

# VU Research Portal

## A novel strategy to reduce dizziness

Stam, H.

2019

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

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

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

Stam, H. (2019). *A novel strategy to reduce dizziness: Applying a prognosis-oriented approach in older patients in general practice.*

### **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)



## Chapter 6

# Chronic dizziness in older people: apply a multifactorial approach [in Dutch]

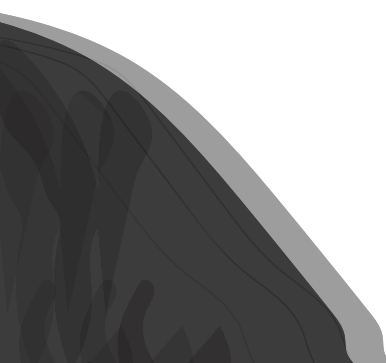
Hanneke Stam

Henriëtte E. van der Horst

Martin Smalbrugge

Otto R. Maarsingh

Published in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2014;159:A8301.



## ABSTRACT

**Introduction:** Chronic dizziness occurs often in older people and may lead to serious impairment in daily functioning. It is suggested that chronic dizziness in older patients may constitute a multifactorial geriatric syndrome. Considering dizziness as a geriatric syndrome with multiple contributory factors may provide more treatment options than the conventional diagnosis oriented approach does.

**Case description:** Patient A is a 79 years old lady who suffers from dizziness since one year. She describes her dizziness as lightheadedness, provoked by getting up or quick movements of her head. Her general practitioner applies a multifactorial approach and withdraws a drug that may cause dizziness, refers her to an ophthalmologist because of a suspected cataract, and refers her to a cardiologist because of suspected cardiac disease. After cataract surgery and removal of a dizziness inducing drug, the patient feels less dizzy and her dizziness related impairment is decreased.

Patient B is an 88 years old man with continuously present lightheadedness. His wife suffers from dementia, which causes him a lot of stress. The general practitioner considers multifactorial dizziness with several contributing factors: adverse drug reactions, reduced strength and balance, polyneuropathy of both feet, and a psychological component. Drugs that potentially cause dizziness are withdrawn, the patient starts with physiotherapy and receives psychological help. Even though dizziness frequency and dizziness related impairment decreased initially, the patient's complaints did come back to the same extent after several months. Though, this time he is more able to accept his complaints of dizziness.

**Conclusion:** Chronic dizziness in older people can lead to serious impairment in daily functioning. A structured history, followed by physical examination and additional tests if necessary, can provide clues to one or more treatable contributory factors. Since chronic dizziness in the aged is often difficult to cure, the main goal of (multifactorial) therapy is to reduce dizziness and dizziness related impairment.

Dames en heren,

Bijna 10% van de ouderen bezoekt minimaal 1 keer per jaar de huisarts vanwege duizeligheid [1]. De diagnostiek van duizeligheid is niet eenvoudig. Duizeligheid is een paraplubegrip waar patiënten tal van sensaties onder scharen, en de klacht duizeligheid kan wijzen op onschuldige tot zeer ernstige aandoeningen. Vaak is voor chronische duizeligheid bij ouderen niet 1 specifieke oorzaak aan te wijzen. Om de clinicus handvatten te bieden demonstreren wij een multifactoriële benadering voor chronische duizeligheid bij ouderen, die is gericht op het identificeren van beïnvloedbare bijdragende factoren.

**Patiënt A**, een 79-jarige vrouw, komt bij de huisarts en meldt dat zij sinds 1 jaar in toenemende mate een licht gevoel in het hoofd heeft. Patiënte woont afgelegen en moet een eindje lopen om haar woning te bereiken. Door de duizeligheid is ze bang om te vallen, waardoor het verlaten en bereiken van haar woning een opgave is geworden. Patiënte heeft meerdere malen per dag gedurende enkele seconden last van duizeligheid. De klachten treden vooral op bij snelle bewegingen van haar hoofd en bij overeind komen. Patiënte heeft gemerkt dat de klachten erger worden na alcoholconsumptie en bij stress. De voorgeschiedenis vermeldt hypercholesterolemie en een, volgens patiënte, ingewikkelde refractieafwijking. Zij gebruikt simvastatine 20 mg 1 dd en temazepam 10 mg 1dd zo nodig.

