

# VU Research Portal

## **Dizziness in older patients in general practice**

Maarsingh, O.R.

2010

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Maarsingh, O. R. (2010). *Dizziness in older patients in general practice: a diagnostic challenge*.

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

# Samenvatting

Duizeligheid bij ouderen in de huisartsenpraktijk:  
een diagnostische uitdaging

R1

R2

R3

R4

R6

R7

R8

R9

R10

R11

R12

R13

R14

R15

R16

R17

R18

R19

R20

R21

R22

R23

R24

R25

R26

R27

R28

R29

R30

R31

R32

R33

R34

De klacht duizeligheid komt regelmatig voor bij ouderen. Dertig procent van de 65-plussers heeft wel eens last van duizeligheid en dit loopt op tot 40-50% bij mensen boven de 80 jaar. Huisartsen vinden de diagnostiek van duizeligheid vaak ingewikkeld: het is een klacht die kan wijzen op tal van aandoeningen, variërend van onschuldig tot zeer ernstig. Regelmatig blijft de oorzaak van duizeligheid onduidelijk, ook na uitgebreid diagnostisch onderzoek. Ondanks het feit dat de huisarts de klacht duizeligheid haast altijd zelf afhandelt (minder dan 5% van de patiënten met duizeligheid wordt verwezen naar een specialist), vindt wetenschappelijk onderzoek naar duizeligheid juist vooral plaats in de tweede of derde lijn. De resultaten van dergelijk onderzoek zijn echter nauwelijks bruikbaar voor de huisarts, omdat het veelal sterk geselecteerde populaties betreft die niet representatief zijn voor de huisartsenpraktijk. Richtlijnen over duizeligheid adviseren het gebruik van allerlei diagnostische tests, zoals het meten van de bloeddruk of het uitvoeren van de kiepproef. Veel van de (veelal tegenstrijdige) aanbevelingen zijn echter vooral gebaseerd op de mening van deskundigen en zijn niet wetenschappelijk onderbouwd. Verder is er tot op heden geen enkele richtlijn die zich richt op de diagnostiek van duizeligheid bij ouderen, terwijl de klacht duizeligheid juist bij deze groep het meest voorkomt. Met het in dit proefschrift beschreven onderzoek proberen we meer inzicht te krijgen in de epidemiologie van duizeligheid (hoe vaak komt deze klacht voor en is dit gerelateerd aan andere verschijnselen?) en proberen we bij te dragen aan de onderbouwing van de diagnostiek van duizeligheid bij ouderen in de huisartsenpraktijk.

In hoofdstuk 1 bespreken we de definitie van duizeligheid, de epidemiologie van duizeligheid, duizeligheid bij ouderen, de invloed van duizeligheid op het dagelijks leven en de diagnostiek van duizeligheid. We besluiten het hoofdstuk met een overzicht van de onderzoeksdoelen van dit proefschrift.

In hoofdstuk 2 hebben we onderzoek gedaan naar de mate van vóórkomen van duizeligheid, naar de einddiagnosen die een huisarts stelt tijdens een episode van duizeligheid en naar de verschillen tussen duizelige en niet-duizelige ouderen. We hebben hiervoor gebruik gemaakt van de gegevens van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Tijdens deze studie hebben 195 huisartsen uit 104 praktijken verspreid over Nederland gedurende 12 maanden alle patiëntcontacten geregistreerd. Het aantal patiënten van 65 jaar of ouder dat

