is niet zinvol bij de diagnostiek van duizeligheid.
- Bij een vermoeden van de ziekte van Ménière is gehooronderzoek door middel van een audiogram nodig.

(5)

Tweede lijn

- Aanvullend onderzoek moet niet routinematig worden verricht.
- Bij verdenking op een neurologische- of cardiovasculaire aandoening of perifeer vestibulaire uitval kan aanvullend onderzoek worden gedaan in aanvulling op het lichamelijk onderzoek. Bij vermoeden van een angststoornis kan de HADS-A -vragenlijst worden afgenomen. Bij overdosering van medicatie kan bloedspiegel worden bepaald en 24-uurs bloeddrukmeting worden gedaan (1).

Interventies

Voorlichting

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

Niet medicamenteuze behandeling

- **BPPD:** het doorgaans goede beloop met een spontaal herstel binnen een maand rechtvaardigt een afwachtend beleid. Adviseer om gewoon te blijven bewegen. Voor de behandeling van een patiënt met aanhoudende klachten zijn oefeningen beschreven (bijv. Brandt-Daroff). Tijdens deze oefeningen wordt duizeligheid opgewekt wat vervelend kan zijn. De oefeningen kunnen de klachtenduur verkorten. Het is aan te raden om de instructies en de begeleiding van de oudere over te laten aan een fysiotherapeut. Bij patiënten met veel angst door de klachten kan de kiepproef volgens [Dix-Hallpike](#) gebruikt worden in de voorlichting zodat zij de relatie tussen houdingsverandering en de duizeligheid inzien. Licht de patiënt goed voor over het risico op vallen bij BPPD en dat bij ongeveer een derde van de patiënten een recidief optreedt (1-2,5).
- **Neuritis vestibularis:** duizeligheid is vaak heftig waardoor bedrust nodig is. De duizeligheid neemt vaak met enkele dagen af maar lichtere klachten kunnen langere tijd blijven bestaan. Stimuleer de patiënt om te blijven bewegen (1,5).

- **Ziekte van Ménière:** naast voorlichting over de vermoedelijke oorzaak, het (sterk wisselende) klachtenpatroon en de prognose, uitleg over het (te verwachten) gehoorverlies, tinnitus, therapeutische opties en hulpmiddelen. Verwijs patiënten met (vermoeden van) ziekte van Ménière door naar een KNO-arts (1).
- **Orthostatische klachten:** de patiënt kan door houdingsverandering of bewegen zorgen voor bloeddrukverhoging en zo klachten tegengaan. Houdingen en bewegingen die klachten tegen kunnen gaan zijn: staan met gekruiste benen, hurken of knielen, afwisselend op de tenen en plat op de voet gaan staan en passen op de plaats maken (5).
- **Medicatiegebruik:** de huisarts kijkt of medicatie die de duizeligheidsklachten kunnen veroorzaken gestopt of aangepast kunnen worden (5).

Duizeligheid bij ouderen heeft vaak een multifactoriële oorzaak. Wanneer een duidelijke oorzaak ontbreekt moet er aandacht zijn voor de diverse factoren die van invloed kunnen zijn. Visusverbetering (cataractoperatie, bril optimaliseren) en oefeningen voor verbetering van conditie, houding en spierkracht kunnen het gevoel van duizeligheid verminderen (5).

Medicamenteuze behandeling

Behandeling van duizeligheid met medicatie is niet zinvol. Van geen enkel medicament is de werking aangetoond bij de behandeling van duizeligheid. Zonodig kunnen begeleidende verschijnselen, zoals misselijkheid en braken, wel met medicatie behandeld worden (2,5).

Controles

- Laat patiënten met BPPD terugkomen na twee weken als klachten niet verminderen, of na een maand als de klachten niet over zijn.
- Bij neuritis vestibularis is er opnieuw contact als na twee tot vier dagen de klachten niet duidelijk zijn afgenomen.
- Laat een patiënt met de ziekte van Ménière contact opnemen wanneer het klachtenpatroon anders is dan gewend.
- Patiënten die (op proef) gestopt zijn met medicatie die mogelijk bijdroeg aan de duizeligheid worden na twee tot vier weken teruggezien om het effect te evalueren.
- Spreek bij duizeligheid zonder verklaring een controle af als er na een maand nog veel hinder is. Als de duizeligheidsklachten blijven bestaan spelen angst en vermijding vaak een rol. Vraag bij aanhoudende duizeligheidsklachten naar het bestaan van angst (psychiatrisch of reëel).

Financiering

€€ De vergoeding van fysiotherapie uit het basispakket hangt af van de leeftijd van de patiënt en of hij/zij een aandoening heeft die op de chronische lijst aandoeningen staat. Is de patiënt volwassen en heeft hij een aandoening die niet op de lijst staat dan wordt fysiotherapie alleen vergoed uit de aanvullende verzekering (6).

Richtlijnen en referenties

1. NVKNO. Richtlijn duizeligheid bij ouderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Keel –Neus –Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd Halsgebied; 2015.
2. Sijbesma J, Schoon Y. Duizeligheid, wegrakingen en syncope. In: Muris JWM, De Weerd-Spaetgens CMEE, editors. Ouderengeneeskunde. Bohn Stafleu van Loghum; 2012. P. 109-120
3. Broekhuizen L. Duizeligheid bij ouderen. Huisarts en Wetenschap 2015, 58(5): 231-231
4. Van Gunst SG, Pigmans VG. NHG-Standaarden voor de praktijkassistente. Bohn Stafleu van Loghum; 2014. P. 191-194
5. Verheij AAA, Van Weert HCPM, Lubbers WJ, Van Sluisveld ILL, Saes GAF, Eizenga WH, Boukes FS, Van Lieshout J. NHG-standaard Duizeligheid. Huisarts & Wetenschap 2002;45:601-9
6. Zorgwijzer.nl. Vergoedingen. Beschikbaar via <http://www.zorgwijzer.nl/vergoeding>. Geraadpleegd 2016 april 27.
7. Thuisarts.nl. Ik ben ouder dan 70 jaar en duizelig. Beschikbaar via van <https://thuisarts.nl/duizeligheid/ik-ben-ouder-dan-70-jaar-en-duizelig>. Geraadpleegd 2016 juni 10.

Informatie over duizeligheid op Thuisarts.nl

[Ik ben duizelig](#)

[Ik ben ouder dan 70 jaar en duizelig](#)

[Ik heb last van draaiduizeligheid](#)

[Ik heb een licht gevoel in mijn hoofd](#)