Bij oriënterend neurologisch onderzoek vindt de huisarts geen afwijkingen. De bloeddruk is 160/80 mmHg, waarbij de orthostatische-hypotensietest een daling van 10 mmHg systolisch laat zien. Deze test is positief bij een daling  $\geq 20$  mmHg systolisch of  $\geq 10$  mmHg diastolisch, of bij een daling van de systolische bloeddruk tot minder dan 90 mmHg [2]. Bij auscultatie van het hart hoort de huisarts een laagfrequente systolische soufflé, graad III-IV/VI, over de 3e en 4e intercostaalruimte links. Bij navraag blijken zowel de broer als de zus van patiënte cardiomyopathie te hebben. Bij oogheelkundig onderzoek stelt de huisarts een verminderde visus vast (OS: 0,9; OD: 0,6, met correctie).

De huisarts past een multifactoriële benadering toe en identificeert beïnvloedbare bijdragende factoren aan de duizeligheid. Zowel een bijwerking van medicatie als een suboptimaal gecorrigeerde visus kan bijdragen aan de duizeligheid en mogelijk is er ook een cardiale component. Van temazepam is bekend dat het duizeligheid kan veroorzaken en daarom adviseert de huisarts om dit medicijn te staken. Verder raadt de huisarts patiënte aan het gebruik van alcohol te beperken en bespreken huisarts en patiënte strategieën die kunnen

helpen in toekomstige stressvolle situaties. Tevens wordt patiënte verwezen naar de cardioloog vanwege de nieuwe soufflé en een belaste familieanamnese. Vanwege het vermoeden op een cataract wordt patiënte naar de oogarts verwezen.

De cardioloog vindt een geringe hypertrofische cardiomyopathie die geen behandeling behoeft. De oogarts vindt een cataract rechts waaraan patiënte geopereerd wordt, wat resulteert in verbetering van de visus. Het lichte gevoel in het hoofd neemt af, maar verdwijnt niet helemaal.

Na enkele maanden heeft patiënte een episode met draaiduizeligheid. De huisarts stelt de diagnose 'benigne paroxismale positieduizeligheid' en behandelt patiënte effectief door toepassing van de Epley-manoeuvre (zie: <https://www.youtube.com/watch?v=KLt2LtISPmQ>). Na 4 weken is de draaiduizeligheid verdwenen. Patiënte vertelt dat het lichte gevoel in het hoofd en de ervaren beperking als gevolg hiervan zijn afgenomen.

### **Dix-Hallpike-manoeuvre**

De kiepproof van Dix-Hallpike is een onderzoek dat wordt toegepast bij de diagnostiek van draaiduizeligheid. Hierbij zit de patiënt met gestrekte benen op de onderzoeksbank met het hoofd 45° gedraaid. De arts houdt het hoofd van de patiënt vast en brengt de patiënt snel in liggende positie met het hoofd langs de rand van de bank, terwijl het hoofd gedraaid blijft. Een positieve uitslag, dat wil zeggen: draaiduizeligheid en rotatoire nystagmus in de richting van het aangedane oor die beide binnen 30 s verdwijnen, ondersteunt de diagnose 'benigne paroxismale positieduizeligheid [12].

### **Geriatrisch syndroom**

De term 'geriatrisch syndroom' wordt in de literatuur gebruikt voor diverse veelvoorkomende symptomen bij ouderen, zoals delier, instabiliteit of vallen, incontinentie, verminderde cognitie en kwetsbaarheid. Bij het klassieke syndroomconcept heeft een specifieke combinatie van symptomen 1 pathogenetisch verklaringsmodel. Bij het geriatrisch syndroom is er een multifactorieel verklaringsmodel waarbij het vaak gaat om 1 bepaald symptoom of symptoomcomplex met hoge prevalentie op hogere leeftijd dat wordt veroorzaakt door verschillende aandoeningen en risicofactoren [15].

**Patiënt B**, een 88-jarige man, bezoekt de huisarts vanwege sinds jaren bestaande duizeligheid. Patiënt beschrijft zijn duizeligheid als een licht gevoel in het hoofd dat continu aanwezig is. Uitlokkende factoren zijn bewegen van het hoofd en omdraaien in bed. Er zijn geen begeleidende klachten. De voorgeschiedenis vermeldt hypertensie, atriumfibrilleren, cataract beiderzijds, waarvoor kunstlensimplantatie plaatsvond, en een behandeld urotheelcelcarcinoom. Hij gebruikt atenolol/chloortalidon 50/12,5mg 1 dd, acenocoumarol volgens afspraak en oxazepam 10 mg 1 dd zo nodig. Patiënt is getrouwd en woont zelfstandig met zijn vrouw die de ziekte van Alzheimer heeft. De zorg voor zijn vrouw brengt veel zorgen met zich mee. Patiënt vertelt dat de duizeligheid de laatste weken erger is geworden. De duizeligheid verkleint zijn actieradius en daardoor verminderen zijn sociale contacten. Patiënt ziet zelf een verband tussen de duizeligheid en de thuissituatie met zijn partner.