R1 minimaal één keer per jaar de huisarts bezocht vanwege duizeligheid was 8.3%.  
R2 Duizeligheid kwam vaker bij vrouwen dan bij mannen voor, behalve in de oudste  
R3 leeftijdscategorie waar we geen verschillen tussen mannen en vrouwen vonden. Het  
R4 aantal patiënten van 65 jaar of ouder dat voor het eerst de huisarts bezocht vanwege  
R5 duizeligheid (de incidentie van duizeligheid) was 47.1 per 1000 persoonsjaren. De  
R6 incidentie van de verschillende subtypen van duizeligheid nam toe met de leeftijd,  
R7 behalve bij het subtype “vertigo”. Bij 39% van de duizelige patiënten registreerde de  
R8 huisarts een symptoomdiagnose als einddiagnose, bijvoorbeeld duizeligheid of neiging  
R9 tot flauwvallen. Andere groepen van einddiagnosen die huisartsen registreerden  
R10 waren hart- en vaatziekten (14%), aandoeningen van het evenwichtsorgaan (12%)  
R11 en psychiatrische ziekten (6%). Alleen wonen, een laag opleidingsniveau en een  
R12 voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten bleken onafhankelijk samen te hangen  
R13 met de klacht duizeligheid.

R14 In hoofdstuk 3 hebben we de databases van MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL en  
R15 Gerolit gebruikt om te kijken naar de wetenschappelijke onderbouwing voor tests die  
R16 kunnen worden toegepast bij de diagnostiek van duizeligheid in de eerste lijn. Twee  
R17 paren beoordelaars hebben met behulp van een controlelijst, de Quality Assessment  
R18 of Diagnostic Accuracy Studies (QUADAS), de methodologische kwaliteit van eerder  
R19 gepubliceerd onderzoek naar diagnostische tests bij duizeligheid beoordeeld.  
R20 Van de 29.285 gevonden publicaties kwamen 26 studies in aanmerking voor onze  
R21 systematische review. Vijfentwintig studies betroffen neuro-otologische tests (tests  
R22 die bedoeld zijn voor de diagnostiek van ziekte van het evenwichtsorgaan en de  
R23 daarbij behorende zenuwbanen) en één studie betrof een psychiatrische test. Bij alle  
R24 26 studies was er sprake van selectie op patiëntniveau en was de onderzochte test  
R25 bedoeld voor het diagnosticeren van een specifieke aandoening, zoals de ziekte van  
R26 Ménière. Alle 26 studies werden - geheel of gedeeltelijk - uitgevoerd in de tweede  
R27 of derde lijn, waarbij de onderzochte patiëntenpopulatie meestal niet representatief  
R28 was voor de huisartsenpraktijk. De onderzoeksgegevens van twee diagnostische  
R29 tests, de head-shaking nystagmus test (HSN) en de head impulse test (HIT), waren  
R30 geschikt voor gepoolde analyse (het combineren van de resultaten van afzonderlijke,  
R31 vergelijkbare onderzoeken). De gepoolde sensitiviteit van de HSN was 45% (95%  
R32 BI 30-62%). de specificiteit 82% (95% BI 68-90%) en de positive likelihood ratio 2,5  
R33 (95%-BI 1,5-4,1). De gepoolde sensitiviteit van de HIT was 63% (95%-BI 40-81%), de  
R34 specificiteit 93% (95%-BI 83-98%) en de positive likelihood ratio 9,3 (95%-BI 4,3-20,2).

Samenvattend kunnen we stellen dat er weinig wetenschappelijke onderbouwing is voor het gebruik van diagnostisch tests bij duizeligheid in de eerste lijn. De HIT, een test voor het diagnosticeren van aandoeningen van het evenwichtsapparaat, vormt hierop mogelijk een positieve uitzondering.