Bij lichamelijk onderzoek is de bloeddruk 140/80 mmHg. Auscultatie van het hart toont geen afwijkingen. De orthostatische-hypotensietest en Dix-Hallpike-manoeuvre zijn negatief (zie uitlegkader). Bij neurologisch onderzoek heeft patiënt een verbreed gangspoor en het opstaan vanuit zitten behoeft enige ondersteuning. Daarnaast is er een gestoorde Semmes-Weinstein-monofilamenttest van de voeten, wat suggestief is voor perifere polyneuropathie. Screening met een gevalideerde vragenlijst geeft geen aanwijzingen voor angst of depressie.

De huisarts denkt aan multifactoriële duizeligheid. Factoren die bij deze patiënt mogelijk bijdragen aan de ervaren duizeligheid zijn bijwerkingen van de medicatie, verminderde kracht en balans, polyneuropathie van de voeten, en een psychische component door een belastende thuissituatie. In overleg met patiënt past de huisarts de medicatie aan die duizeligheid kan veroorzaken: de dosering atenolol/chloortalidon wordt gehalveerd en het gebruik van oxazepam wordt geminimaliseerd. Daarnaast krijgt patiënt oefentherapie en balanstherapie bij de fysiotherapeut. Vanwege de belastende thuissituatie wordt begonnen met partnerbegeleiding door een psychotherapeut en sociaal-psychiatisch verpleegkundige van GGZ Ouderen. De duizeligheid neemt af, maar verdwijnt niet.

Na 1 jaar neemt de duizeligheid opnieuw toe; dit hangt mogelijk samen met de toenemende zorg van patiënt voor zijn echtgenote. De partnerbegeleiding wordt geïntensiveerd. Tevens is patiënt somberder, waarvoor hij regelmatig gesprekken heeft met zijn huisarts. Dit resulteert in meer acceptatie van de klachten zonder expliciete verbetering.

## BESCHOUWING

Veel ouderen hebben last van duizeligheid. Duizeligheid kan een grote impact hebben op het dagelijks leven van de oudere patiënt en is onder andere gerelateerd aan depressie, sociale isolatie en een afgenomen ervaren gezondheid [3].

**Tabel 1.** Overzicht van de verschillende subtypen duizeligheid [9,10]

| Subtype duizeligheid | Type sensatie   | Klacht waar patiënt zich mee kan presenteren                                 | Meest voorkomende oorzaken  |
|----------------------|---|--|---|
| Vertigo              | Het gevoel dat iemand beweegt of dat de wereld om iemand heen beweegt (draaiduizeligheid)   | Draaierig<br>Zweverig  | Otologische of vestibulaire oorzaak   |
| Disequilibrium       | Onvastheid ter been dat:<br>1) primair in de onderste extremiteiten wordt gevoeld<br>2) meest prominent is gedurende staan of lopen<br>3) afneemt bij gaan zitten of liggen | Evenwichtsstoornis<br>Wankel staan/lopen<br>Onvast staan/lopen<br>Valneiging | Probleem van het houdings- en bewegingsapparaat of de visus                 |
| Presyncope           | Een licht gevoel in het hoofd of gevoel van flauwte, dat aanvoelt als bijna flauwvallen   | Licht in het hoofd<br>Flauwte<br>Onwel worden<br>Zwart voor de ogen worden   | Cardiale oorzaak, angst, vasovagale reactie of een bijwerking van medicatie |
| Overige duizeligheid | Een duizelig gevoel dat niet wordt gedekt door één van bovenstaande definities  | <i>Niet van toepassing</i>   | <i>Niet van toepassing</i>  |

**Tabel 2.** Overzicht van de verschillende categorieën van potentieel bijdragende factoren aan chronische duizeligheid bij ouderen [11]

| Factor   |
|--|
| Bijwerking van medicatie   |
| Cardiovasculaire aandoeningen inclusief cerebrovasculaire aandoeningen |
| Aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat                    |
| Metabole aandoeningen  |
| Neurologische aandoeningen   |
| Psychiatrische aandoeningen  |
| Vestibulaire aandoeningen  |
| Visusaandoeningen  |
| Overig   |