De resultaten uit hoofdstuk 3 vormden de basis voor de in hoofdstuk 4 beschreven Delphi procedure. Tijdens deze consensus procedure heeft een internationaal panel van 16 experts op het gebied van duizeligheid 37 tests beoordeeld die kunnen worden gebruikt bij de diagnostiek van duizeligheid bij ouderen in de huisartsenpraktijk. Het panel maakte tijdens deze procedure gebruik van een door de onderzoeksgroep vervaardigd overzichtsdocument met uitgebreide informatie over de verschillende tests, testkarakteristieken en beoordeelde methodologische kwaliteit, aangevuld met de tot nu toe gepubliceerde richtlijnen voor de diagnostiek van duizeligheid in de eerste lijn. Het expertpanel selecteerde in drie ronden 21 van de 37 tests. Vijf tests werden, ondanks een positief advies in richtlijnen voor duizeligheid, geëxcludeerd: auscultatie van de carotiden, hakken- en tenenloop, op één been staan, de timed 'up and go' test en carotismassage. Twee tests werden, ondanks een negatief advies in richtlijnen, geïnccludeerd: het hemoglobine gehalte en de niet-nuchtere bloedsuiker. Twee tests werden geïnccludeerd terwijl ze nog nooit door een richtlijn voor duizeligheid zijn aanbevolen: de Semmes-Weinstein Monofilament Test (een test voor het onderzoeken van perifere neuropathie) en de PRIME-MD Patient Health Questionnaire (een vragenlijst voor het opsporen van psychiatrische aandoeningen).

De door het expertpanel geselecteerde tests vormden de basis voor het cross-sectionele onderzoek dat wij uitvoerden onder 417 duizelige ouderen. Tijdens dit onderzoek verrichtten wij bij alle duizelige patiënten gestandaardiseerd diagnostisch onderzoek (21 tests, duur ongeveer 75 minuten). De resultaten van dit onderzoek beschrijven we in hoofdstuk 5, 6 en 7.

In hoofdstuk 5 beschrijven we hoe een huisarts, een verpleeghuisarts en een klinisch geriater onafhankelijk van elkaar de uitkomsten per patiënt beoordeelden. Vervolgens werd met behulp van een beslisregel een paneldiagnose geconstrueerd bestaande uit "subtype duizeligheid", "hoofdoorzaak duizeligheid" en "bijdragende oorzaak/oorzaken duizeligheid". Volgens het panel was presyncope (een licht gevoel in het hoofd) het meest voorkomende subtype van duizeligheid (69%), gevolgd

R1 door vertigo (draaiduizeligheid; 41%), disequilibrium (onvastheid ter been; 40%) en  
R2 andere duizeligheid (2%). Bij 44% van de duizelige patiënten was er sprake van meer  
R3 dan één subtype. Een cardiovasculaire aandoening was volgens het panel de meest  
R4 voorkomende hoofdoorzaak van duizeligheid (57% van de patiënten), gevolgd door  
een aandoening van het evenwichtsorgaan (14%) en een psychiatrische aandoening  
R6 (10%). De meest voorkomende bijdragende oorzaak was bijwerking van medicatie  
R7 (23%). Bij 62% van de patiënten was er sprake van twee of meer bijdragende oorzaken  
R8 van duizeligheid.

R9 In hoofdstuk 6 beschrijven we het onderzoek dat we hebben gedaan naar  
R10 de aanwezigheid van diagnostische profielen bij ouderen met duizeligheid in  
R11 de huisartsenpraktijk. We hebben hiervoor gebruik gemaakt van principale  
R12 componenten analyse (PCA), een analysemethode die het mogelijk maakt een grote  
R13 hoeveelheid gegevens te beschrijven met een kleiner aantal relevante grootheden, de  
R14 hoofdcomponenten of principale componenten. Met behulp van gegevens afkomstig  
R15 uit anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek identificeerden we zes  
R16 profielen van duizeligheid: “frailty” (de oudere, alleenstaande, duizelige patiënt die  
R17 slecht ter been is en minder goed hoort en ziet), “psychological” (de duizelige patiënt  
R18 van het vrouwelijke geslacht die een psychiatrische voorgeschiedenis heeft en een  
R19 verminderde kwaliteit van leven ervaart door de duizeligheid), “cardiovascular” (de  
R20 duizelige patiënt die een cardiovasculaire voorgeschiedenis heeft en veel verschillende  
R21 medicijnen gebruikt), “presyncope” (de patiënt met een licht gevoel in het hoofd  
R22 die tal van begeleidende verschijnselen heeft, zoals zweterigheid, hartkloppingen,  
R23 druk op de borst, kortademigheid en de neiging tot vallen), “non-specific dizziness”  
R24 (de patiënt met minder frequente duizeligheid, bij wie de gebruikelijke uitlokkende  
R25 factoren – zoals omdraaien van het hoofd of omhoog komen vanuit liggende positie -  
R26 geen duizeligheid veroorzaken en bij wie de kieproef negatief is) en “ear, nose, and  
R27 throat” (de patiënt met een KNO voorgeschiedenis die medicatie tegen duizeligheid  
R28 gebruikt en last heeft van langer aanhoudende duizeligheid, begeleidende  
R29 misselijkheid en een beperking van het gehoor).