De term 'duizeligheid' wordt gebruikt voor tal van sensaties, waaronder een draaiend gevoel, licht in het hoofd, flauwte of onvast ter been zijn. Duizelige ouderen melden vaak een combinatie van deze sensaties. Dit maakt het dikwijls nog lastiger om te bepalen waar de duizeligheid door veroorzaakt wordt. In 40% van de gevallen van de ouderen met duizeligheid vindt de huisarts hier geen verklaring voor [1].



### **Chronische duizeligheid als geriatrisch syndroom**

Voor 'bekende' geriatrische syndromen zoals vallen, delier en incontinentie geldt dat meerdere factoren bijdragen aan het manifest worden van de klacht, terwijl zelden 1 sluitende verklaring wordt gevonden (zie uitlegkader). Voor chronische duizeligheid bij ouderen geldt dit ook. Diverse onderzoekers zijn daarom van mening dat duizeligheid eveneens als geriatrisch syndroom dient te worden benaderd [4-7].

Uit wetenschappelijk onderzoek komt naar voren dat diverse factoren bij kunnen dragen aan chronische duizeligheid bij ouderen, zoals cardiovasculaire aandoeningen, verminderde visus, verminderd gehoor, verminderde spierkracht, angst, depressie en polyfarmacie [4-6]. Een multifactoriële behandeling die gericht is op het beïnvloeden van meerdere bijdragende factoren, is steeds gebruikelijker bij andere geriatrische syndromen zoals 'vallen', en heeft wat ons betreft ook de voorkeur bij de behandeling van chronische duizeligheid bij ouderen [8].

### **Benadering van chronische duizeligheid bij ouderen**

Een uitgebreide anamnese en lichamelijk onderzoek kunnen informatie geven over mogelijke bijdragende factoren aan chronische duizeligheid bij ouderen. Allereerst is het belangrijk om de klacht te exploreren: wat bedoelt de patiënt precies met duizeligheid? Duizeligheid wordt meestal verdeeld in 4 subtypen: vertigo, disequilibrium, presyncope en overige duizeligheid [9]. Bij elk subtype duizeligheid horen een aantal veel voorkomende oorzaken of beïnvloedbare bijdragende factoren. Tabel 1 geeft deze oorzaken per subtype weer en laat zien welke klachten patiënten kunnen ervaren en rapporteren bij de verschillende subtypen [9,10].

Naast verheldering van het subtype of de subtypen van duizeligheid is het van belang om het beloop, de begeleidende verschijnselen, uitlokkende factoren en de medische voorgeschiedenis uit te vragen. Ook dienen de verschillende categorieën van bijdragende factoren aan duizeligheid systematisch te worden nagelopen (zie tabel 2) [11]. Indien er een duidelijke oorzaak wordt gevonden, zoals benigne paroxismale positieduizeligheid, is het toch van belang om ook naar andere mogelijke bijdragende factoren te kijken. Vervolgens kan naar aanleiding van de anamnese gericht lichamelijk onderzoek verricht worden. Zo werd bij patiënt A en B onderzoek van het hart uitgevoerd, omdat zij beiden last hadden van een licht gevoel in het hoofd. Aanvullend onderzoek kan plaatsvinden als daar aanleiding toe is, bijvoorbeeld het afnemen van een

gevalideerde vragenlijst bij verdenking op een angst- of stemmingsstoornis of het maken van een ECG bij verdenking op een ritmestoornis.

### **Multifactoriële behandeling**

Als een duidelijke oorzaak ten grondslag ligt aan de duizeligheid, dient deze conform de desbetreffende richtlijnen behandeld te worden [12-14]. De bijdragende factoren die geïdentificeerd zijn en die al dan niet aanwezig zijn naast een primaire oorzaak, dienen eveneens behandeld te worden. Genezing van chronische duizeligheid bij ouderen is vaak lastig en niet altijd te bereiken. Een multifactoriële benadering geeft extra handvatten voor de behandeling en richt zich op het reduceren van de duizeligheid en van de ervaren beperkingen door de duizeligheid.

De behandeling kan gericht zijn op het wegnemen of verminderen van bijdragende factoren, bijvoorbeeld door correctie van een verminderde visus of oefentherapie bij verminderde spierkracht van de onderste extremiteiten. Als de patiënt medicatie gebruikt die aan duizeligheid kan bijdragen, dient de arts te overwegen of de medicatie kan worden gestopt c.q. de dosering kan worden verlaagd. Daarnaast kunnen beperkingen in het dagelijks functioneren van de patiënt wellicht gecompenseerd worden door inzet van hulpmiddelen of extra hulp van bijvoorbeeld mantelzorgers.

Het kan zinvol zijn een patiënt te verwijzen naar een specialist als verwacht wordt dat dit toegevoegde diagnostische of therapeutische waarde heeft. Voorbeelden hiervan zijn verwijzing naar de cardioloog bij een nieuwe soufflé of inspanningsgerelateerde duizeligheid, naar de neuroloog bij begeleidende neurologische klachten, bijvoorbeeld dubbelzien, of naar de kno-arts bij begeleidende afname van het gehoor. Bij progressieve duizeligheid met multipele comorbiditeit en ernstige functionele beperkingen kan overwogen worden de patiënt te verwijzen naar een specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater om de multifactoriële knoop te ontwarren en suggesties voor behandeling te doen.

**Uitleg aan de patiënt**

Het kan voor de duizelige oudere patiënt lastig zijn om te begrijpen dat er meerdere therapieën worden aangeboden, terwijl die niet allemaal te maken lijken te hebben met duizeligheid. Voor de therapietrouw is het daarom van belang goede uitleg te geven over de aard van de klacht en de mogelijke bijdragende factoren.

**CONCLUSIE**

Dames en heren, chronische duizeligheid bij ouderen is een veelvoorkomende klacht die een grote impact kan hebben op het dagelijks leven van de patiënt. Een gestructureerde anamnese, gevolgd door gericht lichamelijk en eventueel aanvullend onderzoek, kan aanknopingspunten geven voor een of meerdere factoren die bijdragen aan duizeligheid. Omdat chronische duizeligheid bij ouderen vaak moeilijk te genezen is, ligt de focus van de multifactoriële behandeling op het reduceren van de duizeligheid en het verminderen van de ervaren beperkingen door de duizeligheid.

## REFERENCES

1. Maarsingh OR, Dros J, Schellevis FG, van Weert HC, Bindels PJ, van der Horst HE. Dizziness reported by elderly patients in family practice: prevalence, incidence, and clinical characteristics. *BMC Fam Pract.* 2010;11(2).
2. Moya A, Sutton R, Ammirati F, Blanc J, Brignole M, Dahm JB, et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). *Eur Heart J.* 2009;30(21):2631–71.
3. Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. Health, functional, and psychological outcomes among older persons with chronic dizziness. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48(4):417–21.
4. Gassmann KG, Rupprecht R. Dizziness in an older community dwelling population: a multifactorial syndrome. *J Nutr Health Aging.* 2009;13(3):278–82.
5. Gomez F, Curcio CL, Duque G. Dizziness as a geriatric condition among rural community-dwelling older adults. *J Nutr Health Aging.* 2011;15(6):490–7.
6. Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome. *Ann Intern Med.* 2000;132(5):337–44.
7. Kao AC, Nanda A, Williams CS, Tinetti ME. Validation of dizziness as a possible geriatric syndrome. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(1):72–5.
8. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane database Syst Rev.* 2012;9:CD007146.
9. Drachman DA, Hart CW. An approach to the dizzy patient. *Neurology.* 1972;22(4):323–34.
10. Sloane PD, Coeytaux RR, Beck RS, Dallara J. Dizziness: state of the science. *Ann Intern Med.* 2001;134(9 Pt 2):823–32.
11. 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(3):196–205.
12. Verheij AAA, Van Weert HCPM, Lubbers WJ, Van Sluisveld ILL, Saes GAF, Eizenga WH, et al. NHG-Standaard Duizeligheid. *Huisarts Wet.* 2002;45:601–609.
13. Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Cochrane database Syst Rev.* 2004;(2):CD003162.
14. Hillier SL, McDonnell M. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane database Syst Rev.* 2011;(2): CD005397.
15. Noot 10: Delier als geriatrisch syndroom. In: Eizenga W, Dautzenberg PLJ, Eekhof J, Scholtes ABJ, Van Venrooij MH, Verduijn MM, et al. NHG-Standaard Delier (eerste herziening). *Huisarts Wet.* 2014;57:184–93.