R30 Duizelige patiënten met zowel psychische als lichamelijke klachten lopen het risico  
R31 langer klachten te houden en zich meer beperkt te blijven voelen dan duizelige  
R32 patiënten zonder psychische klachten. In hoofdstuk 7 hebben we de resultaten  
R33 van het cross-sectionele onderzoek gebruikt om te kunnen voorspellen welke  
R34

ouderen die de huisarts bezoeken vanwege duizeligheid last hebben van angst- of stemmingsproblematiek. Op basis van de uitkomsten van de PRIME-MD Patient Health Questionnaire bleek 22% van onze duizelige populatie een angst- of stemmingsstoornis te hebben. De volgende indicatoren voorspelden de *aanwezigheid* van een angst- of stemmingsstoornis: een hoge mate van ervaren beperking als gevolg van duizeligheid, begeleidende angstklachten tijdens de duizeligheid en een depressie in de medische voorgeschiedenis. De indicatoren draaiduizeligheid en oorsuizingen tijdens de duizeligheid voorspelden juist de *afwezigheid* van een angst- of stemmingsstoornis.

In hoofdstuk 8 plaatsen we de resultaten van dit proefschrift in een breder perspectief, waarbij we achtereenvolgens ingaan op expert opinie als wetenschappelijk instrument, het belang van de onderzoekspopulatie bij de interpretatie van onderzoeksresultaten en de eventuele meerwaarde van aanvullend diagnostisch onderzoek bij duizeligheid. Verder doen we een aantal suggesties voor toekomstig onderzoek naar duizeligheid. We besluiten met een aantal aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk. Allereerst adviseren we huisartsen om bij de diagnostiek van duizeligheid bij ouderen voldoende aandacht te besteden aan mogelijk onderliggende cardiovasculaire aandoeningen, aangezien duizeligheid bij ouderen in de huisartsenpraktijk vooral lijkt te worden veroorzaakt door aandoeningen van hart en bloedvaten en veel minder door aandoeningen van het evenwichtsorgaan. Verder adviseren we huisartsen om systematisch de verschillende categorieën van (oorzaken van) duizeligheid langs te lopen, omdat bij meer dan de helft van de ouderen met duizeligheid sprake is van twee of meer bijdragende oorzaken. Daarnaast adviseren we huisartsen om bij ouderen met duizeligheid altijd de medicatiestatus te beoordelen (bijwerkingenprofiel actuele medicatie, eventuele interacties, eventuele dubbelmedicatie, etc.), aangezien medicatie bij één op de vier duizelige ouderen mogelijk een bijdrage levert aan de duizeligheid. Tenslotte adviseren we huisartsen om bij de diagnostiek van duizeligheid bij ouderen altijd de aanwezigheid van angst- of stemmingsproblematiek te overwegen. Duizelige patiënten met een angst- of stemmingsstoornis hebben namelijk een slechtere prognose, terwijl deze aandoeningen goed te behandelen zijn.

R1  
R2  
R3  
R4  
R5  
R6  
R7  
R8  
R9  
R10  
R11  
R12  
R13  
R14  
R15  
R16  
R17  
R18  
R19  
R20  
R21  
R22  
R23  
R24  
R25  
R26  
R27  
R28  
R29  
R30  
R31  
R32  
R33  
R34